

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 17 марта 2011 г.

И.И. Спесивый (гл. ортопед-травматолог УОЗ Харьковской обл.) *«Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2010 г.»*. В докладе представлен сравнительный анализ показателей травматизма и первичной инвалидности по районам области и в г. Харьков по данным 2009–2010 гг. Отмечено, что в последние несколько лет показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений в Харьковской области остаются относительно стабильными и соответствуют рекомендуемым нормативам. В областных лечебных учреждениях внедряются новые методы диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы. Вместе с тем по-прежнему актуальной и не до конца решенной проблемой остается оснащенность травматологических стационаров лицензированными металлоконструкциями, наблюдается недостаточное обеспечение службы квалифицированными кадрами и специализированными койками в сельских районах области. На протяжении нескольких лет отсутствуют травматологические койки в 13 сельских районах Харьковской области. Подчеркнута важность решения вопросов специализации по травматологии для врачей-хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с патологией костно-мышечной системы в хирургических отделениях ЦРБ.

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

Г.В. Бэц (гл. ортопед-травматолог УОЗ г. Харьков) *«Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы г. Харьков за 2010 г.»*. В докладе уделено внимание недостаткам в организации ортопедо-травматологической службы г. Харьков. Среди наиболее важных организационных вопросов по улучшению оказания специализированной помощи ортопедо-травматологическим больным отмечена необходимость оснащения травматологических отделений сертифицированными и качественными металлоконструкциями для остеосинтеза, соблюдения принципов преемственности и коллегиальности при необходимости оказания медицинской помощи больным с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы в различных учреждениях, повышения качества и уровня организации амбулаторной ортопедо-травматологической помощи в поликлиниках и травмпунктах.

И.Б. Зеленецкий (гл. детский ортопед-травматолог УОЗ Харьковской области) *«Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2010 г. и перспективы ее развития»*. Представлен детальный анализ состояния ортопедо-травматологической помощи детскому населению г. Харьков и Харьковской области в 2010 г. по сравнению с 2009 г. Обеспеченность ортопедами-травматологами детского населения и коечный фонд для оказания специализированной ортопедо-травматологической помощи остались на прежнем уровне. Показатель средней занятости койки в 2010 г. увеличился до 360 дней. Показатель средней длительности пребывания больного на койке составил 15,4 дня. В специализированных стационарах в отчетном

году на костях и суставах было выполнено 2017 операций (в 2009 г. 1434 операций).

Отмечено улучшение качества диспансерного наблюдения за детьми с ортопедической патологией. В области проводится комплексная работа по профилактике тяжелых форм сколиоза у детей, в которой задействованы также специалисты ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМНУ». По данным профилактических осмотров, в Харьковской области в 2010 г. было выявлено 5319 детей со сколиозом. Специалистами института осмотрено 120 детей, в 48 случаях было рекомендовано хирургическое лечение, от которого в 20 случаях родители отказались. В специально созданный реестр включено 490 детей, больных сколиозом, в том числе 316 со сколиозом II степени и 174 III–IV степени, которые нуждаются в лечении с помощью корсета Шено.

Наблюдается увеличение общего уровня детского травматизма по области на 4%. Структура повреждений практически не изменилась.

Освещены недостатки в организации детской ортопедо-травматологической службы области и сформулированы конкретные задачи на 2011 год, решение которых позволит улучшить качество специализированной помощи детям с патологией опорно-двигательной системы.

О.Е. Ужегова (председатель Харьковской травматич. МСЭК) *«Состояние инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы в г. Харьков и Харьковской области в 2010 г.»*. В 2010 г. специалистами Харьковской травматологической МСЭК было освидетельствовано 2529 больных, что на 9% меньше по сравнению с 2009 г. Признаны инвалидами в 2010 г. 424 человека, в том числе 399 больных трудоспособного возраста. Закончили лечение по продленному больничному листку 537 человек, из них признаны инвалидами 4. Причинами установления инвалидности в указанных случаях стало разрушение металлоконструкций, повторный перелом, костно-гнойные осложнения, нейродистрофический синдром.

Заседание, 21 апреля 2011 г.

А.М. Козырев, В.И. Купин, О.Д. Погорелов, С.А. Козырев (ХОКТБ) *«Хирургическое лечение повреждений шейного отдела позвоночника»*. Проанализировано 182 случая травм шейного отдела позвоночника среди больных, поступивших на лечение в ХОКТБ. Распределение по виду травм в исследуемой группе больных: травмы на воде — 40,1%; автодорожные травмы — 28,6%; бытовые — 22,5%; производственные — 8,8%. Вывихи позвонков диагностированы у 18,1% больных, компрессионные переломы тел позвонков — у 14,8%, переломовывихи позвонков — у 41,8%, взрывные переломы тел позвонков — у 25,3% больных. Пациентов с сочетанными повреждениями в исследуемую группу не включали. С момента поступления всем пострадавшим проводили интенсивную терапию, дегидратационную терапию, гормонотерапию, профилактику тромбоэмболических осложнений. Всем больным были проведены следующие диагностические мероприятия: общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование и магнитно-резонансная томография, компьютерная томография шейного отдела позвоночника, рент-

генологическое исследование органов грудной клетки. Хирургическое лечение проведено 174 (95,6%) пациентам. Ревизия спинного мозга выполнена у 112 (61,5%) больных. Анатомическое повреждение спинного мозга обнаружено у 16 (14,3%) больных. Анализ результатов лечения указанной группы позволил сделать авторам следующие выводы: в хирургическом лечении нуждаются 95,6% пациентов с вертебро-спинальной травмой, хирургическое лечение этих больных должно включать декомпрессию и стабилизацию, декомпрессивные вмешательства должны включать реконструкцию позвоночного канала и ревизию спинного мозга, нарушение гомеостаза при вертебро-спинальной травме обусловлено полиорганной недостаточностью.

А.Н. Александров, В.В. Дергачев, С.Б. Ванхальский, Ю.В. Онацкий (ХОКТБ) *«Осложнения и ошибки при лечении переломов костей методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза»*. Для лечения диафизарных переломов костей все более широко используют блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС), что позволяет на 30% улучшить результаты лечения и на 40% уменьшить сроки пребывания в стационаре.

В травматологическом отделении ХОКТБ методика БИОС используется с сентября 2006 г. За 4,5 года в отделении выполнено 140 операций по методике БИОС. Средний возраст прооперированных больных, среди которых было 84 мужчины и 56 женщин, составил 48 лет (20–85 лет). Во время выполнения операций наблюдались следующие осложнения: перелом проводника в канале кости при репозиции, перелом проводника при забивании канюлированного стержня («закусывание»), перелом сверла, перфорация кости стержнем, выстояние конца стержня, фиксация с недопустимым смещением и др. Кроме того, наблюдались осложнения в послеоперационном периоде: гнойно-некротические процессы, перелом блокирующих винтов, прорезывание шеечного винта гамма-стержня, перелом стержня, нарушения консолидации, перелом кости выше или ниже конца стержня. Таким образом, обязательными условиями эффективного применения данного метода являются тщательное предоперационное планирование, точное выполнение техники операции, грамотное послеоперационное лечение больного.

А.Н. Хвсюк, И.Б. Зеленецкий, А.А. Завгородняя (ХОКТБ, ХМАПО) *«Наш опыт артроскопической хирургии при патологии коленного сустава»*. Материалом для сообщения послужили результаты клинического, лучевого обследования и протоколы хирургических вмешательств, выполненных у 742 пациентов с заболеваниями и повреждениями коленных суставов. Авторы акцентировали внимание на том, что с целью достоверного установления диагноза и определения степени поражения суставного хряща и капсульно-связочного аппарата необходимо использовать сочетание клинических, лучевых и ультразвуковых методов обследования больного, а дифференцированный подход к выбору метода лечения в зависимости от величины и степени поражения суставного хряща позволяет улучшить результаты лечения. Отмечено, что наиболее часто наблюдаются сочетанные повреждения элементов капсульно-связочного аппарата коленного сустава с вовлечением гиалинового хряща. Пациентам с заболеваниями и повреждениями капсульно-связочного аппарата показано проведение комплексного лечения, основным элементом которого является артроскопия коленного сустава с последующим проведением восстановительной терапии.

А.М. Козырев, В.И. Купин, А.В. Царев, В.А. Двошский, А.А. Дынный (ХОКТБ) *«Наш опыт первичного*

протезирования тазобедренного сустава». В докладе представлен анализ результатов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у 188 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ортопедическом отделении ХОКТБ в последние три года. Из них у 52,2% диагностирован коксартроз II и III ст., у 13,8% — асептический некроз головки бедренной кости, у 34% — переломы шейки бедренной кости и их последствия. Были использованы эндопротезы «De-Puy», «Biomet», «Zimmer», «Stryker». Выполнено 139 большим бесцементное эндопротезирование, 41 — цементное и 8 — гибридное. Используются пары трения: металл-полиэтилен — 165 больных, керамика-керамика — 21, керамика-полиэтилен — 2. Результаты проведенного хирургического лечения оценивали по шкале Харриса. Успешный результат лечения отмечен у 64% пациентов, удовлетворительный — у 34%, неудовлетворительный — у 2%. Неудовлетворительные результаты лечения в отдаленном периоде наблюдались у трех пациентов и были обусловлены развитием параартикулярных гетеротопических оссификатов через 6 мес после операции, вывихом головки эндопротеза через 7 мес, развитием асептической нестабильности ацетабулярного компонента через 2,5 года.

Семинар «Организация медицинской реабилитации инвалидов с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательной системы»

Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Актуальные вопросы организации медицинской реабилитации больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы»*. Освещены основные организационные принципы медицинской реабилитации. Охарактеризованы этапы специализированной медицинской помощи, восстановительного лечения и особенности медицинской реабилитации при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы. Отмечены современное состояние проблемы инвалидности и эффективность реабилитационного процесса при своевременной реализации показанных лечебно-восстановительных мероприятий в полном объеме. Предложены пути улучшения качества медицинской реабилитации больных и инвалидов с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы.

М.В. Зайцев (УкрНИИ протезирования) *«Современные технологии реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательной системы»*. Показаны современные возможности реабилитационного лечения инвалидов с последствиями травм позвоночника с повреждением спинного мозга и различными заболеваниями костно-мышечной системы с использованием разработанных в УкрНИИ протезирования ортезных систем. Представлен ряд современных протезных систем на верхние и нижние конечности. Продемонстрированы этапы реабилитации пациентов с последствиями травм позвоночника с повреждением спинного мозга с использованием реципрокного аппарата и других специальных ортезных систем.

Проведена презентация каталога технических средств реабилитации и протезно-ортопедических изделий, разработанного в институте, в котором указаны показания для применения согласно кодам Международной статистической классификации болезней (МКБ-10), а также технические характеристики и коды ISO для каждого из представленных изделий. Каталог предназначен для специалистов, занимающихся изготовлением протезно-ортопедических изделий по индивидуальным заказам, а также может быть использован специализированными реабилитационными учреждениями Министерства труда и социальной политики Украины при формировании

госзаказа для обеспечения лиц с физическими дефектами ортезными системами на позвоночник, протезными и ортезными системами на верхние и нижние конечности.

Заседание, 19 мая 2011 г.

С.Д. Шевченко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») «*Эволюция хирургического лечения сколиотической деформации*». Хирургические методы лечения с целью коррекции деформаций позвоночника начали применяться еще с 20-х годов XX ст. В 1919–1920 гг. К.Ф. Вегнер, В.Д. Чаклин, М.И. Ситенко выполняли задний спондилодез по Ольби при деформациях позвоночника у больных туберкулезом. В 1963–1968 гг. А.П. Скоблин, А.А. Корж, Р.Р. Тальшинский, Н.П. Новаченко при лечении сколиотических деформаций применяли торакопластику и задний спондилодез по Генле-Уитмену. В те же годы в Институте им. проф. М.И. Ситенко по инициативе А.А. Коржа началось целенаправленное комплексное решение проблемы лечения и профилактики сколиотической болезни, которое продолжается по сей день. За это время в практику здравоохранения внедрен ряд новых прогрессивных методов лечения сколиоза. В период с 1972 по 2009 гг. по этой проблеме было защищено 7 кандидатских и 2 докторских диссертации. Последним достижением в хирургическом лечении сколиотических деформаций стала разработка и применение «растущих» конструкций, что позволило осуществлять хирургическое лечение ювенильного идиопатического сколиоза у детей с незавершенным костным ростом и обеспечить минимальную потерю коррекции в отдаленном послеоперационном периоде. Государственным департаментом интеллектуальной собственности Украины разработке института «Устройство для хирургической коррекции сколиотических деформаций позвоночника» было присуждено первое место в номинации «Лучшее изобретение — 2001». Большое внимание в институте уделялось комплексному решению проблемы профилактики и лечения сколиотической болезни. Учитывая, что при этом немаловажное значение имеют динамическое наблюдение за эффективностью лечения, специальный ортопедический режим, лечебная гимнастика и общее физическое развитие ребенка, в 1969 г. в Харькове под руководством С.Д. Шевченко была основана санаторная школа-интернат для детей больных сколиозом, которая успешно работает и сегодня. В 1936 г. А.И. Цукерман впервые внедрил в практику института корректирующий корсет взамен ранее применявшихся фиксирующих корсетов. С 1999 г. в институте и школе-интернате А.А. Мезенцевым и Д.О. Чекрыжевским внедряется корсетная технология Жака Шено. Благодаря комплексному подходу удается достичь видимых результатов в решении проблемы профилактики и лечения сколиотической болезни.

С.А. Хмызов, И.Н. Гарбузняк, В.В. Подлипенцев (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ», Керченская портовая б-ца на водн. трансп.) «*Новые возможности лечения врожденных аномалий развития конечностей*». Важным моментом в лечении врожденных аномалий конечностей является его своевременное начало. Сложность лечения врожденных аномалий развития конечностей связана с тем, что лечение необходимо проводить в процессе роста пациента. К сожалению, в Украине из-за незнания характера патологии детскими ортопедами на местах квалифицированная помощь этой группе пациентов практически не оказывается.

Под наблюдением авторов находились 522 ребенка с различными аномалиями развития конечностей, которым были проведены реконструктивные операции.

В том числе в 182 случаях были проведены реконструкции при врожденных аномалиях развития бедра, в 179 случаях — реконструкции при врожденных аномалиях развития голени, в 97 случаях — удлинения при недоразвитии бедра и голени, в 64 случаях — реконструкции при аномалиях развития верхних конечностей. Представлены классификации врожденных аномалий развития нижних и верхних конечностей. Освещена тактика хирургического лечения в зависимости от вида патологии. Продемонстрированы результаты лечения. Сделан вывод, что лечение врожденных аномалий конечностей должно начинаться в возрасте 4–8 мес, состоять из нескольких этапов и длиться до окончания периода роста пациента. Залогом успешного лечения является партнерство и взаимодействие врача-ортопеда, специалистов по реабилитации, родителей и ребенка («Well trained team»).

А.И. Корольков, Г.В. Кикош, А.Б. Громов (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») «*Отдаленные результаты остеотомии таза у детей*». В докладе представлены результаты ретроспективного анализа развития тазобедренного сустава у детей до и после различных видов остеотомий таза (остеотомия по К. Chiari (ОХ), R.V. Salter (ОС), P.A. Pemberton (ОП), R. Dega (ОД), тройная остеотомия таза (ТОТ), реконструкция надвертлужной области по А.А. Коржу — З.М. Мителевой (РКМ) и ацетабулопластика Ланс — Ситенко (АП)). По данным методикам за период с 1985 по 2002 год в клинике детской ортопедии ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ» было проведено 811 оперативных вмешательств у 616 детей в возрасте от 2 до 18 лет (771 сустав), среди которых было 243 мальчика и 373 девочки. Средний срок наблюдения за больными составил 8,3 года. Ретроспективно анализировали изменения таких рентгенометрических критериев развития вертлужной впадины (ВВп): величина ацетабулярного индекса (АИ), угол Виберга (УВ), коэффициент покрытия головки бедренной кости (ГБК) вертлужной впадины, а также учитывали возраст больного. На основе результатов проведенного исследования сделаны выводы и даны рекомендации по дифференцированному выбору методов хирургического лечения при врожденном вывихе и подвывихе бедра у детей. В возрасте до 6 лет — при ацетабулярном индексе до 35° и коэффициенте покрытия ГБК не менее 0,60, и в возрасте старше 6 лет, при ацетабулярном индексе до 30° и степени покрытия ГБК не менее 0,70 — наиболее эффективной является остеотомия таза по R.V. Salter. У детей до закрытия У-образного хряща при ацетабулярном индексе больше 35° целесообразно проводить ацетабулопластику по P.A. Pemberton или Ланс — Ситенко. Показания к остеотомии таза по К. Chiari у детей с врожденным вывихом и подвывихом бедра до закрытия У-образного хряща должны быть максимально сужены из-за развития в отдаленном периоде более чем в 60% случаев так называемого «анти-хиарного эффекта». Показаниями к проведению остеотомии таза по К.К. Chiari являются: подвывих или вывих бедра у детей старше 14 лет, с резко выраженной соха magna, при достаточной толщине тела подвздошной кости; выраженная латеропозиция ТБС с явлениями коксартроза 3-й стадии и деформацией ГБК, резким ограничением объема движений в ТБС; с явлениями дегенеративно-дистрофических изменений со стороны ВВп. У детей после закрытия лонно-седалищного синхондроза при ацетабулярном индексе от 30 до 55° и коэффициенте покрытия ГБК не менее 0,60 наилучшие результаты получены после тройной остеотомии таза в нашей модификации. Предложенные способы хирургических вмешательств на вертлужной

впадине при ліченні вродженого вивиха і подвивиха бедра дозволяють значительно збільшити стабільність оперированного суглоба і отримати до 85,15% випадків хороших і задовільних результатів у дітей в віці до 6 років і до 78,42% у дітей і підлітків в віці від 6 до 18 років.

А.К. Попсуйшапка, С.Б. Довгань, А.Н. Хомяк, И.Д. Копейченко, Б.П. Светличный (ХОКТБ, ХМА-ПО) «Функциональное лечение переломов у детей». Функциональне лічення переломів кісток кінечностей передбачає проведення системи заходів, направлених на оптимізацію процесу зрощення перелома шляхом раціональної фіксації пошкодженого сегмента і застосування адекватних навантажень на всіх етапах лічення. З урахуванням принципів функціонального лічення в 2002-2011 гг. в дитячому травматологічному відділенні ХОКТБ знаходилось на ліченні 334 дітей з діафізарними переломами кісток кінечностей. З них

з переломами гомілки — 190 осіб, з переломами бедра — 97, з переломами плеча — 39, з багаточисельними переломами кінечностей — 8. Лічення переломів гомілки в 131 випадку проводилось функціональними гіпсовими пов'язками, 49 випадках — стержневими апаратами. Лічення переломів бедра проводилось в 62 випадках скелетним витягненням і в 35 випадках — стержневими апаратами. Лічення переломів плеча проводилось в 39 випадках функціональними пов'язками і в 4 випадках — стержневими апаратами. При ліченні багаточисельних переломів кінечностей застосовувались стержневі апарати. Незадовільні результати лічення, обумовлені незрощенням переломів, спостерігались тільки в 3 (0,9 %) випадках. Відзначено, що застосовувані стержневі апарати, автором-розробником яких є проф. Попсуйшапка А.К., дозволені для клінічного застосування, о чому є відповідне свідчення про держреєстрацію.

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

Івано-Франківська обласна асоціація ортопедів-травматологів

Засідання асоціації на базі відділення травматології-ортопедії обласної клінічної лікарні

Протокол №138, 27 січня 2011 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих

Хворий А., 1953 р.н., діагноз: закритий осколковий перелом проксимального відділу правої великогомілкової кістки. Проведено хірургічне лікування — остеосинтез відламків правої великогомілкової кістки ЛСП-пластиною.

Хворий К., 1955 р.н., діагноз: закритий медіальний перелом шийки обох стегнових кісток, хронічна ниркова недостатність, вторинний остеопороз. Проведено хірургічне лікування — остеосинтез шийки обох стегнових кісток трьома компресійними шурупами.

Хворий Г., 1945 р.н., діагноз: лівобічний коксартроз III ступеня. Після первинного ендопротезування лівого кульшового суглоба виникло бактеріальне ускладнення, ендопротез видалено. Проведено санацію осередку запалення з подальшим ендопротезуванням спейсером. Рекомендовано ревісійне ендопротезування лівого кульшового суглоба.

Доповіді

Клепач М.С. (голова асоціації ортопедів-травматологів області) «Звіт про роботу асоціації ортопедів-травматологів області за 2010 рік». Кількість членів асоціації на 31.12.10 р. становила 176 осіб. Вибув 1.

Склад членів асоціації ортопедів-травматологів за кваліфікаційними категоріями:

- атестовано 157 осіб (88,70%, по Україні — 77,84%);
- вища кваліфікаційна категорія — 45 осіб (25,42%);
- перша категорія — 55 осіб (31,07%);
- друга категорія — 57 осіб (32,20%);
- не атестовано — 20 осіб (11,29%).

За звітний період проведено 4 засідання правління асоціації, на яких розглянуто такі питання роботи осередку:

- стан якості лікування профільних хворих у деяких районах області (Калуш, Богородчани), у відділенні травматології-ортопедії ОДКЛ, відділенні кістково-гнійної інфекції ОКЛ, відділенні травматології-ортопедії ОКЛ;

- аналіз дефектів у роботі травматологічних відділень області;
- упровадження нових методів лікування хворих;
- підвищення кваліфікації ортопедів-травматологів області та їх атестація;
- фінансова діяльність і робота ревісійної комісії.

На засіданнях правління розглядалися атестаційні справи претендентів з подальшим затвердженням рекомендацій до атестаційної комісії.

Проведено 10 засідань членів асоціації, з яких 4 у районах області на базі Яремчанської МЛ, Верховинської ЦРЛ, Богородчанської ЦРЛ, Рогатинської ЦРЛ. Засідання також проводилися на базі травматологічних відділень ОКЛ, МКЛ, ОДКЛ, КГІ, термічної травми. На них заслуховували звіти за певний період роботи відділень.

Представлено 9 доповідей на теми: «Школа MSD із досуглобового введення дипроспану» (Сулима В.С.), «Політравма. Класифікація, клініка, діагностика, лікування» (Андрейчин В.А.), «Результати лікування хворих у випадках травм і несправжніх суглобів методом малоінвазивного багатоповерхового остеосинтезу» (Білінський П.І.), «Пухлини опорно-рухової системи у дітей» (Дубас В.І.), «Експертиза тимчасової непрацездатності та інвалідності внаслідок травм і захворювань ОРС» (Заячук Р.М.), «Остеосинтез відламків стегнової кістки гамма-цвяхом. Показання, результати, переваги» (Валовіна Ю.Д.), «Лікування деформацій стоп у випадках уражень ЦНС» (Бородайкевич Р.Д.), «Етіологія, патогенез, клініка та лікування контрактури Дюпюїтрена» (Ковалишин Т.М.), «Травми кісток таза. Механогенез, клініка, лікування» (Юрійчук Л.М.).

Відзначено активну участь членів осередку у роботі з'їздів, конференцій, пленумів Української асоціації ортопедів-травматологів.

Публікації членів асоціації складають 29 наукових друкованих праць, серед них 2 патенти на винахід. Переважна більшість публікацій у працівників кафедри та лікарів обласного центру.

На засіданнях асоціації заслухано 9 звітів про роботу профільних відділень ОКЛ, ОДКЛ, МКЛ, ЦРЛ з аналізом дефектів лікування хворих.

На кожному засіданні проводили клінічний обхід, обговорення та демонстрацію хворих. Згідно з планом роботи розглядали надання консультативної допомоги хворим, стан працездатності та інвалідності внаслідок травм і захворювань опорно-рухової системи, впровадження сучасних методів лікування тощо.

У засіданнях асоціації брали участь 9 фармацевтичних фірм, представники яких презентували інформацію про різні лікарські засоби виробників і надавали благодійну допомогу відділенню.

Відмічено регулярну публікацію протоколів засідань асоціації у журналі «Ортопедия, травматология и протезирование».

Юрійчук Л.М. (головний ортопед-травматолог області, відділення травматології-ортопедії ОКЛ) «Аналіз роботи відділення травматології-ортопедії ОКЛ за 2010 рік». Відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ нараховує на 35 ліжок. У відділенні лікують хворих з ортопедичною патологією, травмами опорно-рухової системи різної складності, пухлинами кісток, захворюваннями суглобів, спортивною травмою. Забезпечення відділення сучасною апаратурою та інструментарієм дозволяє надавати висококваліфіковану спеціалізовану допомогу пацієнтам. У відділенні є 2 операційні, одна з яких виконує ургентну функцію. Для хворих використовуються сучасні методи лікування: стабільно-функціональний, внутрішньокістковий блоківний МОС, апаратна фіксація відламків кісток кінцівок, ключиці, таза, малоінвазивний МОС під рентгеноконтролем, артроскопія колінного і плечового суглобів, едопротезування кульшового і колінного суглобів, корекція набутих і природжених пороків і деформацій кісток і суглобів, кісткова пластика, пластика зв'язок і сухожилків.

У відділенні працюють 14 травматологів-ортопедів, з яких атестовано 11: 2 лікарі з вищою категорією, 4 — з першою, 5 — з другою та 3 — без категорії після інтернатури. Працівники відділення несуть цілодобові ургентні чергування по області.

Відділення травматології-ортопедії є клінічною базою Івано-Франківського національного медичного університету, де навчаються студенти, інтерни, лікарі курсів ПАЦ і ТУ, підвищують свою кваліфікацію медсестри. Спільно з кафедрою травматології-ортопедії проводяться клінічні обходи, конференції та клінічні обговорення.

Доповідач проаналізував основні показники діяльності ортопедо-травматологічного відділення за минулий рік. Окреслив перспективи розвитку роботи, а саме: розширення методик едопротезування великих суглобів, малоінвазивних артроскопічних і рентгеноінтервенційних методів лікування, внутрішньокісткового блоківного остеосинтезу та запровадження мікрохірургічних методів лікування.

Сулима В.С. (кафедра травматології-ортопедії та ХВНС ІФНМУ). «Алгоритм надання кваліфікованої допомоги хворим з відкритими та закритими ушкодженнями кінцівок». Доповідач обґрунтував практичне використання алгоритму надання кваліфікованої допомоги хворим із травмами органів опори та руху. Під час надання такої допомоги лікарю-травматологу перш за все слід проаналізувати її обсяг, яку отримав хворий на догоспітальному етапі. У цьому полягає наступність лікувального процесу, який необхідно розпочинати лікарями швидкої та невідкладної допомоги. На жаль, помилки допомоги хворим на догоспітальному етапі суттєво ускладнюють процес лікування в стаціонарі, і не завжди комплекс заходів є ефективним протягом «золотої години».

Доповідач представив покрокові лікувально-діагностичні заходи, які потрібно виконати під час надходження хворого до стаціонару. Деталізовано основні принципи надання допомоги, яка полягає в застосуванні знеболювальної, інфузійної терапії, лікувальних хірургічних маніпуляцій та операцій у разі закритих та відкритих травм органів опори та руху.

На клінічних прикладах розглянуто помилки в наданні кваліфікованої допомоги хворим з ушкодженнями опорно-рухової системи.

В обговоренні взяли участь професор Клепач М.С., професор Сулима В.С., доцент Дубас В.І., лікарі Юрійчук Л.М., Шібель І.В. та інші.

Засідання асоціації на базі відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської МКЛ № 1

Протокол № 139, 24 лютого 2010 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих

Хворий Д., 1950 р.н., діагноз: патологічний перелом середньої третини діафізи правої плечової кістки. Гіперпаратиреоїдна остеодистрофія. З анамнезу — травма 22.11.2010 р., лікувався консервативно, гіпсова іммобілізація кінцівки. Звернувся в МКЛ №1 зі скаргами на біль у ділянці перелому. На рентгенограмах — зміщення відламків плечової кістки. Рекомендовано: остеосинтез відламків правої плечової кістки інтрамедулярним блоківним фіксатором.

Хворий І., 1945 р.н., діагноз: закритий перелом шийки правої стегнової кістки. Стан після остеосинтезу трьома шурупами (грудень 2010 р.). Остеолізис шийки правої стегнової кістки, міграція шурупів. Рекомендовано: видалення металофіксаторів, тотальне едопротезування правої кульшового суглоба.

Хворий С., 1978 р.н., діагноз: хронічний остеомієліт лівої великогомілкової кістки. Травма в 2001 році, закритий перелом у нижній третині лівої великогомілкової кістки. Лікувався в МКЛ № 1, остеосинтез відламків апаратом зовнішньої фіксації. Рекомендовано: лікування у відділенні кістково-гнійної інфекції обласної клінічної лікарні.

Доповіді

Ковалишин Т.М. (кафедра травматології-ортопедії та ХВНС ІФНМУ) «Переломи човноподібної кістки зап'ястка. Проблеми та особливості лікування». Доповідач зупинився на актуальності теми, оскільки наслідки ушкодження часто тягнуть за собою стійкі прогресуючі та необоротні зміни із втратою функції кистьового суглоба. Описано клінічні та рентгенологічні симптоми переломів, незрощення та несправжнього суглоба, наведено сучасну класифікацію переломів човноподібної кістки, динаміку змін кистьового суглоба, що прогресують після травми. На ілюстрованих клінічних прикладах показано хірургічні доступи та обсяг втручання залежно від характеру змін: від свіжого ушкодження зі зміщенням відламків до незрощення їх із деформітним артрозом кистьового суглоба. Підкреслено важливість етапної післяопераційної реабілітації хворих.

Шібель І.В. (відділення травматології-ортопедії МКЛ № 1) «Аналіз роботи травматологічної служби міста та відділення за 2010 рік. Звіт. Стан трансфузійної допомоги постраждалим за звітний період». Ортопедо-травматологічна допомога жителям м. Івано-Франківськ надається у міському травматологічному відділенні на 60 ліжок, у міському травмункті та поліклініках № 1, 2, 3, 4. Травматологічну службу забезпечено спеціалізованими кадрами, що становить 1,2 на 10 тис. населення. Агестаційну категорію мають 75% ортопедів — травматологів. У м. Івано-Франківськ забезпеченість

травматологічними ліжками становить 3,0 на 10 тис. населення. В травматологічному відділенні за 2010 рік лікували 1445 хворих. Пацієнтами проведено 1838 л/день. Середнє перебування на ліжку становить 12,7 дня. Обіг ліжка — 24,1 дня. Зайнятість ліжка — 343,2, летальність — 0,2, хірургічна активність — 76,2%.

У 2010 році з переломами кісток і вивихами в суглобах лікували 836 хворих. Середня тривалість лікування — 13,8 дня. Із захворюваннями кістково-м'язової системи — 409 хворих. Середня тривалість лікування становила 12,1 дня. Із травмами м'яких тканин лікували 180 хворих. Середня тривалість лікування — 13,4 дня. У лікуванні ортопедо-травматологічних хворих використовували як консервативні, так і хірургічні методи. У разі хірургічного лікування застосовували інтрамедулярний блоківний остеосинтез, остеосинтез АЗФ, накістковими пластинами, пластинами з кутовою стабільністю LCP. У випадку незрощених переломів із кутовою деформацією, дефектом кісткової тканини та укороченням кінцівки виконували монолокальний і білокальний остеосинтез із формуванням кісткового регенерату. У разі травм кісток і м'яких тканин кисті відламки фіксували АЗФ та накістковими пластинами, а за необхідності застосовували кісткову та шкірну пластику для закриття дефектів. У міському травм пункті за 2010 рік прийнято 9961 пацієнта, із виробничими травмами — 30, побутовими — 490, вуличними — 4627, автодорожними — 32, кримінальними — 196, спортивними — 168.

Травматизм за 2010 рік становив: у разі виробничих травм — 4,1 на 10 тис. населення, побутових — 280,6, вуличних — 48,3, автодорожних — 4,5. У поліклініках міста прийнято 56059 хворих. Середнє навантаження на 1 годину становило 7,0. Хірургічна активність — 2,4%.

В обговоренні тактики лікування хворих і доповідей взяли участь: професор Клепач М.С., професор Суліма В.С., доцент Андрейчин В.А., лікарі Юрійчук Л.М., Шібель І.В., Чужак В.І. та інші.

Засідання асоціації на базі відділення кістково-гнійної інфекції обласної клінічної лікарні

Протокол №140, 31 березня 2011 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих

Хворий Р., 1964 р.н., діагноз: закритий консолидуючий перелом нижньої третини правої стегнової кістки, синтезований пластиною (вересень 2010 р.), післяампутаційна кука верхньої третини правої гомілки, облітеруючий ендартеріт правої нижньої кінцівки. Перелом металокопункції та вторинне зміщення відламків, бактеріальне ускладнення. Проведено реампутацію правої нижньої кінцівки на рівні середньої третини стегна.

Доповіді

Лабенський С.В. (відділення кістково-гнійної інфекції ОКЛ) «Аналіз роботи відділення КГП за 2010 рік і помилки в роботі травматологічних відділень області. Звіт». Відділення кістково-гнійної інфекції розгорнуто на 30 ліжок. Показники роботи відділення — у межах середньостатистичних стандартів відділень аналогічного профілю. Проведено аналіз показників роботи порівняно з попередніми роками, аналіз ускладнень лікування хворих в ортопедо-травматологічних відділеннях області. Звернуто увагу на невчасне направлення хворих з ускладненнями після травм опорно-рухової системи з районних травматологічних відділень до спеціалізованого відділення області, що надалі призводить до подовження строків лікування хворих і погіршення функціональних результатів лікування. Рекомендовано районним спеціалістам взяти до уваги наведені недоліки для покращення

показників роботи ортопедо-травматологічної служби в Івано-Франківській області.

Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Канзюба М.А. (Донецький національний медичний університет, НДІ травматології та ортопедії) «Остеосинтез у системі етапного лікування хворих з переломами кульшової западини». Важливими факторами, які визначають наслідки переломів кульшової западини, є своєчасність і повнота репозиції фрагментів, що формують її опорну поверхню. З метою оптимізації діагностики і лікування хворих з переломами кульшової западини розроблено та апробовано систему етапного їх лікування. Перший етап — травматологічні відділення міських та районних лікарень; другий етап — спеціалізовані відділення обласних лікарень і травматологічних центрів. Представлено досвід етапного лікування 81 пацієнта віком від 16 до 66 років, середній вік (38,4±3,4) року. Головним критерієм, який визначає показання до остеосинтезу, є порушення стабільності кульшового суглоба у зв'язку з переломами кульшової западини. Обґрунтовано рентгенологічні ознаки порушення стабільності. У 71 (82,6%) постраждалого відзначено множинні ушкодження опорно-рухової системи, у 47 (54,7%) — поєднані ушкодження. У 40 (46,5%) хворих переломи кульшової западини віднесено до типу А, у 33 (38,4%) — до типу В, у 11 (12,8%) — до типу С. У двох випадках переломи кульшової западини супроводжувалися переломом головки та шийки стегнової кістки (ушкодження Ріркін ІУ). Черезкістковий остеосинтез кісток таза в гострому періоді травми застосовували як невідкладне протишокове втручання, задля забезпечення стабілізації тазового кільця і, за необхідності, можливості транспортування постраждалого. У випадках переломів у ділянці навантажувальної поверхні кульшової западини відновлення стабільності кульшового суглоба можливе тільки шляхом відкритої репозиції та внутрішнього остеосинтезу.

Планування внутрішнього остеосинтезу в разі переломів кульшової западини, що відносяться до типів В і С, має здійснюватись з урахуванням особливостей ушкодження тазового кільця. Залежно від типу перелому використовували задньолатеральний доступ Кохера-Лангенбека і його модифікації, передній внутрішньотазовий ілюофemorальний доступ, а також комбінацію обох доступів. Термін виконання внутрішнього остеосинтезу кульшової западини — від 3 до 34 днів, середній термін (11,3±2,1) дня. За наявності множинних ушкоджень опорно-рухової системи, програму лікування здійснювали на основі прогнозування анатомо-функціональних результатів, у першу чергу, у зв'язку з травматичним ушкодженням кульшового суглоба. Система етапного лікування дозволяє удосконалити діагностику переломів кульшової западини, оптимізувати хірургічну тактику, скоротити строки виконання остеосинтезу, покращити анатомічні і функціональні результати лікування.

Климовицький В.Г., Канзюба М.А., Канзюба А.І. (Донецький національний медичний університет, НДІ травматології та ортопедії) «Хірургічна тактика у випадках внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу стегнової кістки у пацієнтів молодого віку». Серед 232 пацієнтів із внутрішньосуглобовими переломами проксимального відділу стегнової кістки 74 (31,8%) — особи у віці від 18 до 50 років. Пріоритетним методом лікування у цій віковій групі є внутрішній остеосинтез. Мета роботи — з біомеханічних позицій обґрунтувати особливості внутрішнього остеосинтезу відламків у разі внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу стегнової кістки. На об'ємній кінцевоелементній моделі проведено аналіз змін напружено-деформованого

стану (НДС) проксимального відділу стегнової кістки. Моделювали такі ситуації: черезшийкові переломи з кутами нахилу площини перелому за Pauwels 50° і 70° ; остеосинтез черезшийкових переломів двома гвинтами діаметром 5 мм; різні напрямки введення гвинтів у шийку; базальні переломи шийки стегнової кістки; остеосинтез у разі базальних переломів конструкцією DHS; остеосинтез у разі базальних переломів конструкцією PFN.

За даними аналізу, концентрація напружень спостерігається не тільки в ділянці перелому, але й навколо конструкцій, що застосовуються. Максимальні значення напружень залежать від виду і розташування фіксувальних конструкцій. За певних умов максимальні значення напружень межують із максимально допустимими для кісткової та хрящової тканин. Це може бути причиною деструктивно-дистрофічних змін і порушення репаративного процесу в ділянці ушкодження. Результати

аналізу: у разі переломів шийки з кутом нахилу 50° за Pauwels найбільш оптимальним є введення гвинтів перпендикулярно площині зламу; якщо кут нахилу площини дорівнює 70° , оптимальним є введення гвинтів паралельно осі шийки стегнової кістки; гвинти мають бути введені за центром головки стегнової кістки і розташовані поблизу верхньої і нижньої кортикальних пластинок. Найбільш несприятливим є близьке розташування гвинтів і перетинання їх напрямків на рівні перелому. Надмірна компресія в ділянці перелому може призвести до руйнування кісткової тканини у цій ділянці. У випадках базальних переломів шийки стегнової кістки оптимальний характер розподілу напружень забезпечує використання фіксаторів DHS і PFN.

В обговоренні лікування хворих і доповідей взяли участь: професор Клепач М.С., професор Сулима В.С., доцент Омельчук В.П., лікарі Рихлевич О.М., Лабенський С.В. та інші.

Голова асоціації
Секретар

М.С. Клепач
Ю.Д. Валовіна