

ОТЧЕТЫ

DOI: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-598720183117-123>**Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов****Заседание, посвященное 25-летию Национальной академии медицинских наук Украины, 15.02.2018**

Проф. Эли Пелед (директор Департамента травматологии, Государственный медицинский центр Рамбам, Хайфа, Израиль) «Ортопедические аспекты анатомии тазового кольца и подходы к стабилизации повреждений таза» (Orthopedic aspects of pelvic girdle anatomy and approach to pelvic trauma stabilization). Доклад-лекция на английском языке с синхронным переводом к. м. н. Романенко К. К. Профессор начал выступление с подробного описания анатомии тазового кольца (ТК) (кости, связки, мышечные массивы, крупные сосуды), стабильности и механизмов переломов в этой области, значения всех связок при нагрузках. Отметил, что целостность и стабильность ТК зависит от непрерывности костей и связок. Повреждения таза чаще всего являются результатами высокоэнергетической травмы и сопровождаются множеством повреждений других органов и систем. Смертность при таких травмах зависит от их тяжести, степени кровопотери и возраста пациента, но не от типа перелома (при открытой травме большие кровопотери и риск смертности увеличивается на 50–60 %). Лечение производят по четким протоколам ATLS (Advanced Trauma Life Support — поддержание жизни при тяжелой травме), параллельно решают сопутствующие задачи полостные хирурги, гинекологи, урологи. Далее докладчик привел пример из личной практики и отметил особенности диагностики по внешним повреждениям пациента, разъясняя как важен адекватный анализ прямой проекции рентгенограмм (всех линий всех костей). Для уточнения диагноза целесообразно выполнить КТ, при этом использовать специальные косые проекции при сканировании ТК, чтобы увидеть труднодоступные места внутри таза. Привел две классификации переломов ТК: Young & Burgess, основанной на механизме повреждения и направлении усилия без учета стабильности; Tile, отвечающей на вопрос, как поврежденная структура влияет на стабильность с выделением трех групп повреждений. Профессор отметил важность стабилизации ТК для уменьшения кровопотери и стабилизации пациента. Привел показания и различные варианты стабилизации: наружные фиксаторы (С-рама, связанная простынь, мягкие фиксаторы на застежках, АВФ), погружные (с использованием пластин и винтов). Далее были представлены клинические примеры с результатами лечения после ДТП с участием пешеходов и водителей, падения с высоты и др. Докладчик обратил внимание на факторы, определяющие выбор тактики хирургического лечения, в частности, указал структуры, которые восстанавливают в первую и вторую очереди. В выводах отметил, что после стабилизации состояния гемодинамики пациента решается вопрос с хирургом-ортопедом относительно необходимости механической фиксации таза. Это может включать остеосинтез пластины спереди или применение внешнего устройства фиксации. Задняя фиксация (открытая или чрескожная), обычно трудоемкая, выполняется позже.

Проф. Корж Н. А., проф. Филиппенко В. А. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Выбор показанной конструкции эндопротеза при эндопротезировании коленного сустава». В докладе отмечено, что проблема эндопротезирования тазобедренного сустава практически решена, а при операциях на коленных суставах количество положительных результатов меньше. Опыт последних лет показал, что не существует идеального эндопротеза, который можно использовать для всех без исключения больных. Далее разъяснена биомеханика движений в коленном суставе (сгибание – разгибание, скольжение – перекачивание и др.). Представлены классификации и современные требования, предъявляемые к эндопротезам коленного сустава. По количеству замещающих суставных поверхностей эндопротезы делятся на одномышелковые, двух- и трехполюсные. С учетом степени ограничения подвижности и связанности бедренного и большеберцового компонентов эндопротезы коленного сустава разделяют на несвязанные, полусвязанные, связанные и шарнирные. Подчеркнуто, что основной целью любой операции эндопротезирования коленного сустава является достижение наилучшего компромисса между стабильностью компонентов протеза и сохранением как можно большего объема движений в суставе. Отмечено распределение эндопротезов по группам (с различным внутренним напряжением) и их предназначение (в зависимости от заболевания). Приведены технологические решения имплантатов с различным внутренним напряжением. Представлена схема применения систем эндопротезов разных фирм-производителей в зависимости от тяжести заболевания, приведены клинические примеры использования различных конструкций у 7 пациентов.

К. м. н. Тянькут А. В. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Особенности костной пластики дефектов проксимального отдела большеберцовой кости при эндопротезировании коленного сустава». Докладчик акцентировал внимание, что дефекты проксимального отдела большеберцовой кости усложняют эндопротезирование коленного сустава и требуют обоснованного и дифференцированного подхода к выбору методики пластики. По мнению автора, не достигнут консенсус относительно классификации дефектов костей и необходимых действий при костной пластике. Из всех известных автор предложил к использованию классификацию Anderson Orthopaedic Research Institute (AORI), привел пример протокола эндопротезирования коленного сустава при наличии дефектов кости типов T1, T2a, T2b, T3 и методики пластики. Автор представил клинические примеры по каждому типу дефекта и объяснил выбор типов конструкций использованных эндопротезов, а также статистические данные по результатам эндопротезирования за 2011 — 2017 гг.

Арутюнян З. А. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Контрактуры коленного сустава

при первичном эндопротезировании, профилактика и лечение». Докладчик подчеркнул актуальность вопроса, связанную с увеличением количества выполняемых операций эндопротезирования коленного сустава, что приводит к возрастанию числа осложнений — послеоперационных контрактур, которые отмечают в 5–15 % случаев. Отметил, что обращение пациентов на поздней стадии артроза усложняет и удлиняет лечение и реабилитацию. Перечислил определяющие моменты при выполнении первичного эндопротезирования коленного сустава. Продемонстрировал несколько схем-алгоритмов лечения, применяемых для пациентов с послеоперационными контрактурами. Представил схему купирования болевого синдрома после операции, послеоперационной реабилитации и лечения контрактур, а также клинические примеры с отдаленными положительными результатами лечения.

К. м. н. Болховитин П. В. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Фармакологическое соп-

вождение в системе лечения спонтанного остеонекроза коленного сустава». В докладе представлены способы инъекционного введения глюкокортикоидов пролонгированного действия при лечении спонтанного остеонекроза коленного сустава (SONK). Продемонстрированы нежелательные реакции в виде дистрофических изменений при внутрисуставном введении стероидов (рентгенограммы и фото артроскопии). Автор акцентировал внимание на важности правильного выбора метода лечения (хирургического или консервативного).

Проф. Филиппенко В. А. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Профилактика ТЭО у ортопедических пациентов». В сообщении дана информация о профилактике тромбоэмболических осложнений после ортопедической операции. Эффективность и безопасность рекомендуемого препарата («Ксарелто») подтверждена в условиях реальной клинической практики. Показана схема профилактического применения, даны рекомендации по дальнейшему назначению.

Председатель **В. А. Филиппенко**
Секретарь **С. Ю. Золотарева**

Харьковское областное отделение ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов»

Заседание 19.04.2018

К. м. н. Бурлака В. В., проф. **Голка Г. Г.**, к. м. н. **Паламарчук В. В.**, **Перхун Н. В.** (Харьковский национальный медицинский университет, ХНМУ; Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова № 4, БСМП) «Эндопротезирование при переломах шейки бедренной кости». В докладе представлены результаты эндопротезирования тазобедренного сустава у 115 пациентов (37 мужчин, 78 женщин) в двух травматологических отделениях БСМП за 2,5 года (с ноября 2015 г.). Прооперированных больных разделили в зависимости от возраста, типа эндопротезирования (цементное, бесцементное, гибридное), вида травмы, заболевания. Подробно освещены послеоперационные осложнения в различные сроки, в том числе ранняя глубокая инфекция и методы их лечения. Приведена оценка результатов лечения: хорошие — 109 пациентов, удовлетворительные — 2, неудовлетворительные — 4.

К. м. н. Рябов О. В., к. м. н. **Паламарчук В. В.** (ХНМУ, БСМП) «Инвазивные методы лечения заболеваний и повреждений позвоночника». Авторы продемонстрировали результаты хирургического лечения 123 пациентов с различными заболеваниями и повреждениями позвоночника за последние 3 года. Акцентировано внимание на понятии «боль», признаках болевого синдрома, проблеме остеопороза и его течении. Представлены методы исследования, лечения и показания к ним, а именно: пункционное лечение болевого синдрома, чрезкожная денервация дугоотростчатых суставов, хирургическое лечение компрессионных переломов тел позвонков на фоне остеопороза, пункционная вертебропластика, открытые вмешательства при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника. Методики проиллюстрированы клиническими примерами, схематическими рисунками и фотографиями применяемых систем. Приведены иллюстрации таких конструкций: динамический межкостистый имплант Diam Medtronic (для стабилизации L_{IV}-L_V), титановый кейдж для меж-

телового трансфораминального спондилодеза, система CD HORIZON LONGITUDE Medtronic для малоинвазивной транспедикулярной стабилизации переломов позвоночника и др.

Проф. Голка Г. Г., **Веснин В. В.** (ХНМУ) «Экспериментальное моделирование туберкулезного спондилита». Авторы указали на тенденцию роста заболеваемости туберкулезом во всех странах мира, что делает актуальной проблему разработки методов хирургического лечения туберкулезного спондилита (ТС). Отметили, что в нашей стране отсутствуют стандарты лечения этого заболевания. В мире лечение туберкулезных больных производится в ортопедических стационарах. Целью работы было изучение современных особенностей клинического и патоморфологического течения экспериментального ТС и влияние современной антибактериальной терапии на развитие специфического деструктивного процесса. У морских свинок по разработанной авторами методике (патент Украины № 112423) моделировали ТС у 40 животных по 10 в каждой группе. Животным I–III групп в тело позвонка вводили взвесь МБТ человеческого типа (*m. tuberculosis*), IV группа служила контролем. В I группе проведено лечение специфическими антибактериальными препаратами первого ряда; II — препаратами второго ряда в дозировках согласно веса (парентерально); III — не лечили. Животные III группы погибли через 4–6 недель после заражения вследствие генерализации туберкулезного процесса. После выведения животных из эксперимента выполнено патоморфологическое исследование. В результате исследования установлена целесообразность лечения пациентов с ТС антибиотиками второго ряда, что позволит проводить радикальные хирургические вмешательства на позвоночнике без риска генерализации туберкулезного процесса в более ранние сроки.

Проф. Голка Г. Г., **Веснин В. В.** (ХНМУ) «Хирургическое лечение туберкулезного спондилита». Авторы отметили, что туберкулезный спондилит (ТС) до настоящего времени занимает центральное положение в патологии костно-суставного туберкулеза как по удельному

весу, так и по тяжести клинического течения. В основу работы положены данные исследований и лечения 93 больных активным, впервые диагностированным ТС в период с 2007 по 2017 гг. Пациентов распределили по срокам постановки диагноза ТС (наибольшее количество — в 4–6 мес.), локализации и числу пораженных позвонков, степени неврологических расстройств. Проведенные хирургические вмешательства условно разделили на 4 группы или типы: I — объединяющие радикальную часть (абсцессотомию, резекцию пораженных позвонков) с декомпрессией спинного мозга, которые завершают спондилодезом с использованием имплантата; II — декомпрессии спинного мозга в случае ограниченных деструктивных изменений, имеющих выход в позвоночный канал, при сохранении несущей способности позвоночника (без костной пластики); III — малоинвазивные; IV — объединяющие радикальную часть операции и стабилизацию позвоночного сегмента металлическими фиксаторами. Больше всего (59 %) произведено операций I типа. Применены импланты из пористой керамики, которые можно моделировать и насыщать медикаментами; раздвижные кейджи. Представлены ближайшие и отдаленные положительные результаты хирургического лечения ТС, лечения спинномозговых расстройств у больных, послеоперационные осложнения. Авторы пришли к выводу, что применяемые методики хирургического вмешательства пациентов с ТС после краткосрочного курса специфической антибиотикотерапии позволяю-

ущественно минимизировать риски рецидива заболевания, создать оптимальные механобиологические условия для репаративных процессов, сократить сроки стационарного лечения, через 3–5 дней начать раннюю реабилитацию, уменьшить количество осложнений.

Проф. **Филиппенко В. А.** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Выбор медикаментозной поддержки при консервативном лечении артроза». В сообщении дана информация о лечении артроза с учетом рекомендаций Европейского общества клинических и экономических аспектов остеопороза и остеоартроза (ESCEO), принятых в 2014 г. основным принципом является комбинация нефармакологических (консультация терапевта, снижение массы тела, фиксирующие наколенники и др.) и фармакологических средств. В 2016 г. (ESCEO) принят алгоритм «ведения» пациентов с артрозом коленного сустава: медикаментозная терапия в несколько этапов, на последнем месте — эндопротезирование. Представлены два высокоэффективных препарата, влияющих на метаболизм хрящевой ткани (хондроитин сульфат, глюкозамина сульфат). В результате метаанализа выявлена тесная связь между артрозом и сахарным диабетом. Автор рекомендовал обращать внимание на происхождение сырья для производства хондроитин сульфата (бычье, птичье, акулье) и использовать только запатентованные высококачественные препараты. В заключении добавил, что консервативное лечение эффективно на I, II и в начале III стадии артроза.

Председатель **В. А. Филиппенко**
Секретарь **С. Ю. Золотарева**

Звіт про навчально-практичний семінар із міжнародною участю «Інноваційні технології в реабілітаційному процесі»

4–5 червня 2018 року на базі Українського науково-дослідного інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності відбувся навчально-практичний семінар із міжнародною участю «Інноваційні технології в реабілітаційному процесі».

У межах розвитку всесвітньої співпраці та підтримки ініціативи Агенції Mashav при Міністерстві закордонних справ держави Ізраїль, заснованої для впровадження проєктів щодо сприяння світовому соціальному прогресу шляхом підготовки висококваліфікованих кадрів і поширення сучасних технологій, у роботі семінару взяла участь група провідних фахівців із медичного центру Sheba Hospital Schebule (Ізраїль): **Іцхак Зів-Івнер** — директор відділу реабілітації, **Яель Дотан-Маром** — фахівець із фізичної реабілітації та **Олександр Дайч** — ортопед-травматолог, **Ігнас Рутулис** — представник ЗАТ «ІДЕМУС» (Литва).

Навчально-практичний семінар проведено з метою обміну досвідом щодо підвищення ефективності надання реабілітаційних послуг, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму в пацієнтів зі складними патологіями опорно-рухової системи.

Україну представляли провідні науковці закладів системи Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, Міністерства оборони України, фахівці з фізичної реабілітації, медичні та технічні працівники 13 державних і приватних протезно-ортопедичних

підприємств України, та 9 клінічних закладів м. Харкова. Загалом у роботі взяли участь близько 100 осіб.

Семінар відкрила директор УкрНДПротезування кандидат технічних наук, доцент **Салєєва Антоніна Денисівна**, привітала делегатів і гостей, та побажала продуктивної роботи.

Із вітальним словом від держави Ізраїль виступив директор відділу реабілітації медичного центру Sheba Hospital Schebule **Іцхак Зів-Івнер**, який висловив надію, що результати навчально-практичного семінару позитивно вплинуть на якість і рівень надання реабілітаційних послуг інвалідам.

На семінарі обговорено такі питання:

– інноваційні технології в реабілітації діабетичної стопи (**Іцхак Зів-Івнер**);

– системний підхід до вибору методик і технічних засобів реабілітації дітей із дитячим церебральним паралічем (ДЦП) та іншими органічними патологіями центральної нервової системи (к. м. н. **Чернишова І. М.**);

– тестування й основні принципи складання програм реабілітації для пацієнтів із наслідками неврологічних захворювань (цукровий діабет, інсульт, ДЦП, хребтково-спинномозкова травма) (**Олександр Дайч**);

– методики реабілітації за умов окремих захворювань опорно-рухової та нервової систем (**Олександр Дайч**);

– гідротерапія як модальність реабілітації (**Яель Дотан-Маром**);

– фізична терапія та реабілітація осіб з ампутаційними дефектами за умов використання мікропроцесорних протезів (**Яель Дотан-Маром**);

– роль фізіотерапевта в освоєнні протеза та навчання ходьбі (**Іцхак Зів-Івнер**).

Наступного дня, 5 червня, проведено екскурсію по клінічним і науково-технічним підрозділами УкрНДПротезування, у процесі якої спеціалісти з Ізраїлю високо оцінили рівень реабілітаційних послуг, що надаються нашою установою.

Для обміну інформацією й ознайомлення з досвідом вирішення проблемних питань реабілітації осіб

з ураженнями опорно-рухової системи ізраїльські фахівці провели консультації складних хворих, які перебували на лікуванні в клініці УкрНДПротезування, надали рекомендації щодо подальшої їхньої реабілітації. Це були пацієнти з важкими наслідками мінно-вибухових поранень, ампутаційними дефектами нижніх кінцівок, наслідками цукрового діабету, хребтотно-спинномозкової травми та інсульту.

На завершення роботи навчально-практичного семінару було прийнято рішення про подальше співробітництво щодо питань реабілітації осіб із ураженнями опорно-рухової системи.

І. Л. Солнцева
Т. М. Палуб
Т. О. Трофименко
Л. І. Москальчук

Чернівецький осередок ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих обласної комунальної установи «Лікарня швидкої медичної допомоги» (ОКУ ЛШМД) м. Чернівці, 24 березня 2017 р.

Клінічний огляд і демонстрація хворих.

Проф. **Гудза І. М.** (Івано-Франківський національний медичний університет) «Проблеми венозного тромбоемболізму в ортопедії та при травмах кінцівок». Наведено статистичні дані щодо венозної тромбоемболії у світі. Надано протоколи його профілактики в ортопедії, травматології та хірургії за рівнями доказовості в разі травм різних сегментів. Продемонстровано калькулятор для оцінювання стану хворого щодо тромбозу та планування хірургічного втручання.

Яким'юк Д. І. (обласний позаштатний ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби області за 2016 рік». Нині в м. Чернівці й області працюють 103 ортопеда-травматолога, із них вищої категорії — 48, першої — 19, другої — 16. Ліжковий фонд становить 316 ліжок: для дорослих — 271, для дітей — 45. Ортопедичних ліжок — 55, кістково-гнійних — 10. У Чернівцях функціонують два ортопедо-травматологічних відділення: 60 ліжок в ОКУ ЛШМД, 45 — в ОКУ «Обласна клінічна лікарня». Крім того, ортопедо-травматологічні хворі отримують допомогу в приватній клініці ANGELHOLM (90 ліжок) і військовому госпіталі (15). Чернівецька область має 11 районів (166 ліжок). Поліклінічний огляд і лікування хворих проводять у 5 спеціалізованих кабінетах поліклінік міста та 11 — області. У 2016 році зареєстровано 57 224 травм, серед яких більшість склали побутові. Захворювання кістково-м'язової системи зафіксовано у 121 004 випадках. У місті й області ортопедо-травматологи підвищують кваліфікацію на різних курсах: АО, майстер-класах на місцевому, республіканському та міжнародних рівнях (Австрія, Франція, Чехія, Німеччина, Швеція, Китай). У районах області ретельніше стали підходити до диспансеризації хворих із наслідками травм і захворюваннями опорно-рухової системи (артроз, остеохондроз, сколіотична хвороба, вроджений вивих стегна, клишоногість, ампутаційні куки тощо).

Мартинов А. В. (обласний позаштатний дитячий ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та

цивільного захисту населення) «Аналіз роботи дитячої ортопедо-травматологічної служби області за 2016 рік».

На базі ОКУ «ЛШМД» функціонує дитяче ортопедо-травматологічне відділення на 45 ліжок і цілодобовий спеціалізований дитячий травмункт, куди для покращення якості надання невідкладної допомоги в разі гострої травми направляють постраждалих. В окремих випадках ургентну допомогу дітям надають у районах області травматологи, які пройшли спеціалізацію з дитячої травматології та ортопедії. Заплановано проведення місячних курсів ортопедів-травматологів області на базі дитячого ортопедо-травматологічного відділення м. Чернівці (на робочому місці).

Черней В. Д., проф. Васюк В. Л., Яким'юк Д. І. «Застосування виробів Чернівецького приватного підприємства інвалідів «Опора» в лікуванні ортопедичних хворих». Указаний заклад виготовляє протези верхніх і нижніх кінцівок, ортези, коректори постави, корсети Шено, комірці Шанця, ортопедичне взуття й устілки. Підприємство засноване в 2002 році, сьогодні до його складу входять три дільниці — Чернівецька, Харківська та Тернопільська. Працівники закладу постійно проходять курси стажування та підвищення кваліфікації в Інституті протезування (Харків), Польщі, Німеччини, Литві. Акцент у доповіді зроблено на модульні ортези на нижні кінцівки, а також на протези з силіконовим вкладишем. Особливу увагу приділено косметичним протезам на верхні кінцівки, ортезам, корсетам, коректорам постави. Крім того, розглянуто питання виготовлення головоутримувачів, ортопедичних устілок, ортопедичного взуття. Авторами наведено показання до застосування корсетів типу Шено (жорсткі) за умов сколіотичних деформацій хребта.

Проф. **Васюк В. Л., Коваль О. А.** «Малоінвазивний остеосинтез переломів рілон». Складні внутрішньосуглобові переломи дистального метаепіфіза кісток гомілки зі зміщенням відламків носять назву — переломи рілон. Основними механізмами їхнього виникнення є травма водіїв або пасажирів автомобіля під час ДТП і падіння з висоти. Зазвичай, такі переломи трапляються в осіб молодого та середнього віку. Для цих травм характерні фрагментація кістки зі значним зміщенням відламків та утворенням її дефектів, у метаепіфізарній зоні з різними ушкодженнями суг-

лобової поверхні, м'яких тканин і судинно-нервового пучка. Характерно, що переломи рілон досить часто є компонентом політравми. Авторами проведено аналіз лікування 327 пацієнтів із переломами в ділянці надп'ятково-гомількового суглоба (43 та 44 сегменти за АО), наведено 111 випадків успішного лікування переломів рілон зі застосуванням малоінвазивних методів остеосинтезу: накладання апаратів зовнішньої фіксації (АЗФ), використання спиць Кіршнера та Ілізарова після закритої репозиції відламків із застосуванням гіпсової пов'язки. Хворих із відкритими переломами було 55, закритими — 56. У разі відкритих переломів рілон проведено первинну хірургічну обробку ран і стабілізацію відламків АЗФ. Ускладнень не виявлено.

Літовський О. В. (представник компанії «World Medicine») «Метаболічна терапія у разі захворювань опорно-рухової системи». Автор навів медикаментозні засоби (протекта, хондроїтину сульфат, глюкозаміну сульфат, кальцій, вітамін D₃, метилсульфонілметан, марганцю глюконат, дигідрат), які впливають на регенерацію хрящової та кісткової тканин та одночасно позитивно діють на протизапальні, протибільові та метаболічні процеси. Подав характеристику, способи застосування та показання до використання зазначених медичних препаратів.

Проф. Васюк В. Л., Васильчишин Я. М., Процюк В. В. «Проблема ревізійного ендопротезування кульшового суглоба за умов септичних ускладнень». Зростання кількості операцій первинного ендопротезування кульшового суглоба у світі й Україні неминуче призводить до збільшення абсолютної кількості ускладнень, зокрема, перипротезної інфекції (ППІ). Частота її розвитку становить від 3 до 7 %. Найуспішнішою тактикою лікування ППІ кульшового суглоба залишається двохетапне ревізійне ендопротезування. В Україні цей метод не набув значного поширення та потребує подальшого вивчення і вдосконалення. Автори поділилися досвідом успішного лікування 69 пацієнтів (вік від 22 до 81 років, 28 чоловіків, 41 жінка), прооперованих за період 2011–2016 рр., яким виконано двохетапне ревізійне ендопротезування. Інтраопераційно застосовували максимальне хірургічне очищення від некротизованих тканин, тотальне видалення компонентів ендопротеза, гвинтів, зламаних конструкцій, цементу, систему пульс-лаваж і велику кількість фізіологічного розчину (3–5 л), дексану й анілінових барвників для промивання «відносно здорових» тканин, очищення кісток від біоплівки (до появи роси), ушивання без використання внутрішніх швів або просоченим антибіотиком вікрилом. Автори удосконалили зазначену методику шляхом розроблення пристрою для тимчасового реендопротезування проксимальної частини стегнової кістки з використанням антибіотиків останнього покоління, які імпрегновані в цемент (спейсер). Добрі результати отримані у 89,7 % випадків, середня оцінка за шкалою Harris Hip Score склала (87,18 ± 6,44) балів.

Яким'юк Д. І., Брагарь О. А., Зінченко А. Т., Глігор О. Ф. «Транспедикулярна фіксація хребта в разі компресійних переломів тіл хребців». Надано класифікацію переломів поперекового та грудного відділів хребта за F. Magerl і Я. Л. Цив'яном: група А — ушкодження, які виникають унаслідок стиснення (компресії), А1 — клиновидний відколений перелом із деформацією не більше ніж 5°, А2 — із розколюванням у фронтальній чи коронарній площині, проникні, А3 — вибухові, характерними рисами яких є змі-

щення відламків від центра до периферії; група В — ушкодження, які виникають через надмірне розтягнення, В1 — розрив заднього зв'язкового комплексу з поперечним розривом диска з вивихом у дуговідросчатих суглобах, можливе поєднання з переломом тіла типу А, В2 — розрив хребтового стовпа з руйнацією кісткових структур, В3 — розгинальний розрив диска з травмою задніх відділів; група С — ушкодження, які виникають внаслідок ротації, С2 — типу В з ротацією, С3 — ротаційне зі зсувом. Показаннями для хірургічного втручання є: зміщення хребців і дисків, дегенеративні процеси в хребті, нестабільність, руйнування дисків, прогресований сколіоз або кіфоз, компресійні переломи, стеноз спинномозкового каналу. Протипоказаннями для операції названі: ожиріння, вагітність, прогресований остеопороз, інфекційні захворювання, підвищена чутливість пацієнта до чужорідних тіл. Наведено декілька випадків, коли хворим виконано транспедикулярну фіксацію в разі компресійних переломів тіл хребців. Користувалися конструкціями інституту ім. проф. М. І. Ситенка. Отримані позитивні результати з поновленням висоти компресованого хребця.

Яким'юк Д. І., Горпенюк О. В., Бугай Р. І., Рибак М. І., Яким'юк А. Д. «Малоінвазивний метод лікування внутрішньосуглобових імпресійних переломів виростків великогомілкової кістки». Характерною особливістю більшості переломів виростків великогомілкової кістки є формування в момент травми первинного дефекту губчастої кістки виростків — зони первинного вдавлювання суглобової поверхні плато кістки, що класифікують як імпресійно-компресійний перелом. Метою лікування пацієнтів із травмою проксимальної частини великогомілкової кістки є відновлення конгруентності суглобових поверхонь, основних взаємовідношень, забезпечення стабільності та функції колінного суглоба. Наведено результати лікування 60 хворих із зазначеними переломами за останні 5 років. Серед них із переломами типу 41-А (1–3) було 8 осіб, 41-В (1–3) — 30, 41-С (1–3) — 22. Усім виконано хірургічні втручання: остеосинтез стрижневим АЗФ — 3 випадки, пластиною з кушовою стабільністю та гвинтами — 48, спонгіозними гвинтами — 9. Прооперовано 72 % пацієнтів у перші дві доби після травми, 28 % — через 10–12 днів. Проаналізовано віддалені результати лікування 98 % хворих, з яких у 76 — добрі, 24 — задовільні.

Яким'юк Д. І., Бугай Р. І., Гусаківський І. В., Рибак М. І. «Клінічний випадок лікування високоенергетичних переломів кісток таза». Перелом кісток таза належить до найважчих ушкоджень опорно-рухової системи. У разі ізольованої травми 30 % від усіх хворих госпіталізують у стані травматичного шоку, у випадку множинних переломів таза, шок спостерігають майже у всіх потерпілих, при цьому летальність досягає 20 %. Нерідко це супроводжується внутрішньою кровотечею, що і є причиною смерті в разі несвоєчасного надання медичної допомоги. Автори навели класифікацію переломів кісток тазу звичайну (ізольовані, без і з порушенням тазового кільця, кульшової западини, з ушкодженням тазових органів) та АО (типів А, В, С). Подано приклад лікування складного перелому кісток таза. Хворого госпіталізували після ДТП із діагнозом: політравма, ЗЧМТ, струс головного мозку, закритий розрив крижово-клубового з'єднання зліва, закритий скалковий перелом здухвинної кістки зліва, перелом обох лонних і сідничних кісток, перелом II–IX ребер зліва, перелом тіла лівої

лопатки, перелом типу 61C1. Пацієнтові проведено хірургічне втручання: після відкритого співставлення переломів лонних, сідничних і здухвинних кісток остеосинтез гвинтами та пластинами. Втручання виконано доступом Storpa (розріз шкіри по серединній лінії живота, починаючи 2–3 см нижче пупка і 1 см вище симфізу), який дає змогу відкрити передні відділи тазового кільця і кульшової западини. Ускладнень після операції не було, рани загоїлися в оптимальні строки, хворий перебуває на етапному лікуванні.

Яким'юк Д. І., Рибак М. І., Брагарь О. А. «Клінічний випадок одночасного двобічного ендопротезування кульшових суглобів». Пацієнт П., 37 років, із діагнозом: двобічний диспластичний коксартроз, асептичний некроз головок обох стегнових кісток. Ураховуючи характер захворювання, вік хворого, дані анамнезу, лабораторних та інструментальних методів обстеження виконано хірургічне лікування: послідовне (спочатку на лівому, а потім на правому) ендопротезування кульшових суглобів імплантатами безцементного типу фіксації. Післяопераційний період без ускладнень, на 10-ий день пацієнт почав пересуватися самостійно за допомогою милиць.

Проф. Васюк В. Л., Яким'юк Д. І., Ковальчук П. Є. Організаційні питання проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання травматології та остеосинтезу» (Чернівці, 27–28 квітня 2017 р.). Планується проведення конференції зі запрошенням ортопедів-травматологів не лише з усіх областей України, а й із Німеччини, Швеції, Чехії, Молдови. Створено оргкомітет, призначено відповідальних осіб за прийом матеріалів і підготовлення до публікації в збірнику робіт та фахових журналах.

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці, 23 червня 2017 р.

Клінічний огляд і демонстрація хворих у травматологічній клініці.

Д. м. н. Проценко В. В. (ДУ «ІТО НАМН»), **к. м. н. Чорний В. С.** (Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця) «Первинні пухлини кісток і суглобів, принципи діагностики та лікування». Автори зупинились на історичних аспектах вивчення та діагностики первинних пухлин кісток і суглобів. У XIX ст. особливу увагу приділяли гістологічним дослідженням (у 1840 р. Аган описав кісткову саркому, яка потім отримала назву хордоми; у 1845 р. Інтер описав множинну мієлому; у 1868 р. Нелатон серед остеопластичних пухлин виділив гігантоклітинну пухлину (остеобластокластоми); у 1930 р. Фелістер в окрему групу виділив ретикулоклітинну (остеогенну) саркому. XX століття характеризується рентгенологічним підходом до вивчення кісткових пухлин та їхньої систематизації. Серед вітчизняних учених, які додали значний внесок у дослідження, відзначено О. А. Русницького, Т. П. Виноградову, М. В. Волкова, Д. Г. Рохліна, М. П. Новаченка, В. Д. Чакліна, Н. Н. Трапезнікова, І. Т. Книша. Висвітлено класифікацію доброякісних і злоякісних пухлин, їхню діагностику з використанням рентгенографії, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, ультразвукового й радіонуклідного дослідження, ангиографії, біопсії та патоморфологічного аналізу, стерильної пункції, позитронно-емісійної томографії. Автори зупинились на хірургічних і консервативних (хіміотерапія, медикаментозна, променева терапія) методах лікування. Звернули увагу на комбіновані (хіміотера-

пія, хірургічне втручання) та комплексні (хірургія, хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія, радіоізотопи) методики. Для поліпшення якості життя хворих на пухлини кісток використовують широку радикальну резекцію зі заміщенням утворених дефектів ендопротезами або металевими імплантатами, кістковим цементом, ауто- або алотрансплантатами, метало-остеосинтез (МОС) накістковими пластинами, інтрамедулярними стрижнями або АЗФ. Наведено особливості лікування всіх нозологій пухлин (доброякісних і злоякісних), статистичні дані віддалених результатів.

Д. м. н. Проценко В. В. (ДУ «ІТО НАМН»), **к. м. н. Чорний В. С.** (Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця) «Метастатичні ураження кісток, методи лікування». Метастатичні ураження кісток супроводжуються тривалим болем, розвитком переломів, значним погіршенням і зменшенням тривалості життя. Найчастіше такі ураження спостерігають у разі онкології молочної, передміхурової та щитовидної залоз, множинної мієломи, раку нирки, легенів, прямої кишки, яєчника. Вони займають третє місце в структурі захворювань після уражень легень і печінки. Середня тривалість життя пацієнтів із метастатичним ураженням кісток коливається від 6 до 35 міс. Доповідачі охарактеризували метастатичні пухлини різних сегментів скелета, які рентгенологічно та гістологічно поділяють на остеолітичні (75%), остеобластні (5) і змішані (20). Особливе значення надають комплексним методам лікування хворих, серед яких локальна (хірургічна та променева) і системна терапія (хіміо-, гормо- та імунотерапія, бісфосфонати, радіоізотопи) посідають провідне місце. Підтримувальну терапію, так звану «supportive care» (анальгетики, психологічна і соціальна допомога). Хірургічне лікування дає можливість ранньої активізації та покращення якості життя цієї категорії хворих, при цьому використовують новітні технології: заповнення дефекту кістки керамічними матеріалами, автотрансплантатами. У рекомендованих випадках проводять ендопротезування, накладання АЗФ (перевагу надають апарату Костюка), заміщення плечової кістки індивідуальним та імплантатом типу «спейсер». Автори застосовують також армований МОС, пункційну вертебропластику та транспедикулярну фіксацію хребта. Консервативне лікування базувалося на індивідуальних підходах до кожного пацієнта, ураховуючи нозологію пухлини та її особливості.

Проф. Іващук О. І. (головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я за фахом «Онкологія») «Доброякісні та злоякісні пухлини опорно-рухової системи. Метастатичні ураження». Подано нозологічну характеристику доброякісних і злоякісних пухлин опорно-рухової системи, статистичні показники метастатичних уражень. Наведено результати статистичного оцінювання хірургічного та променевого лікування хворих з онкопатологією опорно-рухової системи в Чернівецькій області. Найчастіше метастатичні ураження кісток зафіксовані в жінок із пухлинами молочної залози, у чоловіків — передміхурової залози.

Проф. Коваль Г. Д. (Буковинський державний медичний університет) «Особливості імунодіагностики й імунокорекції в разі запальних захворювань кісток і суглобів». За запальних захворювань кісток і суглобів відмічають різке підвищення ШОЕ, Тх/Тс.

Проф. Васюк В. Л. (голова Чернівецького обласного осередку Української асоціації ортопедів-травматологів) «Нові вимоги до реєстрації Чернівецького обласного осередку Української асоціації ортопедів-травматологів».

Яким'юк Д. І. (обласний позаштатний ортопед-травматолог Чернівецької області) «Інформаційне повідомлення про підготовку до поїздки на стажування на кадавер-курси в Австрії, вересень 2017 р.». Для ортопедів-травматологів м. Чернівці і області стало традицією проходити тематичні стажування (кадавер-курси, м. Грац). На вересень 2017 р. запланована поїздка 8 лікарів на курси: хірургічні доступи за різних ушкоджень кісток таза, накістковий і внутрішньокістковий остеосинтез переломів кісток кінцівок.

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці, 01 грудня 2017 р.

Клінічний огляд у травматологічній клініці, презентація фірми «Санофі».

Доц. **Диб'як Ю. М.** (Івано-Франківський національний медичний університет) «Проблема судинно-хірургічної патології в ортопедії та в разі травм кінцівок». Автор зупинився на питаннях ушкодження судин верхніх і нижніх кінцівок після закритих і відкритих переломів довгих кісток.

Ткач Є. П. «Лікування остеоартриту. Нові можливості НПЗП». Ключовим фактором розвитку остеоартритів є запалення синовіальної оболонки суглобів, коли важливу роль відіграють мікротравми та ревматоїдні процеси. Запалення синовіальної оболонки є причиною деструкції хрящової тканини, кісткових ерозій, формування остеофітів і розвитку деформації суглобів. Відомо, що на остеоартрити хворіють 48–60 % працездатних осіб. Розглянуто діагностику захворювання, виявлення його стадій. Відмітив записання медичної допомоги через пізні звернення: на I стадії ОА — 1 %, на II — 18 %, на III — 81 % пацієнтів. Через те, що більшість хворих не звертаються на ранніх стадіях до лікаря, вони не можуть отримати структурно-модифікувальну терапію. Лікування остеоартритів проводять з урахуванням фенотипів суглобів і диференційованої фармакотерапії. Наведено інформацію про застосування препаратів для лікування остеоартритів згідно з вимогами Європейського товариства клінічних та економічних аспектів остеоартриту та остеопорозу (ESCEO, 2016). Основними нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) є: селективні інгібітори ЦОГ-1 (низькі дози ацетилсаліцилової кислоти), неселективні інгібітори ЦОГ-1-ЦОГ-2 (диклофенак, індометацин, лорноксикам, ібупрофен, напроксен), частково селективні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід), високоспецифічні інгібітори ЦОГ-2 (целексикаб, еторикоксиб), селективні інгібітори ЦОГ-3 (парацетамол). Нині найбільш селективним НПЗП є еторикоксиб. Автор виділив 4 рівні формування больового синдрому: нервові закінчення (трансдукція); периферичні нерви, сплетіння (трансмисія); задні роги спинного мозку (модуляція); стовбур мозку та кінцевий мозок (перцепція). На рівні трансдукції діють НПЗП, на рівні трансмісії — місцеві анестетики (регіональні блокади, епідуральна анестезія); модуляції — опіоїди, парацетамол, еторикоксиб; перцепції — психотропні засоби. Доповідач зауважив, що хронічний ноцицептивний біль має два механізми: периферична та центральна сенситизація. Рациональним підходом у лікуванні хронічного больового синдрому є застосування НПЗП із подвійним (центральним і периферичним) механізмом дії — еторикоксибу. У клінічних

дослідженнях у пацієнтів із хронічним болем при ОА та АС еторикоксиб ефективний навіть за умов відсутності відповіді на традиційні НПЗП. Його рекомендовано для тривалого знеболення, бо на відміну від традиційних НПЗП він не спричиняє розвиток ускладнень із боку шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи, не перешкоджає антитромбоцитарній дії аспірину.

Проф. **Васюк В. Л.** (голова Чернівецького обласного осередку Української асоціації ортопедів-травматологів) надав інформацію про участь в конференції «Первинне та ревізієне ендопротезування суглобів», присвяченої 110-річчю з дня заснування інституту ім. проф. М. І. Ситенка.

Дудко О. Г., Яким'юк Д. І., Горпенюк О. В., Коваль О. А. Звіт про участь у навчальних кадавер-курсах АО TRAUMA Europe (м. Грац, Австрія, 10–15 вересня 2017 р.). Під час участі у практичних семінарах і Workshop, проведених на анатомічних препаратах, відпрацьовано та вдосконалено методики хірургічних втручань на різних сегментах верхніх і нижніх кінцівок, таза зі застосуванням сучасних фіксаторів. Курсанти ознайомилися зі сучасними методами викладання й організації навчального процесу в медичному університеті м. Грац, зокрема з використанням телевізійної апаратури, анатомічних препаратів, штучних кісток із модельованими переломами, «кісткових пазлів». Досягнуто домовленість про співпрацю з анатомічним інститутом і відділенням травматології та ортопедії медичного університету м. Грац щодо розроблення спільних навчальних проектів і наукових досліджень у галузі анатомії, травматології та ортопедії.

Яким'юк Д. І. (експерт за спеціальністю «Травматологія та ортопедія» департаменту ОЗО Чернівецької ОДА) «Інформаційне повідомлення про стажування з хірургії хребта на кадавер-курси у Граці (Австрія) у вересні 2017 р.». Засвоєно новітні методики остеосинтезу та хірургічні доступи в разі ушкоджень різної локалізації.

Яким'юк Д. І., Горпенюк О. В. «Нові підходи до хірургічного лікування переломів кісток таза». Наведено хірургічні методи лікування в разі важких ушкоджень кісток таза (типів В і С), особливу увагу приділено хірургічним доступам «стопа» і «вікно». Доступ «стопа» передбачає виконання передньонижньої лапаратомії з ревізією кісток таза, а «вікно» роблять у ділянці здухвинної кістки (крило). Наведено два клінічних приклади хірургічного втручання указаними методами в разі ушкоджень таза типу С із позитивними найближчими результатами.

Яким'юк Д. І., Брагарь О. А., Булачук І. А., Копильці В. В. «Застосування транспедикулярної фіксації хребта в лікуванні нестабільного остеохондрозу». Показаннями до хірургічного втручання є зміщення одного хребця по відношенню до іншого на 2–4 мм вперед або назад. Автори висвітлили методику операції: через педікули (ніжки) в тіло хребця вводять титанові гвинти, які з'єднують між собою кріпленнями, отримують жорстку конструкцію, що створює для сегмента хребта надійну опору. Застосування цієї методики значно скорочує термін лікування пацієнта в стаціонарі, а також період непрацездатності та подальшої реабілітації.

Доц. **Кваснюк Д. І.** «Інформація про стажування на курсах АО в Польщі (м. Познань, 8–9 вересня 2017 р.) та Хорватії (м. Загреб, 14–15 жовтня 2017 р.)».

Голова	В. Л. Васюк
Почесний секретар	А. Т. Зінченко
Секретар	О. В. Горпенюк