

ДАЙДЖЕСТ

ЗВІТИ про роботу товариства ортопедів-травматологів м. Києва і Київської області (січень – березень 2010 р.)

Засідання 1

27 січня 2010 р.
Протокол № 1/2010

Доповіді:

Проф. Кризь-Пугач А. П., д-р мед. наук Гук Ю. М., Чеверда А. І. (ДУ “ІТО АМН України”) *“Лікування вивиху стегна у дітей зі спинномозковою грижею”*.

Представлено власний досвід консервативного та хірургічного лікування 29 хворих з вивихом стегна на ґрунті спинномозкової грижі. Авторами на підставі патомеханогенезу формування вивиху стегна на ґрунті спинномозкової грижі виділено дві групи хворих: з диспластично-паралітичним (18 хворих) та паралітичним (11 хворих) вивихом стегна.

Розроблені показання та протипоказання, особливості консервативного та хірургічного лікування вивиху стегна.

Наведені клінічні приклади наочно показують важливість та необхідність лікування цієї патології з метою поліпшення якості життя пацієнтів, створення умов до їх самостійного пересування та самообслуговування.

Проф. Левицький А. Ф., канд. мед. наук Бешко О. В., Пляцек В. А., канд. мед. наук Карabenюк О. В., лікарі Водяницький С. Л., Копил Л. Г. (НМУ ім. О. О. Богомольця, лікарня ОХМАТДИТ) *“Вибір*

типу та обсягу інструментації при оперативному лікуванні грудного ідіопатичного сколіозу (Lenke I)”.

У доповіді визначені межі інструментації викривлень хребта при 1-му типі ідіопатичного сколіозу за рекомендацією L. Lenke, що були запропоновані для хірургічного лікування хворих із цим типом деформації та власний досвід.

Матеріал роботи: 65 хворих 1А (+,N,-) – 15 хворих (24%), 1В (+,N,-) – 23 хворих (35%), 1С (+,N,-) – 27 хворих (41%); серед них жіночої статі – 47, чоловічої статі – 18. Вік хворих – від 10 до 18 років (середній вік – 14,7 років).

Мінімальний період спостереження – 2 роки.

Ускладнення:

- явище “adding-on” – 6 випадків (9%);
- інфікування післяопераційних ран – 5 випадків (7%);
- ексудативні плеврити (після торакопластик) – 17 випадків (26%).

Резюме. Основним критерієм для визначення верхнього рівня інструментації є неструктурність верхньої грудної дуги при кінцевому хребці Th₄; у випадку з нижнім рівнем є визначення стабільного хребця як за допомогою передньо-задньої спондилограми, так і на основі результатів “бендінг”-тестів з урахуванням величини поперекової дуги та ротації тіл поперекових хребців.

Засідання 2

10 березня 2010 р.
Протокол № 2/2010

Доповіді:

Канд. мед. наук Гошко В. Ю., лікар Мороз Д. М. (ДУ “ІТО АМН України”) *“Хірургічне лікування фіброзної дисплазії проксимального відділу стегнової кістки”*.

Представлено досвід хірургічного лікування 15 пацієнтів (16 стегон) з фіброзною дисплазією проксимального кінця стегнової кістки.

При варусних деформаціях у всіх випадках виконували Y-подібну остеотомию за Pauwels.

Для вирівнювання довжини кінцівок у 3 пацієнтів проведено вкорочення протилежного стегна, а в одному випадку подовжено гомілку.

В усіх пацієнтів відновлено функцію та опороздатність кінцівки.

Проф. Сташкевич А. Т., канд. мед. наук Шевчук А. В., канд. мед. наук Улещенко Д. В., канд. мед. наук Вовк М. М. (ДУ "ІТО АМН України") *"Диференційна діагностика гематогенного остеомієліту хребта з іншими спонділітами"*.

Представлена диференційна діагностика гематогенного остеомієліту хребта. Актуальність проблеми обґрунтована пізнім установленням правильного діагнозу:

- для гострого перебігу – в середньому – 1–2 місяці;
- для первинно хронічного – 4–5 місяців, що зумовлює вирішення проблеми діагностики з метою скорочення термінів лікування.

Найбільшу чутливість мали магнітно-резонансна томографія та радіоізотопна скінтиграфія, але при цьому специфічність методик не була достатньо високою.

Найбільшу специфічність, близько 100%, мали мікробіологічний та патоморфологічний методи досліджень, але ці методики є доступними тільки при виконанні біопсії.

Авторами удосконалена диференційно-діагностична таблиця, яка враховує 54 критерії діагностики і дозволяє з достатньо високою вірогідністю ($65 \pm 8\%$, $r=0,85$) установити правильний діагноз та скоротити терміни діагностики. Проте в складних випадках остаточний діагноз установили лише за даними мікробіологічного та патоморфологічного дослідження вогнища ураження.

*Голова товариства проф. А. П. Лябах
Секретарь канд. мед. наук Р. В. Лучко*

Шановні передплатники!

7 квітня 2010 року розпочинається передплата на журнал **"Вісник ортопедії, травматології та протезування"** на II півріччя 2010 року!

Оформити передплату можна за "Каталогом видань України".

Здійснити передплату за цим каталогом можна у будь-якому поштовому відділенні України. Крім того, оформити передплату можна, скориставшись послугою "Передплата on-line" на корпоративному сайті підприємства www.presa.ua.

*вул. Петрозаводська, 2а, м. Київ, Україна, 03999
ДП "Преса", відділ передплати
тел.: (044) 289-04-13, 249-50-45
тел./факс: (044) 289-07-74
www.presa.ua*

Адреса редакції: 01054, м. Київ, вул. Воровського, 27. Тел.: (044) 486-42-49, 486-35-55, тел./факс (044) 486-66-28, e-mail: atou@ukr.net
Засновники та їх адреса: ВГО "Українська Асоціація ортопедів-травматологів", ВГО "Українська Асоціація спортивної травматології, хірургії колінного суглоба та артроскопії", ДУ "Інститут травматології та ортопедії АМН України",
01054, м. Київ, вул. Воровського, 27.

Видається 4 рази на рік. Мова видання: українська, російська, англійська.
Сфера розповсюдження – загальнодержавна.

Зав. редакцією – *Захарченко В. Ф.* Комп'ютерна верстка – *Скорина Ф. Б.*
Переклад англійською – *Сивак Н. І.* Коректор – *Демченко Л. Є.*

Підписано до друку 30.03.2010 р. Наклад 1000 прим. Ціна договірна.

Верстка та друк: ТОВ "Лазурит-Поліграф", тел. (044) 417-21-70