

## ОТЧЕТЫ

DOI: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-598720173123-130>

## Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

## Звіт про проведення науково-практичної конференції, присвяченої 90-річчю Харківського обласного осередку ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»

Цього року виповнилося 90 років із дня організації Харківського товариства ортопедів-травматологів, правонаступником і послідовником якого на сьогодні є Харківський обласний осередок ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів» (ХООВГО «УАОТ»). Цій знаменній події була присвячена науково-практична конференція, яка відбулася в будинку Харківського медичного товариства 20 квітня 2017 р.

У конференції взяли участь 86 осіб, у тому числі президент ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів», головний ортопед-травматолог України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН» професор Страфун С. С., президент Харківського медичного товариства, директор ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України» професор Корж М. О., почесний президент Харківського медичного товариства, почесний ректор Харківської медичної академії післядипломної освіти професор Хвисько М. І. (рис. 1).

Із цікавістю учасники конференції зустріли доповідь про історію становлення і розвитку Харківського товариства ортопедів-травматологів (автори — голова ХООВГО «УАОТ» професор Філіпенко В. А., секретар Шевченко О. Г.), у якій висвітлено витоки першого самостійного профільного товариства в Україні. У доповіді відзначено, що провідну роль у формуванні та зміцненні товариства відіграли керівники та співробітники Українського інституту ортопедії і травматології (нині — ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН»), а його історія нерозривно пов'язана з іменами таких видатних і талановитих учених ортопедів-травматологів та організаторів, як професори Вегнер К. Ф., Трегубов С. Л., Ситенко М. І., Новаченко М. П., Котов О. П., Маркс В. О., Ніколаєв Л. П., Недригайлова О. В., Куліш М. І., Андрусон М. В., Бондаренко М. С., академік Корж О. О. і багатьох інших.

Протягом усієї історії Харківського обласного товариства ортопедів-травматологів його очолювали провідні вчені Харкова (рис. 2).



Рис. 1. Відкриття конференції, присвяченої 90-річчю ХООВГО «УАОТ»

Також у доповіді подано сучасні аспекти діяльності ХООВГО «УАОТ» та його досягнення за останнє десятиліття.

Професор Страфун С. С. провів презентацію сайту ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів» і виступив із двома лекціями щодо проблем діагностики та лікування патології плечового суглоба. Доповідач детально розглянув питання диференційної діагностики больового синдрому та порушення функції плечового суглоба в разі захворювань і травматичних ушкоджень суглобів пояса верхньої кінцівки, шийного відділу хребта, плечового суглоба. Особливу увагу приділив лікарським помилкам у діагностиці, а також під час вибору лікувальної тактики і виконання хірургічних втручань у пацієнтів із патологією плечового суглоба.

У межах конференції відбулося підведення підсумків конкурсу для молодих учених на присудження премії імені професора Ситенка М. І. за кращі



Рис. 2. Голови Харківського обласного товариства (нині — Харківського обласного осередку ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів») із 1927 року: а) професор Трегубов С. Л. (1927–1936); б) професор Ситенко М. І. (1936–1940); в) професор Новаченко М. П. (1940–1966); г) професор Котов О. П. (1966–1971); д) академік Корж О. О. (1971–1979); е) професор Бондаренко М. С. (1980–2006); ж) професор Філіпенко В. А. (із 2007 р.)

наукові роботи в галузі травматології і ортопедії (рис. 3). За рішенням конкурсної комісії (професор Танькут В. О. — голова, професор Попсуйшапка О. К., доктор медичних наук Куценко В. О.) переможцями конкурсу та лауреатами премії стали: I ступеня — Перфільєв О. В. (ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН»); II — Барков О. О. (Кіровоградська обласна клінічна лікарня, ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН»); III — кандидат медичних наук Літовченко А. В. (ХНМУ). Дипломи учасників конкурсу і заохочувальні премії були вручені Лапшину Д. В. (ХНМУ) і Овчиннікову О. М. (ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН»). Президент Харківського медичного товариства професор Корж М. О. вручив дипломи та нагородив преміями молодих вчених та побажав їм подальших успіхів у науковій і професійній роботі. Переможці конкурсу для молодих вчених презентували свої роботи учасникам конференції.

Наукова робота Перфільєва О. В. присвячена сучасним проблемам діагностики та лікування больового синдрому за умов поперекового спондилоартрозу. Наведені результати топографо-анатомічного дослідження іннервації дуговідросткових суглобів, завдяки якому вдосконалено методику діагностичних блокад і розроблено новий спосіб денервації дуговідросткових суглобів.

Метою дослідження Баркова О. О. стало покращення результатів лікування пацієнтів із стійкими післятравматичними контрактурами колінного суглоба після ускладнених переломів діафіза стегнової кістки. Автор розробив оригінальний спосіб заміщення дефектів капсули колінного суглоба, запропонував спосіб з'єднання сухожилків м'язів-розгиначів гомілки під час мобілізувальних операцій.

У результаті дослідження Літовченка А. В. отримані нові наукові дані щодо впливу мезенхімальної стимуляції кісткового мозку на перебіг репаративного хондрогенезу, запропонована артроскопічна хірургічна технологія лікування хворих із локальними дефектами хряща колінного суглоба — глибока тунелізація зони хрящового дефекту.



Рис. 3. Переможці та учасники конкурсу для молодих вчених на присудження премії імені професора Ситенка М. І. за кращі наукові роботи в галузі травматології і ортопедії

Актуальним питанням застосування сучасних фармакологічних препаратів у клінічній практиці ортопеда-травматолога присвятили свої доповіді професор Мороз В. А. (кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету) і професор Танькут В. О. (ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН»).

Із заключним словом виступив професор Філіпенко В. А. Він зазначив, що, продовжуючи традиції, створені попередніми поколіннями харківських ортопедів-травматологів, Харківський обласний осередок ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів» докладає максимум зусиль для вирішення сучасних актуальних проблем, зміцнення кадрового і наукового потенціалу галузі, виховання нових вчених ортопедів-травматологів.

Голова **В. А. Філіпенко**  
Секретар **О. Г. Шевченко**

## Харьковское областное отделение украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание 16.03.2017

**И. И. Спесивый** (главный специалист ортопед-травматолог ДООЗ Харьковской облгосадминистрации), **Г. В. Бэц** (главный ортопед-травматолог ДООЗ г. Харькова) «Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2016 г.». В докладе проанализированы основные показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений г. Харькова и области. Представлена информация о сокращении количества ортопедо-травматологических коек в лечебно-профилактических учреждениях. Детально проанализирована структура хирургических вмешательств на костях и суставах, проведенных в 2016 г. в лечебно-профилактических учреждениях г. Харькова и Харьковской области; акцентировано внимание на причинах проведения ревизионного эндопротезирования. Охарактеризованы травматизм и первичная инвалидность вследствие травм орпно-двигательной системы по районам области

и Харьковскому региону в целом. Отмечено снижение показателей инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы по области в 2016 г. по сравнению с предыдущим.

**И. И. Белоконов** (главный специалист детский ортопед-травматолог ДООЗ Харьковской облгосадминистрации) «Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2016 г.». Докладчик проанализировал показатели обеспеченности детского населения г. Харькова и Харьковской области ортопедо-травматологическими койками и кадрами специалистов в 2016 г. Представил информацию о показателях качества деятельности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих ортопедо-травматологическую помощь детскому населению. Проанализированы показатели травматизма и распространенности патологии костно-мышечной системы среди детского населения по данным обращаемости в детские медицинские учреждения г. Харькова. Уделил

внимание вопросам повышения качества организации детской ортопедо-травматологической службы.

**О. Е. Ужегова** (председатель Харьковской травматологической МСЭК) «Состояние инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы в г. Харькове и Харьковской области в 2016 г.» Автор представила абсолютные и относительные показатели первичной инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы в Харьковском регионе и качественные показатели, характеризующие работу травматологической МСЭК. Отмечено снижение первичной инвалидности в Харьковской области по сравнению с другими регионами Украины. Основными причинами инвалидности пациентов, перенесших травмы опорно-двигательной системы, были несвоевременность специализированной ортопедо-травматологической помощи жителям отдаленных районов Харьковской области, тяжесть травмы и необходимость длительного лечения (более одного года), посттравматические или послеоперационные осложнения (костно-гнойные осложнения, нейродистрофический синдром, повторные переломы, сосудистые нарушения и др.), невозможность трудоустройства согласно рекомендациям МСЭК. Отмечена тенденция к снижению показателей реабилитации в последние три года.

**В. А. Филиппенко** (Председатель Харьковского областного отделения ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов») «Отчет о деятельности Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов за 2016 г.» В докладе подробно освещена научно-практическая и организационная деятельность правления и членов ХОООВО «УАОТ» в 2016 г. В отчетном году с участием ХОООВО «УАОТ» организовано и проведено 9 Дней ортопедо-травматолога, в том числе посвященные 80-летию проф. Шевченко С. Д. (19.05.2016), 25-летию становления артроскопии в Харьковской области (16.06.2016), 90-летию со дня рождения проф. Кулиша Н. И. (17.11.2016). В рамках каждого Дня ортопедо-травматолога проводилась конференция ХОООВО «УАОТ», в том числе совместное заседание с Ассоциацией радиологов Украины (19.12.2016). Посещаемость Дней травматолога в среднем составила 88 чел. Кроме того, в 2016 г. был объявлен очередной конкурс на присвоение премии им. проф. М. И. Ситенко за лучшие научные работы в области травматологии и ортопедии для молодых ученых.

На заседаниях ХОООВО «УАОТ» даны рекомендации 53 врачам ортопедов-травматологам, членам ХОООВО «УАОТ», которые шли на аттестацию для присвоения или подтверждения квалификационной категории.

В 2016 г. с участием членов ХОООВО «УАОТ» издано 2 монографии 9 методических рекомендаций, опубликовано 252 статьи, получено 17 патентов, прочитано 457 лекций, сделано 68 научно-популярных сообщений в СМИ (22 выступления по телевидению, 6 — по радио, опубликовано 40 научно-популярных статей в газетах и журналах).

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Шевченко С. Д., проф. Хвисюк Н. И., д. м. н. Бэц Г. В., к. т. н. Салеева А. Д., к. м. н. Спесивый И. И., Шевченко Ю. А.

Заседание 18.05.2017

**А. И. Сердюк** (Клинический санаторий «Курорт «Березовские минеральные воды») «Использование

лечебных возможностей Клинического санатория «Курорт «Березовские минеральные воды» в реабилитации больных, перенесших хирургические вмешательства на костно-мышечной системе». В докладе подробно охарактеризована материально-техническая и лечебно-диагностическая базы санатория «Курорт «Березовские минеральные воды». Описаны лечебные свойства минеральных вод («Березовской» и хлоридно-натриевой, йодобромной воды высокой минерализации), применяющихся для лечения пациентов санатория, в том числе при проведении бальнеопроцедур. Представлены возможности санатория для физической реабилитации больных после хирургических вмешательств на позвоночнике, костях и суставах. Показано, что высокий уровень эффективности реабилитационных мероприятий в санатории объясняется комплексным использованием методов аппаратной физиотерапии, механо-, гидрокинезо- и бальнеотерапии, озокерито- и грязелечения, ЛФК, различных видов массажа, фито-, спелео-, игло-рефлексо-, гирудо-, синглентно-кислородной терапии, психотерапии. Отдельного внимания заслуживает применение пресотерапии и трех видов тракции позвоночника: сухой горизонтальной, подводной под углом 45°, подводной вертикальной. Созданы условия для медицинской реабилитации инвалидов с нарушением функции опорно-двигательной системы (построены пандусы, поручни, функционирует лифт и т. д.). Отмечено, что лечение в санатории проводится в комплексе с климатолечением, гелио- и кинезотерапией.

**А. И. Корольков, Е. Г. Шевченко, И. В. Голубева, Н. Д. Рыкун** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Инвалидность вследствие огнестрельных травм позвоночника и суставов». В докладе представлены статистические данные о динамике и структуре первичной инвалидности вследствие огнестрельных травм позвоночника и суставов за последние три года по материалам 13 областных центров МСЭ Украины. Освещены результаты экспертного анализа причин установления группы инвалидности пациентам с последствиями указанного вида травм. Продемонстрированы клинические примеры медицинской реабилитации больных с огнестрельными ранениями костно-мышечной системы, лечившихся в отделении боевой травмы ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН».

**В. И. Маколинцев, Т. Н. Гращенкова, В. В. Мельник** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Физические методы лечения больных с переломами костей». В сообщении представлена классификация лечебных физических факторов с учетом синдрома-патогенетического подхода к их назначению. Освещены цели и задачи их применения в лечении больных с последствиями переломов костей в зависимости от стадии остеорепаляции. Уделено особое внимание показаниям для применения импульсного ультразвука низкой интенсивности при лечении больных после выполнения металлоостеосинтеза. Представлена методика использования низкоэнергетического импульсного ультразвука для стимуляции остеинтеграции в зоне «кость – имплантат», разработанная в ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН».

**В. И. Маколинцев, Т. Н. Гращенкова, В. В. Мельник** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Особенности пелоидотерапии остеоартроза у больных пожилого возраста». В сообщении представлены результаты экспериментального исследования применения аппликаций лечебных грязей различной



температуры (33–36° и 38–40°) на крысах с артрозом коленного сустава, инициированным двукратным внутрисуставным введением дексаметазона. Показано, что при аппликациях лечебной грязи с  $t = 33\text{--}36\text{ }^{\circ}\text{C}$  у животных с моделированным остеоартрозом нормализовались показатели обмена гликозаминогликанов, что свидетельствует о предотвращении развития дистрофического процесса в хрящевой ткани сустава. Освещены результаты клинических наблюдений 126 больных пожилого возраста: в контрольной группе (104 человека) применяли грязелечение при  $t = 38\text{--}40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ; в основной (22) —  $t = 33\text{--}36\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Проведение пелоидотерапии с температурой аппликации от 33 до 36 °C по разработанной методике дало возможность получить положительный лечебный эффект в 100 % случаев и при этом избежать возникновения побочных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы, что актуально для пациентов пожилого возраста.

**В. А. Стауде, О. В. Безъязычная** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Консервативное лечение дисфункции крестцово-подвздошного сустава». В докладе освещены результаты научного

исследования эффективности консервативного лечения дисфункции крестцово-подвздошных суставов в зависимости от рентгенометрических параметров по результатам обследования 56 пациентов с жалобами на длительные нижнепоясничные боли. Для 50 % пациентов угол ротации крестца и наклон крестца не превышал 3°, им проведен массаж и селективная лечебная гимнастика, МТ. Во вторую группу вошли пациенты, у кого при рентгенометрии один или несколько параметров превышали 3°. Им выполнено компенсацию угла наклона крестца или таза с помощью подпяточника, высоту которого измеряли по методу R. E. Irvin, массаж, селективную лечебную гимнастику, подводное вытяжение по методике института, МТ. На основе полученных данных авторы пришли к выводу, что биомеханически обоснованное лечение пациентов с дисфункцией крестцово-подвздошного сустава с учетом рентгенометрических параметров таза и крестца во фронтальной плоскости является эффективной технологией лечения.

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Сердюк А. И., к. м. н. Краснобай В. В., к. м. н. Стауде В. А., Рыкун Н. Д.

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, 25.03.2016.

Після проведеного клінічного обходу в травматологічній клініці для дорослих із доповідями виступили:

**Д. І. Яким'юк** (Обласний позаштатний ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА). «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби області за 2015 рік». Доповідач відмітив, що в м. Чернівці й області працюють 105 ортопедів-травматологів: вищу категорію мають 41, першу — 24, другу — 12. Ліжковий фонд становить 340 ліжок: для дорослих — 295, для дітей — 45. Ортопедичних ліжок — 55, кістково-гнійних — 10. У м. Чернівці функціонують два ортопедо-травматологічних відділення: 60 ліжок в ОКУ ЛШМД, 40 — в ОКУ «Обласна клінічна лікарня». Крім того, ортопедо-травматологічні хворі отримують допомогу в Шведсько-Українському медичному центрі Angelholm та військовому шпиталі. У 11 районах Чернівецької області є 190 ліжок. Поліклінічний огляд і лікування хворих проводять у 5 спеціалізованих кабінетах поліклінік міста та 11 — області. У 2015 р. зареєстровано всього 57 447 травм, серед яких превалювали побутові. Захворювання кістково-м'язової системи зафіксовані в 120 244 випадках. Особлива увага приділяється покращенню кваліфікації ортопедів-травматологів на різних курсах місцевого, республіканського та міжнародного рівнів (Австрія, Франція, Чехія, Німеччина, Швеція, Китай). Автор зауважив, що районні травматологи мають ретельніше ставитися до диспансеризації хворих із наслідками травм і захворюваннями опорно-рухової системи (сколіотична хвороба, уроджений вивих стегна, ампутаційні куки тощо).

**А. В. Мартинов** (Обласний позаштатний дитячий ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення). «Аналіз роботи дитячої ортопедо-травматологічної служби області за 2015 рік». На базі ОКУ ЛШМД функціонує дитяче ортопедо-травматологічне відділення на 40 ліжок та цілодобовий спеціалізований дитячий травм пункт. Із ортопедами-травматологами області протягом року проведено заходи щодо надання невідкладної допомоги в разі гострої травми в дітей. Автор наголосив, що без спеціалізації в галузі дитячої ортопедії та травматології надавати спеціалізовану допомогу заборонено. Необхідно направляти таких хворих у спеціалізоване обласне дитяче ортопедо-травматологічне відділення м. Чернівці.

**В. Л. Васюк, О. А. Коваль, С. В. Кирилюк** «Застосування апаратів зовнішньої фіксації для малих сегментів у лікуванні переломів рілон». Проаналізовано 306 випадків хірургічного лікування переломів дистального метаепіфіза кісток гомілки. Переломи рілон найчастіше трапляються внаслідок ДТП і поєднуються з іншими ушкодженнями кісток скелета (політравма). 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. Лікування переломів рілон набуло актуальності через те, що незадовільні результати становлять одну третину внаслідок порушення кровопостачання в зоні перелому, технічних проблем під час виконання хірургічного втручання та раннього навантаження після травми. Автори навели клінічні приклади закритих і відкритих переломів рілон, прооперованих після проведення протиінфекційної терапії (остеосинтез за допомогою спиць Ілізарова й апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ)) в оптимальні терміни після

травми. У всіх випадках отримані добрі результати з загоєнням тканин первинним натягом.

**В. М. Сапожник** «Лікування клишоногості традиційним і сучасним методами». Автор поділився своїм досвідом під час лікування методом Понсеті, який без хірургічних втручань дає змогу досягти задовільного результату. Бажаний початок лікування — 7–10-та доба: за цих умов найкращі результати отримують до 9 міс. Лікування після 3 років також ефективне, зміну гіпсових пов'язок проводять через 5–7 днів, середня кількість їх становить 5–6, середня тривалість гіпсування — 6 тижнів. Іноді в разі застосування цього методу, який полягає в накладанні корегувальних гіпсових пов'язок, виникає необхідність провести ахілотомію. У випадку неефективності методу Понсеті застосовують операції за методикою Зацешна та інших авторів.

**В. Л. Васюк, О. А. Коваль, С. В. Кирилюк, О. Ф. Глігор** «Лікування політравми з використанням комбінованого інтрамедулярного та позавогнищевого білокального остеосинтезу великогомілкової кістки».

**Б. М. Середюк** «Клінічна діагностика та лікування хвороби Легг-Кальве-Пертеса». Автор подав багаторічний досвід діагностики та лікування хвороби Пертеса в пацієнтів обласного дитячого ортопедо-травматологічного відділення. Патологію виявляли в дітей у віці 10–15 років. Аналіз віддалених результатів лікування виявив позитивні результати у хворих, які витримували режим розвантаження кінцівки. Автор навів два приклади лікування пацієнтів із добрими результатами — повним відновленням форми і структури головки стегнової кістки.

**Д. І. Кваснюк** «Артроскопічне лікування хронічної нестабільності наколінка». Прооперовано 15 хворих із нестабільністю наколінка: 12 жінок і 3 чоловіки. У 10 випадках проведено латеральний реліз та медіальний рифлінг, у 5 — реконструкції медіального утримувача наколінка власними сухожилками. Отримані добрі та задовільні віддалені результати. Рецидивів не спостерігали.

**В. Л. Васюк, Д. І. Яким'юк** «Про підготовку до XVII з'їзду ортопедів-травматологів України». Обрано 7 делегатів з'їзду від Чернівецької області. Сформовано делегацію.

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці, 27.05.2016.

Із доповідями виступили:

**Т. Я. Чурсіна** «Профілактика тромбоемболічних ускладнень в травматології та ортопедії: акцент на безпеку».

**В. Л. Васюк** «Застосування препаратів «Депос» і «Кейвер» у лікуванні ортопедичних хворих».

**І. М. Циркот** «Ушкодження великого грудного м'яза. Діагностика. Лікування». Автор зазначив, що патологія досить часто виникає внаслідок спортивної травми і важко діагностується. Навіс історичну довідку щодо цього ушкодження, зупинився на анатомії м'яза та його функції. За класифікацією ушкодження розподіляють на три групи: I — забій м'яза або його розтягнення; II — частковий розрив грудного м'яза (II а — частковий розрив ключичної частини; II б — частковий розрив стернальної частини); III — повний розрив. Під час огляду відмічають западання в ділянці травмованого м'яза, крововилив. Основними клінічними симптомами є: біль, слабкість під час рухів, підшкірна гематома, хронічний біль у плечовому суглобі,

звуковий феномен, ретракція м'яза, краніальний біль у ділянці ушкодження. Відмічають ротацію кінцівки досередини, хворий здійснює рух досередини. Для діагностики цього пошкодження запропоновано УЗД та МРТ. Консервативно лікують пацієнтів з ушкодженням I та II груп. Лікування триває 6–12 міс. до повного відновлення функції великого грудного м'яза. Хірургічне лікування застосовують у хворих із ушкодженням III групи.

**П. С. Ковальчук** «Диференційна діагностика плечолопаткового періартрити». Автор зупинився на історії дослідження і лікування патології, анатомії плечового суглоба. Серед причин розвитку цього захворювання відмічають: субакроміальний бурсит, ушкодження ротаційної манжети, ентезопатії, адгензивний капсуліт. Диференціальну діагностику треба проводити з ревматоїдним артритом плечового суглоба, остеохондрозом шийного відділу хребта, остеоартрозом плечового суглоба і тромбозом судин у цій ділянці.

**В. В. Процюк** «Особливості техніки ендопротезування за умов диспластичного коксартрозу». Автор навіс статистичні дані щодо диспластичного коксартрозу, використовуючи класифікацію за Кравець. Перевагу в разі хірургічних втручань віддавали ендопротезам із безцементною фіксацією. Автор висвітлив досвід фахівців Шведсько-Українського медичного центру «Angelholm». Навіс клінічні приклади та ускладнення після хірургічних втручань.

**Д. І. Яким'юк, О. М. Сапожник, Р. І. Лесик** «Двоетапне хірургічне лікування важких ушкоджень кісток таза». Наведено приклад хворої О., 64 роки, яка отримала ушкодження внаслідок ДТП (03.05.2016). Клінічний діагноз: політравма; закрита черепно-мозкова травма; струс головного мозку; забій м'яких тканин голови; дисторзія шийного відділу хребта; забій грудної клітки; закрита травма живота; закритий перелом нижньої третини обох кісток правого передпліччя; закритий перелом кульшової западини справа; закритий внутрішньосуглобовий багатоуламковий перелом кульшової западини зліва, задньо-верхній вивих лівого стегна; численні забої та осаднення шкіри голови, тулуба і кінцівок.

Хворій під час госпіталізації надано ургентну допомогу: протишокові заходи; накладання апарата зовнішньої фіксації на праве передпліччя; накладання СПСВ на ліву нижню кінцівку; підготовка до хірургічного лікування; комп'ютерна томографія, клінічні аналізи, огляд спеціалістів. Після стабілізації стану виконано перший етап хірургічного втручання на кістках таза (13.05.2016): доступ Stoppa, ревізія органів малого таза, виявлення зони ушкодження лівої половини таза; реконструкція тазового кільця на межі малого таза по термінальній лінії реконструктивною пластиною з кутовою стабільністю. Хворій проведено інтенсивну терапію, перев'язки, клінічне обстеження. Другим етапом хірургічного втручання (24.05.2016) виконано: інтубаційний наркоз, положення хворої (35–40°) на правому боці, доступ Кохера-Лангенбека, розкриття суглоба з ревізією кульшової западини, її реконструкція гвинтами та пластиною з кутовою стабільністю; забір кісткового трансплантата з відновленням дефекту западини під пластиною. Найближчі результати хірургічного лікування виявилися задовільними, рани загоїлись первинним натягом, реабілітаційні заходи проводили в стаціонарі та амбулаторно.

**Д. І. Яким'юк, Р. І. Бугай, І. В. Гусаковський, Р. В. Лесик** «Клінічний випадок хірургічного лікування внутрішньосуглобових переломів дистального

метаепіфіза стегна». Автори висвітлили питання лікування політравми на прикладі хворої М., яка поступила з діагнозом: політравма, вторинно-відкриті скалкові внутрішньосуглобові переломи дистальних метаепіфізів обох стегнових кісток, відкритий скалковий внутрішньосуглобовий перелом кісток лівого передпліччя, закритий вивих правої плечової кістки, забій органів грудної клітки та черевної порожнини. Хворій встановлено АЗФ на ліве передпліччя, її підготовлено до хірургічного лікування метаепіфізарних переломів обох стегнових кісток. Здійснено накістковий остеосинтез пластинами з кутовою стабільністю, досягнуто добре співставлення відламків стегнових кісток і подвійного перелому променевої кістки. Рани в ділянці стегон загоїлись первинним натягом. Найближчі результати задовільні.

**О. Шлюсар** «Препарати компанії «Фармак» у практиці лікаря-травматолога».

Проведено майстер-клас (показова операція): «Остеосинтез виросків гомілки».

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці, 02.09.2016.

Із доповідями виступили:

**Т. Я. Чурсіна** «Нестероїдні протизапальні засоби в клінічній практиці через призму: ефективність, безпечність».

**В. М. Сапожнік** «Сучасні клінічні та біологічні аспекти перебігу переломів у дітей». Автор навів класифікацію переломів у дітей та методи їх лікування. Зупинився на допустимих видах зміщення переломів після репозиції, а також розглянув переломи, які не потребують репозиції. Навів приклади переломів із зміщенням відламків у дітей різних вікових груп, надав рентгенограми в динаміці, які підтверджують, що в деяких випадках переломи в дітей мають здатність до саморепонування завдяки ремоделюванню кісткової тканини.

**В. Л. Васюк, В. В. Процюк** «Клінічно-рентгенологічна характеристика ревізійного ендопротезування кульшового суглоба». Наведено клінічні та рентгенологічні приклади пацієнтів, яким виконано ревізійне ендопротезування кульшового суглоба, та методи лікування в Шведсько-Українському медичному центрі «Angelholm».

**В. Л. Васюк, О. А. Коваль** «Особливості кровопостачання дистальних метаепіфізів кісток гомілки стосовно завдань хірургічного лікування переломів рілон». Через те, що після хірургічного лікування переломів рілон накістковими пластинами з кутовою стабільністю в 30 % випадків трапляються ускладнення (інфікування, набряк, нейродистрофічний синдром тощо), автори вивчили кровообіг у цій ділянці з метою їхньої профілактики. Застосовано методи комп'ютерного реконструювання, що дало змогу отримати тривимірні моделі тканин кінцівки, моделювати методи фіксації переломів рілон та індивідуалізувати методику хірургічного втручання. Автори найчастіше застосовували АЗФ, спиці, гвинти, що покращило віддаленні результати лікування. Продемонстровані клінічні приклади з малоінвазивним остеосинтезом переломів рілон із добрими результатами.

**Д. І. Кваснюк** «Синдром Альбека. Клініка, діагностика, лікування». Автор охарактеризував хворобу, яка проявляється аваскулярним некрозом (остеонекроз, асептичний некроз, ішемічний некроз кісткової тканини), унаслідок чого спостерігають втрату кіст-

кової тканини (порушення кровопостачання). Аваскулярний некроз виросків стегнової кістки вперше описав у 1968 р. шведський рентгенолог S. Alhback, тому хвороба носить його ім'я. Автор зупинився на актуальності теми (аваскулярний некроз щорічно виявляють у понад 20 000 осіб у віці від 20 до 50 років), класифікації хвороби (спонтанний остеонекроз (SONK), вторинний остеонекроз, остеонекроз після артроскопії), особливостях клінічного перебігу і рентгенологічної картини. Зауважив, що на ранніх стадіях можливий безсимптомний перебіг, а з прогресуванням хвороби біль з'являється під час навантаження враженої частини кістки. На різних стадіях біль стає постійним, за наявності деформації порушується функція і можливість користування суглобом. Уражається, зазвичай, медіальний виросок стегнової кістки з втратою кісткової тканини, вогнищем кістковидної перебудови і субхондральним склерозом. Консервативне лікування рекомендовано в разі остеонекрозу до 3,5 см, хірургічне — коли розміри перевищують 3,5 см і ушкодження виростка становить 50 %.

**В. В. Пікула** «Сучасні принципи хірургічного лікування переломів стегнової кістки». Автор навів п'ять клінічних прикладів із демонстрацією рентгенограм і КТ-сканів хворих із політравмою та переломами стегнових кісток (СК): перелом шийки правої СК із вивихом головки; черезвертлюговий перелом правої СК зі зміщенням відламків та відривом великого і малого вертлюгів; закритий підвертільний перелом правої СК; закриті переломи обох СК у середній третині. Усі переломи СК у пацієнтів поєднувались із переломами інших сегментів кінцівок (множинні) та закритою черепно-мозковою травмою (поєднані). Хворі отримали лікування в реанімаційному відділенні (інтенсивна терапія) та підготовлені до хірургічного втручання. Одному пацієнту з переломом шийки СК і вивихом головки проведено ендопротезування кульшового суглоба, двом із черезвертлюговим і підвертлюговим переломами — інтрамедулярний остеосинтез, одному з подвійними переломами СК — послідовний накістковий остеосинтез пластинами з кутовою стабільністю. Найближчі результати задовільні. Післяопераційні рани загоїлись первинним натягом.

**Д. І. Яким'юк, О. В. Горпенюк** «Артроскопічний супровід малоінвазивного остеосинтезу внутрішньосуглобового імпресійного перелому латерального виростка великогомілкової кістки». Наведено випадок імпресійного перелому латерального виростка великогомілкової кістки, встановленого під час артроскопії колінного суглоба. Хворий М., 40 років, отримав травму в побуті 15.08.2016. Звертався за допомогою в Коломийську ЦРЛ, де проведено пункцію колінного суглоба та накладено гіпсову пов'язку. 22.08.2016 госпіталізований у травматологічне відділення ОКУ ЛШМД м. Чернівці. Артроскопічно виявлено перелом латерального виростка великогомілкової кістки справа, проведено закриті малоінвазивне відновлення його суглобової поверхні під артроскопічним контролем, кісткову пластику та остеосинтез двома спонгіозними гвинтами.

**Д. І. Яким'юк, О. А. Брагарь, Р. В. Лесик, М. І. Рибак** «Сучасні аспекти хірургічного лікування високоенергетичної травми таза». Більшість переломів кісток таза супроводжуються явищами травматичного шоку (30 % у разі нескладних переломів і 100 % — у разі множинних, при цьому летальність фіксують у 20 %). Тому своєчасне надання медичної допомоги таким постраждалим є актуальною проблемою. Наведено



класифікацію переломів кісток таза за AO/ASIF. Автори зупинились на особливостях першої травматологічної (спеціалізованої) допомоги в разі високоенергетичних переломів кісток таза (АЗФ, постійне скелетне витягнення, остеосинтез ушкоджених ділянок). Наведено випадок лікування пацієнта С., 56 років, який поступив із діагнозом: політравма, ЗЧМТ, перелом обох сідничних кісток, перелом лонної кістки зліва, розрив симфізу, розрив крижово-клубового з'єднання, черепацеабуглярний перелом справа, забій шийного та грудного відділів хребта, розрив промежини, перелом типу 61-С3.3. Хворому проведено двохетапне хірургічне втручання доступом Stopppa: перший етап — остеосинтез лонного з'єднання зліва та остеосинтез лонної та клубової кісток (дві пластини); другий — остеосинтез крижово-клубового з'єднання справа (дві пластини). Найближчі результати задовільні, післяопераційні рани загоїлись первинним натягом, реабілітаційні засоби з навантаженням почали застосовувати через 2 тижні (рух за допомогою ходунків).

**О. І. Шлюсар** «Препарати компанії «Фармак» в практиці лікаря-травматолога».

Позачергове засідання, на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці, 28.10.2016. Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці.

Із доповідями виступили:

**В. В. Гайович** «Нові підходи до хірургічного лікування периферичних нервів нижніх кінцівок». Автор відмітив, що ушкодження периферичних нервів нижніх кінцівок найчастіше трапляється внаслідок побутової травми (87,1 %) і становлять 1,5–10 % від усіх травм. Інвалідність серед постраждалих сягає 62,9 %, що підкреслює актуальність теми. Під час лікування пацієнтів із такою патологією слід урахувати супутні травми функціональних структур, строки та місце ушкодження, необхідність ревізії нерва, взяття трансплантата для заміщення дефектів, тривалий термін відновлення, незворотні зміни м'язів через довготривалу іннервацію, трофічні розлади. У разі ушкодження нервів у ділянці гомілки, над'яtkово-гомількового суглоба та стопи слід звернути увагу на травму в тарзальному каналі, що призводить до вираженого больового синдрому, значних трофічних розладів на стопі та унеможлиблює навантаження на кінцівку. У випадку лікування порушень нервів нижньої кінцівки автор під час ревізії рекомендує проводити невроліз, а в разі дефектів — накладання швів (дефект менший за 1,5–2 см), пластику (2–4 см), пластику і реконструкцію (4–8 см), реконструкцію (понад 8 см). У разі реконструкції застосовують малоомілкову та великоомілкову порції, транспозицію м'язів, одночасно проводять пластику виразок шматком на судинній ніжці та ротаційним плантарним шматком.

**О. Г. Гайко** «Інструментальна діагностика та обґрунтування тактики лікування ушкоджень периферичних нервів у разі травм кінцівок». У випадку ушкодження периферичних нервів кінцівок за спеціалізованою медичною допомогою звертаються 37,6 % постраждалих у терміни понад 6 міс. після травми. За умов травм кінцівок здебільшого відмічають поліструктурні ушкодження нервів — 75,7 %. Решта порушень припадає на травмування м'язів, сухожилків з іннервацією і ішемією. Концепція лікування ушкоджень периферичних нервів після травм кінцівок складається з визначення рівня та ступеня тяжкості ушкодження нерва, оцінювання характеру та ступе-

ня тяжкості ураження ключових м'язів, ушкодження інших структур травмованого сегмента кінцівки (урахування особливостей поліструктурної травми в алгоритмі лікування) та ступеня тяжкості ушкодження нерва під час ревізії.

**В. В. Філіпчук** «Сучасні підходи до реконструктивної хірургії кульшового суглоба в підлітків та молодих дорослих». До групи молодих дорослих належать пацієнти віком 18–39 років. Реконструктивна хірургія кульшового суглоба направлена на збереження та відновлення його функції. В англомовній літературі застосовують термін «Hip joint-preserving surgery». За винятком травматичних та запальних уражень більшість захворювань кульшового суглоба молодих пацієнтів — це наслідок макроморфологічних структурних розладів (порушення геометрії) дитячого та підліткового віку, недиагностована дисплазія кульшового суглоба, субклінічний перебіг юнацького епіфізеолізу головки стегнової кістки (ЮЕГСК) та хвороби Легг-Кальве-Пертеса (ХЛКП).

Тотальне ендопротезування кульшового суглоба — «золотий стандарт» у лікуванні остеоартрозу цієї ділянки в пацієнтів середньої та старшої вікових груп дорослих, проте через необхідність ревізійного ендопротезування у пацієнтів молодого віку воно вважається субоптимальним. Серед молодих дорослих ендопротезування виконують у 30 % випадків через асептичний некроз головки стегнової кістки, у 26 % — дисплазію кульшового суглоба, у 26 % — із ХЛКП та ЮЕГСК. У хворих спостерігають феморо-ацетабулярний конфлікт (ФАК). Виявлення цього чинника є однією з найважливіших подій у діагностиці та хірургічному лікуванні захворювань кульшового суглоба за останнє десятиріччя.

Базовими методами є чотири технології: ПАО, Бернська ХДС, остеотомія ПВСК, артроскопія КС та 6 хірургічних прийомів — ацетабулярна та феморальна реорієнтації, ацетабулярна та феморальна остеохондропластики, лабральне відновлення/реконструкція, відновлення хряща. Автор зупинився на хірургічних доступах: Бернському за Ганцом, із ковзанням великого вертлюга (*sliding trochanteric osteotomy*), із повертанням великого вертлюга (*trochanter flip osteotomy*), безпечної хірургічній дислокації стегна (*safe surgical hip dislocation*), двочеревцевому доступі (*le muscle digastrique*).

**В. В. Гайович** «Хірургічне лікування переломів головки променевої кістки». Автор указав, що ушкодження головки променевої кістки трапляється у 20 % від усіх переломів кісток передпліччя, у 10 % ці порушення поєднуються з вивихом передпліччя. Наведено класифікацію переломів залежно від видів ушкодження за Мейсоном (4 типи). Проаналізовано хірургічне лікування 25 хворих із наслідками переломів проксимального епіфіза променевої кістки. У разі I типу ушкодження для з'єднання відламків застосовували гвинти, II — пластини з кутовою стабільністю, III і IV — пластини підбирали індивідуально. Серед ускладнень автор відмітив осифікацію зв'язок, асептичний некроз головки, несправжній суглоб. Подано приклади застосування ендопротезування в лікуванні багатоуламкових переломів головки ліктьової кістки ендопротезами різних конструкцій. На Буковині ендопротез для лікування переломів головки променевої кістки, виготовлений із полімеру (II-12), із 1982 р. застосовував професор Дудко Г. С. Після хірургічних втручань для уникнення больового симптому автор пропонує використовувати препарат «Кеторол гель».

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці, 25.11.2016. Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці.

Із доповідями виступили:

**С. Любинець** Презентація фірми «Санофі». «Що впливає на вибір антикоагулянтів під час тромбопрофілактики в травматології та ортопедії».

**В. Л. Васюк** «Про роботу та резолюцію XVII з'їзду ортопедів-травматологів України». У з'їзді (м. Київ, 5–7 жовтня 2016 року) від Чернівецької області взяли участь 7 ортопедів-травматологів. Очолював делегацію професор Васюк В. Л. та обласний ортопед-травматолог Яким'юк Д. І. На з'їзді висвітлювали актуальні питання бойової травми кінцівок і хребта, ендопротезування великих суглобів, дитячої ортопедії та травматології, хірургії верхньої кінцівки й мікрохірургії. Також розглянуто актуальні питання артроскопії, спортивної травми, хірургії нижньої кінцівки та стопи, хребта і грудної клітки. Були представлені фундаментальні дослідження в галузі ортопедії та травматології регенераторної медицини.

**П. С. Ковальчук, М. В. Гасько, А. Т. Зінченко** «Кардіалгія як прояв остеохондрозу хребта». Кардіалгія є одним із найпоширеніших і різноманітних за клінічними проявами і діагностичним значенням симптомів. Автори зупинились на явищах кардіалгії, не пов'язаних із хворобою серця, а поєднаних із захворюванням хребта й периферичної нервової системи: синдром хребтового нерва і хребтової артерії, невралгія міжреберна, плечолопатковий періартрит, синдром передньої грудної стінки або великого грудного м'яза, синдром малого грудного м'яза. Своєчасна та правильна діагностика значно впливають на якість лікування пацієнтів із вказаною патологією.

**Д. І. Яким'юк, О. В. Горпенюк, А. Д. Яким'юк** «Звіт про навчання лікарів травматологів ОКУ ЛШМД в Австрії, м. Грац, у вересні 2016 р». Ортопеди-травматологи ОКУ ЛШМД (доросле травматологічне відділення) в кількості 8 осіб проходили Cadaver courses в м. Грац (Австрія) на базі інституту анатомії протягом 6 днів. Освоєні доступи для хірургічних втручань на верхніх і нижніх кінцівках за умов різної патології опорно-рухової системи — переломів довгих кісток (накістковий та внутрішньокістковий методи остеосинтезу), внутрішньосуглобових ушкоджень колінного та плечового суглобів. Завдяки базовому курсу АО засвоєно навички остеосинтезу на муляжах і принципи хірургічного втручання на довгих кістках за допомогою пнів (пацієнти дитячого віку).

**Д. І. Кваснюк, І. Д. Кваснюк, О. Г. Дудко** «Артроскопія в лікуванні хворих на ревматоїдний артрит». Проведено артроскопію у 72 хворих на ревматоїдний артрит (56 колінних суглобів, 6 плечових, 10 надплечово-гомількових). Проведено парціальні синовектомії, тотальні синовектомії, хондропластику тощо. У 56 хворих досягнуто ремісію, у 10 отримані задовільні результати, у 6 — незадовільні.

**О. Г. Дудко** «Інформація про XII конгрес Європейської асоціації кульшового суглобу. Мюнхен, 6–9 вересня 2016 р.». Наведена інформація про асоціацію, засновану в 1992 році, що об'єднує 30 країн, 47 міжнародних членів Асоціації ортопедів-травматологів та 35 почесних членів Асоціації.

**Ю. К. Ременюк** «Ударно-хвильова терапія в травматології: нові можливості. Ортези «Futura»». Сьогодні в разі ортопедо-травматологічної патології для лікування застосовують ударно-хвильову терапію (УХТ), яка є безопераційним методом лікування низки захворювань опорно-рухової системи за допомогою акустичних хвиль. Згідно зі світовою статистикою, у 90 % пацієнтів після УХТ спостерігають стійкий позитивний ефект: зниження болювих відчуттів після травм і переломів, прискорене загоєння ушкоджених тканин, покращення кровообігу та загального самопочуття. Показаннями для застосування УХТ є такі захворювання: п'яточка шпора, деформівний остеоартроз, бурсити, остеохондроз, хвороба Шлягтера, синдром Альбека, контрактура Дюпюїтрена, хондропатії наколінка, псевдоартроз тощо. Нами були проліковані пацієнти із п'ячковими шпорами, псевдоартрозами та субакроміальними кальцинатами. У всіх відмічено позитивну динаміку після проведення курсу УХТ.

**В. В. Васілов, І. С. Олексюк, В. М. Васілов** «Клініка, діагностика та лікування хвороби Хагlund». Хвороба Хагlund — це захворювання, яке характеризується порушенням процесу окостеніння горбистості п'яркової кістки. Основною причиною виникнення цього захворювання вважають травму, ускладнену порушенням кровообігу в прилеглих зонах. Захворювання починається поступово або проявляється гостро з самого початку. Хворі скаржаться на біль у ділянці п'ятки під час ходьби, відмічають припухлість, кульгавість. Лікування передбачає протизапальну терапію, прикладання льоду, носіння зручного взуття і спеціальних ортезів. Хірургічні втручання виконують у випадку утворення екзостозів та можуть бути відкритими або ендоскопічними.

Голова асоціації  
Почесний секретар  
Секретар

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