

Наукові читання імені професора Є.Т. Скляренка «Впровадження наукових розробок у практику охорони здоров'я»

Наукові читання імені професора Є.Т. Скляренка, присвячені 95-річчю кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, відбулись у Києві 20 грудня 2019 р. за підтримки НМУ імені О.О. Богомольця, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація ортопедів-травматологів», Державної установи (ДУ) «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук (НАМН) України».

Відкриття конференції



Відкриваючи наукові читання, зі словами привітання до присутніх звернувся доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри травматології та ортопедії НМУ

імені О.О. Богомольця **Олександр Бур'янов** та доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії наук України, академік НАМН України **Ісаак Трахтенберг**. Вони зазначили, що НМУ імені О.О. Богомольця випустив величезну кількість кваліфікованих медичних спеціалістів, і сьогодні в Київському медичному університеті проходять наукові читання, присвячені його випускникам Олексію Кримву, Дмитру Маньковському та ін. Сьогоднішнє наукове читання, як зауважив І. Трахтенберг, носить ім'я заслуженого діяча науки України, двічі лауреата Державної премії України, доктора медичних наук, професора Євгенія Скляренка, який зробив величезний внесок у розвиток медицини та науки України.

Багатогранна наукова й педагогічна діяльність Є. Скляренка відобразилася у понад 450 опублікованих наукових статтях, у тому числі 16 монографіях, посібниках та підручниках. Під його науковим керівництвом виконано 28 кандидатських та 9 докторських дисертацій з актуальних проблем травматології та ортопедії. Кандидатські дисертації виконані також спеціалістами 6 держав Азії, Африки та Латинської Америки. Багатогранною є і громадська діяльність професора Скляренка. Він неодноразово обирався членом правління всесоюзних та республіканських наукових товариств ортопедів-травматологів та ревматологів, членом правління і заступником голови Наукового товариства ревматологів України, головою І Національного конгресу ревматологів. Після теплих слів пам'яті про визначного діяча науки та культури України присутні долучилися до розгляду нагальних питань травматології та ортопедії.

Основні теми конференції:

- Вроджені вади верхньої кінцівки.
- Діагностика та лікування вроджених вад стопи: макродактилія, ектродактилія.
- Ідіопатична ходьба на носках.
- Сучасні підходи до лікування політравми у дітей.
- Політравма і поєднана травма: діагностика, хірургічна тактика.
- Лікування дефектів кісткової тканини у постраждалих з вогнепальними переломами.
- Підгострий компартмент-синдром при вогнепальних ураженнях кінцівок.

Актуальні питання сучасної травматології та ортопедії



Початковим пунктом заходу стала доповідь на актуальну тему «Остеоартроз плеча — особливості патогенезу, діагностики та лікування», яку прочитав **Сергій Страфун**, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України. Він зазначив, що згідно з проведеними рентгенологічним та патоморфологічним дослідженнями — 32,8% людей віком старше 60 років хворіють на деформуючий остеоартроз плечового суглоба, що порівнянно за статистичними даними із захворюваннями серцево-судинної системи та цукровим діабетом. Ще у 2012 р. в Японії проведено дослідження, в якому визначалася проблематика остеоартрозу плеча. У результаті виявлено, що деформуючий остеоартроз плечового суглоба відзначали у 17,4%, остеоартроз обох плечових суглобів — у 3,1%, у віковій групі ≥65 років — у 20,3% та <65 років — у 11,1%.

Спікер навів результати українського дослідження, мета якого — визначення зв'язку розвитку артрозу плечового суглоба з обмеженням відведення плеча у пацієнтів, які рік тому перенесли травму плечового суглоба. У цьому дослідженні взяли участь 82 пацієнти із переломами проксимального епіметафіза плечової кістки, когорта була розподілена на дві групи — основну та контрольну. У результатах виявлено, що у пацієнтів зі зменшенням кута відведення плечової кістки відбувається збільшен-

Таблиця 1. Етіологічна класифікація деформуючого остеоартрозу плечового суглоба

Етіологічна класифікація деформуючого остеоартрозу плечового суглоба			
Первинний			Вторинний
Етіологія невідома	Атравматичний	Післязапальний	Постхірургічний
	Алкоголь-індукований	Постінфекційний артрит	Ушкодження капсули внутрішньосуглобовими факторами (гвинти, скоби)
	Внаслідок кортикостероїдної терапії	Ревматоїдний артрит	Перетягнуті передні відділи капсули (попередні операції Путі – Платта)
	Внаслідок прийому цитотоксичних препаратів		Незрощення проксимального епіметафіза плечової кістки
	Порушення метаболізму ліпідів		Посттравматичний аваскулярний некроз
	Вплив іонізуючого опромінення		Підвивихи
			Ротаторна артропатія

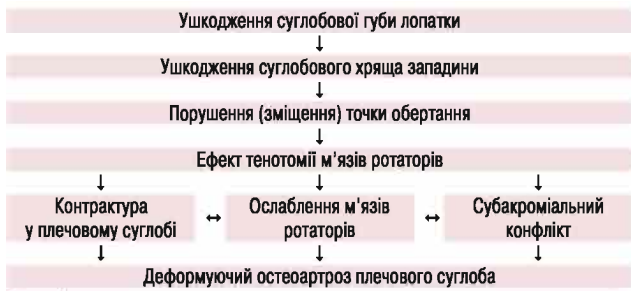


Рис. 1. Патогенез розвитку деформуючого остеоартрозу плечового суглоба

ня контрактури плечового суглоба та зростає розвиток артрозу плечового суглоба. Тобто, це свідчить, що на розвиток артрозу плечового суглоба значно впливає контрактура у плечовому суглобі як фактор перенавантаження цих ділянок суглобового хряща плечового суглоба.

Далі **Сергій Страфун** розкрив тему ротаторної артропатії як фактора розвитку остеоартрозу плеча. Адже динамічна дестабілізація плечового суглоба, а саме м'язова дестабілізація, призводить до розвитку остеоартрозу. Лікування у разі цієї патології полягає у консервативному та оперативному методах. До хірургічних методів відносяться артроскопічний дебримент, транспозиція сухожилля найширшого м'яза спини та реверсивне ендпротезування. Передумови до виникнення остеоартрозу плечового суглоба наведені у табл. 1, рис. 1.

Ротаторна артропатія характеризується:

- Недостатність функції ротаторної манжети плеча.
- Дегенеративними змінами плечового суглоба.
- Міграцією голівки плеча.



Тему ідіопатичної ходи навшпінках розкрив **Павло Рахман**. Спікер зазначив, що поширеність цієї патології в популяції дітей становить 5–12%, причому у хлопчиків ця проблема виникає частіше. Найпоширенішим етіологічним чинником цього захворювання є ходунки, які, на превеликий жаль, і досі застосовуються батьками в різних країнах світу, у тому числі в Україні. Цікаво, що в Канаді ходунки офіційно заборонені до використання з 2004 р., і невиконання цього закону, карається штрафом і може призвести до ув'язнення батьків дитини.

Етіологія ідіопатичної ходи навшпінках:

- Вроджене вкорочення задньої групи м'язів гомілки.
- Генетична схильність.
- Дисплазія.
- Дискретні неврологічні патології.

Лікування ідіопатичної ходи навшпінках, зазначає П. Рахман, полягає у трьох підходах: індивідуальному, тяжкості захворювання та фінансових можливостях пацієнта. А основними методами лікування є фізіотерапія, стретчинг, який націлений на задню групу м'язів гомілки, голко-, рефлексотерапія та масаж.

Олександр Карабенюк у своїй доповіді висвітлив тему лікування переломів у дітей із політравмою. Він зазначив, що актуальність цієї проблеми не викликає сумнівів, адже політравма є причиною 45% смертей дітей віком від 1 до 14 років, з яких у 95% причина смерті — переломи, 60% — поліфактури, 25% — переломи з черепно-мозковими травмами та у 9% — переломи в поєднанні з ушкодженнями органів черевної порожнини.

У своїй доповіді О. Карабенюк навів результати дослідження (табл. 2), яке проходило на базі відділення ортопедії та травматології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» у 2011–2018 рр. Для дослідження було відібрано 346 дітей віком 3–17 років, які мали тяжкі травми кінцівок, спричинені дорожньо-транспортною пригодою (ДТП), кататравмами та іншими видами травматизму. З усієї когорти (246 пацієнтів) чоловічої статі — 68,1%, жіночої (110 пацієнтів) — 31,9%. Адекватна медична допомога на догоспітальному етапі була надана 102 (42,8%) пацієнтам з усієї когорти дослідження. У результаті дослідження виявлено, що у структурі політравми педіатричних пацієнтів, краніоскелетна

Таблиця 2. Розподіл постраждалих дітей із тяжкими травмами залежно від локалізації травми

Локалізація травми	Розподіл пацієнтів за локалізацією травми	
	абс. (n)	відносна (%)
Закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) + травма грудної клітки + травма верхніх та нижніх кінцівок	71	20,6
ЗЧМТ + травма грудної клітки + травма верхніх кінцівок	79	22,7
ЗЧМТ + закрита травма живота + травма верхніх кінцівок + травма нижніх кінцівок	129	37,4
ЗЧМТ + травма лицевого черепа + закрита травма живота + травма кісток таза + травма нижніх кінцівок + забій спинного мозку	31	8,8
ЗЧМТ + травма грудної клітки + закрита травма живота + травма верхніх кінцівок	36	10,5
Загальна кількість постраждалих	346	100,0

Таблиця 3. Переваги та недоліки методів дослідження

Порівняння методів діагностики		
Спосіб візуалізації	Переваги	Недоліки
Рентгенограма	Висока доступність Швидкість візуалізації Низька вартість дослідження	2D-зображення Наявність артефактів Обмежене використання для м'яких тканин Іонізуюче випромінювання (незначна доза)
УЗД	Загальна доступність Відсутність іонізуючого випромінювання Низька вартість Динамічне захоплення зображення Процесуальна настанова Нічний тест	Залежність від фахівця Обмежене габітусом тіла Потенційно болісне Непереконливі результати
КТ	Загальна доступність Швидкість Висока специфічність і чутливість 3D-зображення	Іонізуюче випромінювання Контрастна рідина може викликати нефропатію Вартість Алергія на контрастну речовину
Магнітно-резонансна томографія	Відсутність іонізуючого випромінювання Висока специфічність і чутливість Відсутність контрастної нефропатії	Висока вартість Обмежена доступність Значна тривалість дослідження за часом Викликає відчуття страху у дітей



Рис. 2. Етапна схема лікування хворих із політравмою



Рис. 3. Алгоритм надання допомоги пацієнтам із політравмою залежно від тяжкості загального стану

Таблиця 4. Шкала AIS

Шкала комплексної оцінки тяжкості політравми	
Бал AIS	Ступінь тяжкості
1	Minor – легкий
2	Moderate – середньої тяжкості
3	Serious – тяжкий, без загрози життю
4	Severe – тяжкий, із загрозою життю
5	Critical – критичний стан, із сумнівним прогнозом
6	Currently untreatable – інкурабельний стан

травма є найчастішим видом ушкоджень, наступне місце займають множинні переломи кінцівок.

Далі спікер детально зупинився на питанні діагностики та лікування (рис. 2, 3) політравми у пацієнтів педіатричного профілю. Діагностика базується на чотириступеновому підході, до якого входить збір анамнезу пацієнта, клінічна симптоматика політравми, діагностика, FAST-діагностика та рентгенограма. Кожен з інструментальних методів діагностики має свої переваги та недоліки (табл. 3), однак вирішальну роль у діагностиці політравми відіграє гемодинаміка пацієнта, адже від цього фактора залежить вибір ключового методу діагностики. Так, гемодинамічно нестабільному пацієнту рекомендованим методом буде проведення рентгенографії або ультразвукового дослідження (УЗД), а у разі гемодинамічно стабільного хворого — комп'ютерна томографія (КТ).

Дотичною до вищезазначеної теми стала доповідь професора **Ігора Трутяка**, доктора медичних наук, завідувача кафедри травматології і ортопедії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, який розкрив тему «Політравма і поєднана травма: діагностика, хірургічна тактика». На сьогодні термін «епідемія травми» вдало характеризує реальну ситуацію в Україні, як зазначив професор. Адже статистичні дані останніх років свідчать, що частка травмованих та загиблих осіб під час ДТП з кожним роком зростає. Щодо летальності травмованих осіб, то причина криється у трьох видах травматизму: політравмі, тяжкій поєднаній та множинній травмах.

Професор зазначив, що у 1950–2008 рр. у наукових публікаціях термін «політравма» наявний близько 1665 разів, однак жодного разу не відповідав доказовій медицині. Тому під час наукової конференції, яка відбулась 11–12 травня 2012 р. у Берліні, було запропоноване нове визначення терміну «політравма» — ушкодження не менше двох анатомо-фізіологічних особливостей з тяжкістю за шкалою AIS (Abbreviated Injury Scale) ≥ 3 (табл. 4) кожне, зі зміною одного чи кількох із п'яти фізіологічних параметрів гомеостазу:

- систолічний тиск (<90 мм рт. ст.);
- порушення свідомості (GCS <8);
- ацидоз <6, коагулопатія (INR >1,4);
- вік >70 років.

Особливості поєднаної травми:

- Поєднана травма не є сумою ізольованих пошкоджень зі звичайною для них симптоматикою, а якісно новою одиницею зі своєрідним патогенезом.

- Тяжкість стану травмованого пацієнта не можна оцінювати звичайною сумою кожного пошкодження, оскільки при поєднаній травмі існує *синдром взаємного обтяження*.

Показники гомеостазу для характеристики тяжкості стану травмованого:

- Разова продуктивність серця.
- Коефіцієнт інтегральної тонічності судин.
- Показник напруження дихання.
- Показник стабілізації тону судин.
- Показник вираженості дихально-циркуляторних розладів.
- Відносна кількість паличкоядерних нейтрофілів.

На завершення своєї доповіді І. Трутяк докладно зупинився на питанні лікування пацієнтів із політравмою. Адже пацієнтам із політравмою, які перебувають у нестабільному чи критичному стані, вибір правильного методу терапії є життєво необхідним. Тож найкращим методом терапії для цих пацієнтів є методика *damage control*, як підкреслив спікер, що полягає у проведенні двох етапів операції, між якими наявна хірургічна пауза.

Завдання первинної операції за технологією *damage control* полягає у проведенні швидкої зупинки триваючої кровотечі, деконтамінації, у профілактиці інфікування та стабілізації переломів. Рекомендовано при переломах таза, стегна і гомілки використовувати апарат зовнішньої фіксації, при переломах інших кісток — гіпсові пов'язки. Рани і відкриті переломи рекомендовано промивати антисептиком із накладанням пов'язки, а при травматичних розчленуваннях кісток — затискачі на магистральні судини і пов'язку без хірургічного оброблення. У разі наявної заочеревинної гематоми внаслідок перелому таза слід провести стабілізацію таза С-клемами або апаратом зовнішньої фіксації, за потреби можливе виконання тампонади таза. Це дуже важливо, як зазначив професор, адже без стабілізації кісток таза туга тампонада може спричинити посилення кровотечі.

Після етапу первинної операції настає етап хірургічної паузи (94,5 \pm 7,2 хв), яка представлена інтенсивною терапією, в тому числі проведення реінфузії крові та введення реосорбілакту. Завершується етап хірургічної паузи проведенням переоцінки тяжкості травми, яка базується на оцінці гемодинаміки. У пацієнта зі стабільною гемодинамікою рекомендовано закінчення операції за скороченим обсягом, у разі якщо гемодинаміка нестабільна — дотримання технології *damage control*.

Третій етап представлений програмованою повторною операцією (24–48 год після першої операції, рідше — до 72 год), в якому оцінюються показники ефективності інтенсивної терапії: виведення із шоку та стабілізація гемодинаміки (артеріальний тиск >100 мм рт. ст.), рівень лактаз <2,5, дефіцит лугів <4, pH >7,5, температура тіла >35 °C, адекватний серцевий викид та діурез. У цей період рекомендовано проведення хірургічної обробки відкритих переломів та ампутацій після стабілізації гемодинаміки пацієнта.

**Анна Хиць,
фото Сергія Бека**