

ОТЧЕТЫ

Івано-Франківська обласна асоціація ортопедів-травматологів

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ, 29 січня 2015 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих.

Після проведеного клінічного обходу на розгляд ви-несено таких хворих.

Хвора К., 1972 р. н., діагноз: закритий перелом хі-рургічної шийки лівої плечової кістки зі зміщенням від-ламків, закритий перелом проксимального метаепіфіза лівої великогомілкової кістки. Рекомендовано: МОС LCP-пластиною лівої плечової та лівої великогомілкової кісток.

Хворий С., 1965 р. н., діагноз: неправильно консолидо-ваний «трьохкісточковий» перелом кісток лівої гомілки з підвихом стопи назад. Рекомендовано: корегувальну остеотомію великогомілкової кістки з відновленням син-десмозу.

З доповідями виступили:

Клепач М. С. (голова асоціації ортопедів-травматоло-гів Івано-Франківської області) «Звіт про роботу асоціації ортопедів-травматологів області за 2014 рік» Доповідач ретельно проаналізував роботу членів асоціації, зупинився на здобутках і недоліках, підкреслив важливість співпраці з провідними фахівцями інших областей.

Презентація фірми «Байер».

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії МКЛ-1, 26 лютого 2015 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих у відді-ленні травматології та ортопедії МКЛ. Обговорено стан та надані рекомендації щодо лікування і реабілітації окремих пацієнтів.

Хвора С., 1985 р. н., діагноз: правобічний гонартроз II ступеня неясної етіології, ускладнений звичним ви-вихом наколінка та нейропатією стегнового нерва. Ре-комендовано провести необхідне дообстеження хворої, консультацію нейрохірурга та подальше лікування.

Хворий Р., 1975 р. н., діагноз: травматичний через-вертлюговий перелом лівої стегнової кістки 15 років тому. Р. пройшов лікування в ЦРЛ. Проведено МОС LCP-пластиною. Після дестабілізації пластини її замі-нено гама-цвяхом. У подальшому відбулося нагновання шийкового компоненту цвяха. Рекомендовано: видалити металоконструкцію, провести клінічну пробу на зро-щення, наступне лікування та реабілітацію здійснювати залежно від конкретних наслідків.

Хвора К., 1945 р. н., діагноз: черезвертлюговий пато-логічний перелом лівої стегнової кістки. Рекомендовано провести біопсію, консультацію онколога.

З доповідями виступили:

Шібель І. В. (головний ортопед-травматолог міста, завідувач відділення ортопедії і травматології МКЛ-1) «Аналіз роботи травматологічної служби міста та про-фільного відділення».

Непорадний І. Д. (завідувач міського травматологіч-ного пункту) «Аналіз роботи травматологічного пункту міста за 2014 рік».

Іваськевич І. Б. (начальник обласного бюро судово-медичної експертизи) «Підробка медичних документів. Службове підроблення». Доповідач розкрив присутнім суть і значення цього питання у своїй повсякденній роботі.

Горічок І. Б. (заступник начальника обласного бюро судово-медичної експертизи) «Вимоги до лікарів у ве-денні медичної документації». Промовець зупинився на основних юридичних вимогах під час ведення медичної документації.

Презентація фірми «Фармак».

Засідання на базі відділення кістково-гнійної інфекції ОКЛ, 26 березня 2015 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих.

Хворий В., 1990 р. н., діагноз: відкритий перелом середньої третини кісток правої гомілки, ускладнений гнійно-некротичним дефектом м'яких тканин. Він про-ходив лікування в ЦРЛ, де йому провели ПХО рани, скелетне витягнення. Через два дні В. перевели у відді-лення КГІ ОКЛ, де хворому виконали некректомію рани та білокальний АЗФ. В. одержує адекватне лікування.

Хвора К., 1976 р. н., діагноз: здавлення правої кисті та передпліччя з травматичним відривом III-V пальців правої кисті, нагноєнням та некрозом м'яких тканин. Травма виробнича внаслідок здавлення пресом правої кисті й правого передпліччя. Проведено ПХО, потім некректомію ран кисті та передпліччя, а згодом ауто-дермопластику. Рани закриті задовільно, загоєння ран повільне, без ускладнень.

З доповідями виступили:

Смачило С. М. (завідувач відділення КГІ ОКЛ). Доповідач представив звіт за 2014 рік, проаналізував основні показники роботи.

Сулима В. С. «Мікробні біоплівки. Сучасний стан проблеми». Автор зазначив історичні передумови розвитку теоретичних основ розв'язання проблеми виникнення інфекційних ускладнень, зокрема за умов використання виробів медичного призначення, імплантатів, метало-конструкцій. Відомо що 95-99 % усіх мікроорганізмів у природному середовищі існують у вигляді біоплівок. Розкрито сучасні погляди на поняття «біоплівки» як ге-терогенної сукупності мікроорганізмів, розташованих на будь-якій неживій поверхні або поверхні живого організ-му, скріплені позаклітинним матриксом, який утримує їх разом та захищає від зовнішніх впливів. Автор представив етапи формування біоплівки, швидкість її утворення, по-єднане існування біоплівки та ранового струпу і причини перешкоджання процесу лікування ран. Він висвітлив фак-тори, які сприяють утворенню біоплівки, сучасні шляхи протидії цьому процесу, особливо під час використання імплантатів та засобів остеосинтезу в травматології та ортопедії. Підкреслено, що біоплівки впливають на перебіг хронічних запальних захворювань та відіграють суттєву роль у порушенні перебігу процесів загоєння хронічних ран. У доповіді використано ілюстративний матеріал. Лікарям ортопедом-травматологом було надано практичні поради, спрямовані на запобігання утворення біоплівок, а саме: поєднувати обов'язкову часту обробку рани з фізичними методами впливу, ранових покриттів й антимікробних агентів.

Проведено засідання правління асоціації ортопедів-травматологів області. Заслухано фінансовий звіт.

Фірма «SANDOS» представила нові лікарські засоби.

Голова асоціації **М. С. Клепач**
Секретар **О. І. Смолинський**

Чернівецький осередок Української асоціації ортопедів-травматологів

Засідання на базі оздоровчого комплексу «Сонячна долина», с. Бояни, Новоселицький район Чернівецької області, 28 березня 2014 р.

З доповідями виступили:

П. В. Нікітін (АО «Укртравма», Київ) «Курси АО в Україні: історія та перспективи розвитку». Доповідач зупинився на історії проведення курсів АО в Україні (перші курси проведені в м. Києві, 2007 р.). У 2009 р. працювали курси АО (Advanced Principles of Fracture Management). Викладачі української секції АО є міжнародними лекторами і брали участь в роботах асоціації АО в Росії, Мальті, Чехії, Давосі тощо. Автор зупинився на матеріалах VII Українського регіонального семінару АО.

К. К. Романенко (ХМАПО, Харків) «Класифікація переломів АО/ASIF». Представлено універсальну класифікацію переломів, травм, відкритих та закритих переломів, зупинився на принципах лікування переломів різної локалізації.

І. А. Ріхтер (компанія «Синтез», Київ) «Про партнерство з компанією «Синтез». Доповідач розповіла про курси АО в Україні та інших країнах, семінари. Вона повідомила про підтримку українських відділень АО та історію компанії «Синтез».

О. А. Ріхтер (АО «Укртравма», Київ) «Принципи остеосинтезу пластинами». Автор охарактеризував переваги та недоліки сучасних пластин, показання до їх використання. Особливу увагу приділив LCP-пластині та порядку введення гвинтів. Крім того, автор зупинився на можливостях АО і питаннях членства та його перевагах. Висвітлено класифікацію та принципи лікування АО.

В. К. Піонтовський (ОКЛ, Рівне) «Про абсолютну та відносну стабільність у лікуванні переломів». Доповідач розповів про абсолютну і відносну стабільність фіксації, контрольовану рухомість фрагментів за відносної стабільності. Зазначено, що результатом абсолютної стабільності є пряме кісткове зрощення, показаннями для хірургічного втручання визнають внутрішньосуглобові переломи, прості діафізарні переломи кісток передпліччя, гіпертрофічні псевдоартрози. Факторами досягнення успіху лікування пацієнтів з переломами автор назвав ідеальну анатомічну репозицію, міжфрагментарну компресію, максимальне збереження кровопостачання кістки.

С. В. Гаріян (ОКЛ, Тернопіль). «Відносна стабільність під час лікування переломів». Представлено принципи АО в застосуванні апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ), інтрамедулярних фіксаторів та накісткових пластин. Зазначено, що за умов відносної стабільності виникають мікрорухи під час фізичного навантаження кінцівки. Доповідь проілюстровано клінічними прикладами.

В. Д. Гузак (міська лікарня, Кам'янець-Подільський) зупинився на вдосконаленні методики інтрамедулярного остеосинтезу переломів великогомілкової кістки цвяхами АО.

Проведено майстер-клас із використання інструментарію та імплантатів компанії «Синтез».

Засідання на базі університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівців, 30 травня 2014 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих у травматологічній клініці за участю проф. Васюка В. Л. (Буковинський державний медичний університет, Чернівці), проф. Яким'юка Д. І. (департамент охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА).

З доповідями виступили:

В. М. Берега (Кишинівський державний медичний університет, Молдова) «Острівкова пластика дефектів м'яких тканин у лікуванні травматологічних хворих». Доповідач представив ілюстративний матеріал складних випадків острівкової пластики в разі відкритих переломів кісток та остеомієліту. Детально проаналізовані особливості товщини, фізіологічні надлишки шкіри, а також питання натягу і дефектів м'яких тканин під час хірургічного лікування інфікованих ран.

М. М. Капрош (КДМУ, Молдова) «Транспедикулярна фіксація переломів хребта». Доповідь присвячена хірургічному лікуванню нестабільності хребта у хворих на остеохондроз і з наслідками травм хребта різної локалізації.

П. І. Білінський (НМАПО імені П. Л. Шупика, Київ) «Сучасні принципи накісткового остеосинтезу». Доповідач визначив основні показання до остеосинтезу із застосуванням авторської накісткової пластики у випадках діафізарних та метаепіфізарних переломів плечової, великогомілкової та стегнової кісток. Проаналізовано віддалені результати. Промовець підкреслив незначну кількість ускладнень, незважаючи на важкі багатоосколкові множинні переломи довгих кісток кінцівок.

В. Л. Васюк, С. В. Васюк (БДМУ, Чернівці) «Аналіз показників мікробіологічного забруднення повітря операційних». Автори довели, що в операційних, де проводиться стерилізація повітря шляхом його ультрафільтрації, частота інфекційних ускладнень зменшується у 4 рази (від 2,8 до 0,7 %).

Д. І. Яким'юк (ЛШМД, Чернівецька обл.). Підсумки роботи ортопедо-травматологічної служби Чернівецької області за 2013 рік.

Засідання на базі університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівців, 5 вересня 2014 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих у травматологічній клініці за участю проф. Васюка В. Л. (БДМУ, Чернівці), проф. Яким'юка Д. І. (департамент охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА).

З доповідями виступили:

О. Г. Дудко (ЛШМД, Чернівці) «Нові біодеградуювальні імплантати «Біоретек» для остеосинтезу переломів». Доповідач повідомив, що на кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії БДМУ протягом останніх десятиліть проведено експериментальні дослідження полімерного матеріалу полігліколіду з біодеградуювальними властивостями, впроваджено в повсякденну практику виготовлені з нього фіксатори-гвинти, циліндричні та конічні штифти. Отримано дозвіл на виготовлення та використання зазначених фіксаторів, але через економічні обставини промисловий випуск їх в Україні не налагоджений. Останнім часом у клініці для остеосинтезу метаепіфізарних переломів застосовують біодеградуювальні фіксатори «Activa Pin™» та «Activa Screw™» (виробництво Фінляндії, постачальник Ukrainian trading medical company), завдяки яким не потрібна повторна операція з видалення фіксатора після зрощення перелому. Показаннями до їх застосування є переломи метаепіфізарних ділянок верхніх і нижніх кінцівок — кісточок гомілки, виростків плечової, стегнової, великогомілкової кісток.

О. Г. Дудко, Д. І. Яким'юк, І. В. Гусаковський, Р. І. Бугай, Є. І. Костін (ЛШМД, Чернівці) «Флотувальний

ліктвовий суглоб (лікувальна тактика)». За інформацією доповідачів, флотувальний ліктвовий суглоб — це тяжке травматичне ушкодження, коли поєднуються переломи сегментів плеча та передпліччя на одній кінцівці. Частота виникнення становить 3,4 % переломів верхньої кінцівки, для яких необхідне хірургічне лікування. Ушкодження супроводжується високим рівнем ускладнень, оскільки виникають умови для нестабільності проміжного флотувального сегмента — ділянки ліктвового суглоба. Серед 84 хворих з діафізарними переломами верхніх кінцівок, які проходили хірургічне лікування в травматологічному відділі для дорослих ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» м. Чернівців у 2013–2014 рр. флотувальний ліктвовий суглоб виявлено у 2. Автори запропонували тактику лікування такого ушкодження: під час хірургічного втручання виконувати орієнтовну стабілізацію сегмента плеча в АЗФ, що створює сприятливі умови для відкритого остеосинтезу кісток передпліччя пластиною або інтрамедулярним фіксатором; потім проводити остаточну закриту репозицію перелому плечової кістки в АЗФ. Застосування вказаної тактики дає змогу значно знизити травматизацію м'язів, тканин, судин, нервів кістковими фрагментами під час репозиції переломів і сприяє зменшенню післяопераційних ускладнень.

В. Л. Васюк, Я. М. Васильчишин, В. В. Процюк (БДМУ, ЦТО, Чернівці) «Використання кісткового банку в травматологічній та ортопедичній практиці». За словами доповідачів, сьогодні дедалі гостро постає питання заміщення кісткових дефектів під час первинного, особливо ревізійного ендопротезування кульшових та колінних суглобів. Для заготівлі кісткового матеріалу, обробки та зберігання існують спеціальні лабораторії — кісткові банки. Вони функціонують в більшості західних країн вже понад 20 років. Настав час створити кістковий банк і в Україні. За період 2010–2014 рр. взято біологічний матеріал (головку стегнової кістки) у 68 (100 %) пацієнтів, який було обстежено в лабораторії «Букінтермед», та визнано придатними до використання 56 (82,3 %). Із 12 (17,7 %) непридатних 8 (11,8 %) головок дали позитивний бактеріологічний засів. Проаналізовано результати хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, які перебували на лікуванні в період 2010–2014 рр. у шведсько-українському медичному центрі «Енгельгольм». Кісткові трансплантати використані під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба у 43 (76,8 %) хворих для пластики кульшової западини; колінного суглоба у 4 (7,1 %) для пластики кістки під час встановлення стегнового та великогомілкового компонентів ендопротеза. Дефекти стегнової кістки після переломів дистального метаепіфіза стегнової кістки заміщено у 3 (5,4 %) пацієнтів, проксимального метаепіфіза великогомілкової кістки — у 4 (7,1 %). У 2 (3,6 %) хворих кісткову пластику використали для заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглоба. Наявність кісткового банку значно здешевлює ревізійні операції та пластику значних дефектів дна і даху кульшової западини.

П. З. Ковальчук (БДМУ, Чернівці) «УЗД колінного суглоба». Доповідач ознайомив присутніх з новим апаратом, пристосованим для обстеження колінного суглоба, який значно покращує діагностику внутрішньосуглобових структур — менісків, схрещених зв'язок, тіла Гоффа, суглобового хряща.

Д. К. Леник (ОКЛ, Чернівці) «Досвід лікування диспластичних коксартрозів та патології хребта в ортопедичному відділенні клініки Дітля м. Кракова, Польща».

В. В. Пікула (ЛШМД, Чернівці) «Піднадп'ятковий вивих та злам надп'яркової кістки. Діагностика і такти-

ка лікування». Наведено клінічний приклад відкритого перелому надп'яркової кістки. Проведено двохетапне лікування з позитивним результатом.

О. В. Грозинський (фірма «Інка Лабораторіз Лімітед») «Застосування препарату «Зеродол» у разі дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів».

Д. І. Яким'юк, О. А. Брагарь, Р. В. Лесик, М. І. Рибак, А. А. Бочаров (ЛШМД, Чернівці) «Досвід оперативного лікування диспластичних коксартрозів у травматологічному відділенні ЛШМД». За період з 2012 по 2013 рр. прооперовано 28 пацієнтів з диспластичним коксартрозом. Перевагу надано ендопротезуванню з використанням кісткової пластики.

Засідання на базі університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівців, 12 грудня 2014 р.

З доповідями виступили:

А. Т. Зінченко (БДМУ, Чернівці) «Політравма. Історичні аспекти, класифікація». Автор наголосив, що термін «політравма» — загально визнане поняття, яке вказує на множинні, поєднані або комбіновані ушкодження опорно-рухової системи, внутрішніх органів, шкіри. Зрозуміло, що дослівний переклад цього терміну пояснює тільки кількісну сторону ушкодження і ніяк не вказує на якість. Політравма, за словами доповідача, — це не тільки поєднання переломів та ушкоджень внутрішніх органів, а й низка патологічних і соматичних реакцій, яку Кларк у 1955 р. назвав «травматичною хворобою». Вона характеризується складним і багатостороннім патогенезом, у гострому періоді якого на перший план виходять не ознаки перелому, а порушення життєвих функцій із загрозою для життя пацієнта. В історичному аспекті вивчення політравм промовець розділив на 3 періоди: I — охоплює багатовікову історію хірургії аж до другої світової війни і характеризується відсутністю уваги до специфіки їх лікування; II — (1939–1975 рр.) аналітичний, відповідає вивченню і накопиченню фактичних даних; III — починається з 1975 р. і дотепер. Насамкінець, вчений зазначив, що у разі політравми особливою увагою заслуговує надання догоспітальної допомоги і оперативне транспортування хворих для кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги.

В. Я. Шутка (БДМУ, Чернівці). «Особливості діагностики та лікування черепно-мозкової травми у хворих із політравмою». Автор розповів про суттєве значення швидкого і своєчасного надання допомоги хворим на догоспітальному етапі. Транспортування хворих із місця події для кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги повинно бути надзвичайно оперативним. Особливе значення має поєднання ушкоджень скелета з черепно-мозковою травмою. Якщо множинні ушкодження кінцівок поєднуються з травмами черепа (різні види переломів склепіння та основи) і головного мозку (важкий струс, забій, здавлення), лікування значно ускладнюється. Значна кількість хворих на довгий час втрачає свідомість. Автор зупинився на особливостях надання допомоги на догоспітальному етапі та етапі спеціалізованої допомоги.

Є. П. Ткач (БДМУ, Чернівці) «Фармакотерапія болювого синдрому: окремі клініко-фармакологічні аспекти анальгезувальної терапії в хірургічній практиці». Представлено класифікацію типів болю, їх характеристики, схему процесу формування болю, порівняльну характеристику гострого і хронічного болю. Доповідач приділила увагу неадекватному післяопераційному знеболенню, яке призводить до розвитку патологічного синдромокомплексу. Окремо охарактеризовано принципові вимоги до

контролю над больовим синдромом у післяопераційному періоді.

В. Ю. Соколов (ОКЛ, Чернівці) «Абдомінальна травма у хворих із політравмою». Промовець повідомив про поєднані ушкодження, які найчастіше виникають, розрив селезінки та переломи кісток кінцівок, розриви кишечника, сечового міхура, печінки, крім того, були випадки ушкоджень органів грудної порожнини. Описано тактику лікування, яка полягає в стабілізації переломів кінцівок за допомогою АЗФ під час або безпосередньо після лапаротомії.

П. Є. Ковальчук (БДМУ, Чернівці). «Вогнепальні ушкодження опорно-рухової системи». Розглянуто особливості балістики та уражальних факторах за раньових вогнепальних поранень, а також класифікацію дії вибухової хвилі. Окремо охарактеризовано мінно-вибухові поранення: перебіг ранового процесу, мету первинної хірургічної обробки, показання до накладання швів на вогнепальну рану. Вогнепальні переломи з урахуванням ушкоджень м'яких тканин потребують спеціальної хірургічної обробки із застосуванням первинного позавогнищевого, стабільно-функціонального, мінімально інвазивного остеосинтезу. Автор висвітлив сучасні принципи остеосинтезу — мінімальну травматичність, збереження кровопостачання, збереження кісткових відламків, функціональну репозицію, стабільну фіксацію, ранні активні рухи. Частина виступу було присвячено ускладненням вогнепальних переломів — травматичному шоку, компартмент-синдрому, крововтраті, інфекційним та гнійним ускладненням, місцевій інфекції, сепсису, жировій емболії.

В. В. Яцків (ОКЛ, Чернівці). «Особливості діагностики та лікування хворих із торакальною травмою за умов політравми». Автор приділив особливу увагу діагностиці ушкоджень органів грудної клітки та їх поєднанню з переломами кісток скелета, а також комбінації ушкоджень грудної клітки та органів черевної порожнини. Промовець наголосив на важливості надання догоспітальної допомоги і транспортуванню хворих в стаціонари лікарень.

М. М. Кокалко (БДМУ, Чернівці) «Реанімація, сучасні підходи у випадку політравми». У виступі зазначено, що

смертність внаслідок політравми як на догоспітальному, так і госпітальному етапах становить від 10 до 40 %. У структурі травматизму множинні та поєднані ушкодження сягають 12–15 %, а в разі аварій, катастроф та під час бойових дій — 50–70 %. Доповідач приділив увагу наданню допомоги в термінальних станах, зупинився на питаннях первинної і вторинної зупинки серця під час клінічної смерті та її діагностиці, на яку виділяється максимум 10 с. Золотим стандартом забезпечення прохідності дихальних шляхів залишаються потрійний прийом за Р. Safar та інтубація трахеї (не більше ніж 30 с). Автор запропонував організаційні заходи, серед яких прискорення проведення дефібриляції завдяки оснащенню дефібриляторами громадських місць (аеропортів, супермаркетів, вокзалів, готелів тощо), а також автомобілів правоохоронців та пожежних машин. Крім того, особливу увагу, за словами доповідача, треба приділяти атоматичному зовнішньому дефібрилятору — АЗД, приладу, який визначає показання до проведення дефібриляції після накладання електродів потерпілому в критичному стані. Використання АЗД (англ. AED) іншими спеціалістами (рятувальниками, міліцією, охороною, стюардесами тощо) дає можливість підвищити шанси потерпілого на виживання.

Д. Б. Домбровський (ОКУ, Чернівці) «Травма судин у хворих із політравмою». Найчастіше ушкодження магістральних судин, за словами доповідача, спостерігають у ділянці верхніх і нижніх кінцівок. Вони поєднуються з відкритими переломами кісток. Автор підкреслив важливість знерухомилення кісткових фрагментів для поновлення кровообігу. Хірургічне втручання мають проводити бригади ортопедів-травматологів й ангіохірургів. Для поновлення кровообігу застосовують аутовени і штучні судинні протези. У результаті хірургічного втручання в перші 6 год після травми досягають найкращих результатів.

В. В. Паладюк (департамент охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА). В інформаційному повідомленні проаналізовано роботу дитячої ортопедо-травматологічної служби області. Запропоновано більше уваги приділяти диспансеризації хворих зі сколіотичною хворобою та вродженими вадами розвитку.

Голова обласного осередку
Почесний секретар
Секретар

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