

ЗВІТ ПРО РОБОТУ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ОСЕРЕДКУ ВГО “УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ” ЗА 2017 РІК

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

Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці для дорослих в ОКУ ЛШМД (професор Васюк В.Л. – зав. кафедри травматології та ортопедії БДМУ, зав. відділення, Яким'юк Д.І. – головний позаштатний ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА).

З доповідями виступили:

Гудза І.М. – професор, д. мед. н., зав. кафедрою загальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету. Проблеми венозного тромбоемболізму в ортопедії та при травмах кінцівок.

Представлена статистика та наведені дані по венозному тромбоемболізму у світі. Надані дані протоколів по профілактиці тромбоемболізму в ортопедії, травматології та хірургії на рівні доказовості при травмах різних сегментів. Продемонстровано калькулятор оцінки стану хворого до тромбозу та планування оперативного 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.

У даний час у м. Чернівці та області працюють 103 ортопеда-травматолога. Вищу категорію мають 48, першу – 19, другу – 16. Ліжковий фонд складає 316 ліжок: для дорослого населення – 271, для дітей – 45. Ортопедичних ліжок – 55, кістково-гнійних – 10. У м. Чернівці функціонують два ортопедо-травматологічних відділення: 60 ліжок в обласній комунальній установі “Лікарня швидкої медичної допомоги”, 45 ліжок в ОКУ “Обласна клінічна лікарня”. Крім того, ортопедо-травматологічні хворі лікуються у приватній клініці “Angelholm” – 90 ліжок та військовому госпіталі – 15. Чернівецька область має 11 районів – 166 ліжок. Поліклінічний огляд і лікування хворих проводиться у 5 спеціалізованих кабінетах поліклінік міста та 11 спеціалізованих кабінетах поліклінік області. У 2016 році зареєстровано всього 57 224 травм, серед яких більшість склали побутові. Захворювання кістково-м'язової системи зафіксовано у 121 004 випадках. У місті та області взято курс на покращення кваліфікації ортопедів-травматологів на різних курсах: курси АО, майстер-класи на місцевому, республіканському та міжнародних рівнях (Австрія, Франція, Чехія, Німеччина, Швеція, Китай). У районах області потрібно більш ретельно підходити до диспансеризації хворих із наслідками травм та захво-

руваннями опорно-рухового апарату (остеоартроз, остеохондроз, сколіотична хвороба, вроджений вивих стегна, клишоногість, ампутаційні кукуси і др.).

Мартинів 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 “Лікарня швидкої медичної допомоги” функціонує дитяче ортопедо-травматологічне відділення на 45 ліжок та цілодобовий спеціалізований дитячий травм пункт. З метою покращення якості надання невідкладної допомоги при гострій травмі у дітей постраждали направляються на лікування в ортопедо-травматологічне відділення ОКУ “Лікарня швидкої медичної допомоги”. В поодиноких випадках ургентна допомога дітям може надаватися у районах області травматологами, які пройшли спеціалізацію по дитячій травматології та ортопедії. Плануються проходження місячних курсів ортопедів-травматологів області на базі дитячого ортопедо-травматологічного відділення м. Чернівці (на робочому місці).

Черней В.Д., Васюк В.Л., Яким'юк Д.І. Застосування виробів Чернівецького приватного підприємства інвалідів (ЧППІ) “Опора” в лікуванні ортопедичних хворих.

ЧППІ “Опора” займається виготовленням протезів верхніх та нижніх кінцівок, ортезів, коректорів постави, корсетів “Шено”, комірців “Шанця”, ортопедичного взуття та ортопедичних устілок. Підприємство “Опора” було засновано у 2002 році. У даний момент до його складу входять три дільниці – Чернівецька, Харківська та Тернопільська. Працівники постійно проходять курси стажування та підвищення кваліфікації в Інституті ортопедії (м. Харків), Польщі, Німеччині, Литві. Проводяться виготовлення протезів при куках стегна, гомілки, верхніх кінцівок. Автор зупиняється на модульних ортезах на нижні кінцівки, а також на протезах із силіконовим вкладишем. Особливу увагу приділено косметичним протезам на верхні кінцівки, ортезам, кор-

сетам, коректорам постави. Крім того, розглянуті питання виготовлення головоутримувачів, ортопедичних устілок, ортопедичного взуття. Автором надані дані щодо показань до застосування корсетів типу “Шено” (жорсткі) при сколеотичних деформаціях хребта.

Васюк В.Л., Коваль О.А. Малоінвазивний остеосинтез переломів пілона.

Складні внутрішньосуглобові переломи дистального метаепіфіза кісток гомілки зі зміщенням відламків мають назву “переломи пілона”. Ці переломи потребують детального вивчення, особливо це стосується питання кровообігу після отриманої травми. Основними механізмами виникнення цих переломів є травма водіїв або пасажирів автомобіля під час дорожньо-транспортних пригод і падіння з висоти. Як правило, подібні переломи зустрічаються в осіб молодого і середнього віку. Для таких травм характерні фрагментація кістки зі значним зміщенням відламків і утворенням її дефектів у метаепіфізарній зоні з різного роду пошкодженнями суглобової поверхні, м'яких тканин і судинно-нервового пучка. Характерно, що дані переломи досить часто є компонентом політравми. Авторами проведено аналіз лікування 327 пацієнтів із переломами в ділянці гомілковостопного суглоба (43 і 44 сегментів за АО), наводяться 111 випадків успішного лікування переломів пілона, в зв'язку з тим, що застосовувались малоінвазивні методи остеосинтезу: накладання апаратів зовнішньої фіксації, використання спиць Кіршнера та Ілізарова після закритої репозиції уламків із застосуванням гіпсової пов'язки. Хворих із відкритими переломами було – 55, із закритими – 56. При відкритих переломах пілона проводилась ПХО ран та утримання співставлених уламків апаратами зовнішньої фіксації. Ускладнень при наведених випадках не відмічалось.

Літовський О.В. – представник компанії “World Medicine”. Метаболічна терапія при захворюваннях опорно-рухового апарату.

Автор висвітлив цілий ряд медикаментозних засобів (протекта, хондройтин сульфат, глюкозаміна сульфат, кальцій, вітамін Д3, метилсульфонілметан, марганця глюконат дигідрат), які впливають на регенерацію хрящової та кісткової тканин і одночасно позитивно діють на протизапальні, протибільові та метаболічні процеси. Ретельно автором дана характеристика та засоби застосування і показники до них всіх вищезазначених медичних препаратів для лікування хворих ортопедо-травматологічного профілю.

Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В. Проблема ревізіяного ендопротезування кульшового суглоба при септичних ускладненнях.

Зростання кількості операцій первинного ендопротезування кульшового суглоба у світі та й в Україні неминуче призводить до збільшення абсолютної кількос-

ті ускладнень, зокрема, перипротезної інфекції (ППІ). За даними сучасної літератури, її частота становить від 3 до 7%. Найуспішнішою тактикою лікування ППІ кульшового суглоба лишається двоетапне ревізіяне ендопротезування, яке вперше описане Insall у 1983 р. В Україні цей метод не набув широкого розповсюдження і потребує подальшого вивчення та вдосконалення. Автори діляться досвідом успішного лікування 69 хворих, оперованих у медичному Центрі травматології та ортопедії м. Чернівці за період з 2011 по 2016 роки, яким було виконано двоетапне ревізіяне ендопротезування. Середній вік хворих був від 22 до 81 року. Чоловіків було 28, жінок – 41. Інтраопераційно застосовували: максимальну хірургічну очистку від некротизованих тканин; тотальне видалення компонентів ендопротезу, гвинтів, зламаних конструкцій, цементу; використання системи пульс-лаваж та великих об'ємів фізіологічного розчину (3-5 літрів), декасану та анілінових барвників для промивання “відносно здорових” тканин; очистку кісток від біоплівки (до появи роси); ушивання без використання внутрішніх швів або вікрилу, просоченого антибіотиком. Автори удосконалили методику двоетапного ревізіяного ендопротезування кульшового суглоба за рахунок 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 по шкалі Harris Hip Score склала 87,18±6,44 балів.

Яким'юк Д.І., Брагарь О.А., Зінченко А.Т., Глігор О.Ф. Транспедиккулярна фіксація хребта при компресійних переломах тіл хребців.

Автори надають класифікацію переломів поперекового та грудного відділів хребта по F. Magerl і Я.Л. Цив'яну. Група А – пошкодження, що виникають внаслідок стиснення (компресії). А1 – клиновидний вколочений перелом із деформацією не більше 5 градусів. А2 – переломи з розколом у фронтальній чи коронарній площині, проникаючі переломи. А3 – вибухові переломи. Характерними рисами є зміщення відламків від центру до периферії. Група В – пошкодження, що виникають внаслідок надмірного розтягнення. В1 – розрив заднього зв'язкового комплексу з поперечним розривом диску з вивихом у дуговідросчатих суглобах. Можливе поєднання з переломом тіла типу А. В2 – розрив хребетного стовпа з пошкодженням кісткових структур. В3 – розгинальний розрив диску з пошкодженням задніх відділів. Група С – пошкодження, що виникають внаслідок ротації. Група С – пошкодження, що виникають внаслідок ротації. С2 – пошкодження типу В із ротацією. С3 – ротаційне пошкодження зі зсувом. Показники для оперативного втручання: зміщення хребців і дисків; дегенеративні процеси в хребті; нестабільність хребетного стовпа; руйнування дисків; прогресуючий сколіоз або кіфоз; компресійні перело-

ми; стеноз спинно-мозкового каналу. Протипоказаннями для оперативного лікування є: ожиріння; вагітність; прогресуючий остеопороз; інфекційні захворювання; підвищена чутливість пацієнта до чужорідних тіл. Наведено декілька випадків, коли хворим проводилася транспедикулярна фіксація при компресійних переломах тіл хребців. Користувалися конструкціями Харківського науково-дослідного інституту травматології та ортопедії. 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 вдавлення суглобової поверхні плато кістки, що в більшості класифікацій є імпресійно-компресійним переломом. Ціллю лікування переломів проксимальної частини великогомілкової кістки є відновлення конгруентності суглобової поверхні, правильності осьових взаємовідношень, забезпечення стабільності та функції колінного суглоба. Автори наводять дані лікування 60 пацієнтів із переломами даної локалізації за останні 5 років. Серед них із переломами типу 41-А (1, 2, 3) – 8 пацієнтів, 41-В (1, 2, 3) – 30 пацієнтів, 41-С (1, 2, 3) – 22 пацієнта. Усі пацієнти лікувались оперативним методом: остеосинтез стрижневим апаратом зовнішньої фіксації було виконано 3-м пацієнтам, остеосинтез пластиною з кутовою стабільністю та гвинтами – 48-ми пацієнтам, остеосинтез спонгіозними гвинтами – 9-м пацієнтам. 72% пацієнтів прооперовано в перші дві доби після отриманої травми, 28% пацієнтів прооперовано через 10-12 днів із моменту травми. Було проаналізовано віддалені результати 98% пацієнтів, що лікувались малоінвазивним методом остеосинтезу виростків великогомілкової кістки без артротомії колінного суглоба, з яких у 76% пацієнтів встановлено добрі, а у 24% пацієнтів – задовільні результати.

Яким'юк Д.І., Бугай Р.І., Гусаківський І.В., Рибак М.І. Клінічний випадок лікування високоенергетичних переломів кісток тазу.

Перелом кісток тазу належить до найбільш важких пошкоджень опорно-рухового апарату. При ізольованому типі травми 30% з усіх хворих поступають у стаціонар у стані травматичного шоку. Якщо у пацієнта множинний перелом тазу, шок спостерігається практично у всіх потерпілих, при цьому летальність досягає 20%. Нерідко така травма супроводжується внутрішньою кровотечею, що і є причиною смерті при несвоєчасному наданні медичної допомоги. Автори наводять класифікацію переломів кісток тазу звичайну (ізолювані переломи кісток тазу; переломи кісток тазу без порушення тазового кіль-

ця; переломи кісток тазу із порушенням тазового кільця; переломи вертлюжної заглибини; переломи кісток тазу з пошкодженням тазових органів) та за АО (переломи типу А, В, С). Автори наводять приклад лікування складного перелому кісток тазу. Хворий поступив після автошляхової пригоди з діагнозом: політравма, ЗЧМТ, струс головного мозку, закритий розрив крижово-клубового з'єднання зліва, закритий скалковий перелом здухвинної кістки зліва, перелом обох лобкових та сідничних кісток, перелом II-IX ребер зліва, перелом тіла лівої лопатки, перелом типу 61С1. Хворому проведено оперативне втручання: після відкритого співставлення переломів лобкових, сідничних та здухвинних кісток проведено остеосинтез гвинтами та пластинами. Оперативне втручання проведено доступом Стоппа (розріз шкіри виконується по серединній лінії живота починаючи 2-3 см нижче пупка і 1 см вище симфіза), який відкриває доступи до передніх відділів переломів тазового кільця і вертлюгової западини. Ускладнень після оперативного втручання не було, рани загоїлися в оптимальні строки, хворий знаходиться 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. Враховуючи характер захворювання, вік хворого, дані анамнезу, лабораторних та інструментальних методів обстеження хворому показано оперативне лікування: ендопротезування кульшових суглобів імплантатами безцементного типу фіксації. Операція виконана послідовно (спочатку на лівому кульшовому суглобі, а потім на правому). Післяопераційний період без ускладнень, на 10-й день пересувається самостійно на милицях.

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 з запрошенням ортопедів-травматологів не тільки з усіх областей України, а також із таких країн, як Німеччина, Швеція, Чехія, Молдова. Створено оргкомітет із проведення конференції, призначено осіб, відповідальних за прийом матеріалів та підготовку до публікації робіт у збірнику та фахових журналах.

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

Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці (професор Васюк В.Л. – зав. кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії БДМУ, зав. відділення, Яким'юк Д.І. – головний позаштатний ор-

топед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА).

З доповідями виступили:

Проценко В.В. – д. мед. н., ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, **Чорний В.С.** – к. мед. н., асистент кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Первинні пухлини кісток і суглобів, принципи діагностики і лікування.

Автори зупинились на історичних аспектах вивчення та діагностики первинних пухлин кісток і суглобів. У XIX сторіччі особлива увага приділялась гістологічним дослідженням (у 1840 році Аган описав кісткову саркому, яка потім отримала назву хордоми; у 1845 році Інтер описав множинну мієлому; у 1868 році Нелатон серед остеопластичних пухлин виділяє гігантоклітинну пухлину (остеобластокластоми); у 1930 році Фелістер в окрему групу виділяє ретикулоклітинну саркому (остеогенна саркома). XX століття характеризується рентгенологічним напрямком вивчення кісткових пухлин і їх систематизації. Серед вітчизняних вчених, які внесли значний внесок у вивченні пухлин кісток, необхідно відзначити (О.А. Рустичького, Т.П. Виноградова, М.В. Волкова, Д.Г. Рохліна, Н.П. Новаченко, В.Д. Чаплина, Н.Н. Трапезнікова, І.Т. Книша). Була висвітлена класифікація доброякісних та злоякісних пухлин та їх діагностика з використанням рентгенографії, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, ультразвукового дослідження, сонографії, ангіографії, адіонуклідного дослідження, біопсії і патоморфологічного дослідження, стеральної пункції, позитронно-емісійної томографії (ПЕТ). Автори зупинились на методах лікування пухлин, основними з яких були хірургічні втручання та консервативні методи (хіміотерапія, променева терапія, медикаментозна). Крім того, автори зупинились на комбінованих методах лікування (хіміотерапія, хірургічне втручання) та комплексних (хірургія, хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія, радіоізотопи). При хірургічних методах лікування у даний час після широкої радикальної резекції кістки для поліпшення якості життя хворих використовують заміщення її дефекту ендопротезами або металевими імплантатами, кістковим цементом, ауто- або алотрансплантатом, металоостеосинтез накістковими пластинами, інтрамедулярними стержнями або АЗФ. Автори ретельно зупинились на особливостях лікування всіх нозологій пухлин і доброякісних, і злоякісних як оперативними, так і комбінованими та консервативними методами, навели статистичні дані відділених результатів.

Проценко В.В. – д. мед. н., ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, **Чорний В.С.** – к. мед. н., асистент кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Метастатичні пухлини кісток, методи лікування.

Метастатичні ураження кісток супроводжуються довготривалим болем, який виснажує пацієнта, призводить до розвитку переломів, значного погіршення якості і зменшення тривалості життя та є несприятливим прогностичним фактором для пацієнтів. Найчастіше метастатичне ураження кісток (за даними літератури) спостерігається при раку молочної залози, раку передміхурової залози, множинній мієломі, раку щитоподібної залози, раку нирки, легені, прямої кишки, яєчника. Вони займають третє місце в структурі захворювань після метастатичного ураження легень і печінки. Середня тривалість життя пацієнтів із метастатичним ураженням кісток коливається від 6 до 35 місяців. Автори зупиняються на характеристичні метастатичних пухлин у різні сегменти скелету, які рентгенологічно і гістологічно поділяються на остеолітичні (75%), остеобластні (5%) і змішані (20%). Особливе значення приділяється комплексним методам лікування метастатичних пухлин, серед яких локальна (хірургічна і променева терапія) і системна терапія (хіміотерапія; гормонотерапія; імунотерапія, бісфосфонати, радіоізотопи) займають провідне місце. Підтримуюча терапія, так звана *supportive care* (анальгетики, психологічна і соціальна допомога), також має місце. Хірургічне лікування хворих із метастатичним ураженням кісток дає можливість ранньої активізації та покращення якості життя даної категорії пацієнтів, при цьому використовуються новітні технології: заповнення дефекту кістки керамічними матеріалами, аутотрансплантатами. У показаних випадках проводяться ендопротезування, накладання апаратів зовнішньої фіксації (перевага надається апарату Костюка), заміщення плечової кістки індивідуальним імплантатом та імплантатом типу “спейсер”. Автори використовували також армований металоостеосинтез, пункційну вертебропластику та транспедикулярну фіксацію хребта. Консервативне лікування базувалось на індивідуальних підходах до кожного пацієнта, враховуючи нозологію пухлини та її особливості.

Івашук О.І. – д. мед. н., професор, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я за фахом “Онкологія”. Доброякісні та злоякісні пухлини опорно-рухового апарату. Метастатичні ураження опорно-рухового апарату.

Дана нозологічна характеристика доброякісних і злоякісних пухлин опорно-рухового апарату, а також статистичні дані метастатичних уражень. Автор наводить основні статистичні показники хірургічного та променевого лікування хворих з онкопатологією опорно-рухового апарату в Чернівецькій області. Найчастіше метастатичні ураження кісток зафіксовані у жінок при пухлинах молочних залоз, у чоловіків при пухлинах передміхурової залози.

Коваль Г.Д. – д. мед. н., професор кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології БДМУ. Особливості імунодіагностики та імунокорекції при

запальних захворюваннях кісток та суглобів. При запальних захворюваннях кісток та суглобів відмічається різке підвищення ШОЕ, співвідношення Тх/Тс.

Васюк В.Л. – д. мед. н., професор, 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 Cadaver courses у м. Грац, Австрія у вересні 2017 р. Для ортопедів-травматологів м. Чернівці та області стало традицією проходити тематичні стажування (Cadaver courses) в Австрії (м. Грац). На вересень 2017 р. була запланована поїздка 8 ортопедів-травматологів на наступні курси: “Хірургічні доступи при різноманітних пошкодженнях кісток тазу”; “Накістковий та внутрішньокістковий остеосинтез переломів кісток кінцівок”.

Засідання проводилось **1 грудня 2017 р.** на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці.

Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці (професор Васюк В.Л. – зав. кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії БДМУ, зав. відділення, Яким'юк Д.І. – головний позаштатний ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА).

Презентація фірми “Санофі”.

З доповідями виступили:

Диб'як Ю.М. – доцент кафедри загальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету. Проблема судинно-хірургічної патології в ортопедії та при травмах кінцівок.

Автор зупинився на питаннях пошкодження судин верхніх та нижніх кінцівок при закритих і відкритих переломах трубчатих кісток.

Ткач Є.П. Лікування остеоартриту. Нові можливості НПЗП.

Ключовим фактором розвитку остеоартритів є запалення синовіальної оболонки суглобів. При цьому важливу роль відіграють також мікротравми та ревматоїдні процеси. Запалення синовіальної оболонки є причиною деструкції хрящової тканини, кісткових ерозій, формування остеофітів і розвитку деформації суглобів. Автор зупиняється на статистичних даних остеоартритів: ними хворіють 48-60% працездатних осіб. Особливу увагу приділено діагностиці остеоартриту і виявленню його стадій. При цьому відмічається запізнення медичної допомоги через пізні звернення: на I стадії ОА – 1%; на II стадії – 18%; на III стадії – 81% па-

цієнтів. Через те, що більшість пацієнтів не звертається на ранніх стадіях до лікаря, вони не можуть отримати структурно-модифікуючу терапію. Лікування остеоартритів проводиться з урахуванням фенотипів суглобів та диференційованої фармакотерапії. Автор наводить дані по застосуванню різних препаратів для лікування остеоартритів згідно з вимогами Європейського товариства клінічних та економічних аспектів остеоартриту та остеопорозу (ESCEO, 2016). Основними нестероїдними протизапальними препаратами є: селективні інгібітори ЦОГ-1 (низькі дози ацетилсаліцилової кислоти); неселективні інгібітори ЦОГ1+ЦОГ2 (диклофенак, індометацин, лорноксикам, ібупрофен, напроксен); частково селективні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід); високоспецифічні інгібітори ЦОГ-2 (целекоксиб, еторикоксиб); селективні інгібітори ЦОГ-3 (парацетамол). У даний час найбільш селективним нестероїдним протизапальним препаратом є аркоксиа (еторикоксиб). Автор виділяє 4 рівні формування больового синдрому: нервові закінчення (трансдукція); периферичні нерви, сплетіння (трансмсія); задні роги спинного мозку (модуляція); стовбур мозку та кінцевий мозок (перцепція). На рівні трансдукції діють НПЗП, на рівні трансмісії діють місцеві анестетики (регіональні блокади, епідуральна анестезія), на рівні модуляції діють опіоїди, парацетамол, аркоксиа, на рівні перцепції діють психотропні засоби. Автор проаналізував захворювання на остеоартрит і робить наступні висновки: хронічний ноцицептивний біль має 2 механізми: периферична та центральна сенситизація. Раціональним підходом у лікуванні хронічного больового синдрому є застосування НПЗП із подвійним (центральним і периферичним) механізмом дії – еторикоксибу (аркоксиа). У клінічних дослідженнях у пацієнтів із хронічним болем при ОА та АС еторикоксиб (аркоксиа) був ефективним у тих пацієнтів, які не дали відповідь на традиційні НПЗП; застосування еторикоксибу (аркоксиа) для тривалого знеболення тим більше обґрунтовано, що, на відміну від традиційних НПЗП, препарат має сприятливий профіль ЖК і СС ризику і не перешкоджає антитромбоцитарній дії аспірину

Васюк В.Л. – д. мед. н., професор, голова Чернівецького обласного осередку Української асоціації ортопедів-травматологів.

Інформація про участь у конференції “Первинне та ревізійне ендопротезування суглобів”, присвяченої 110-річчю від дня заснування Харківського інституту патології хребта і суглобів.

Дудко О.Г., Яким'юк Д.І., Горпенюк О.В., Коваль О.А. (доповідач – Дудко О.Г. – к. мед. н., доцент кафедри травматології та ортопедії ВДНЗУ БДМУ). Звіт про участь у навчальних Cadaver courses, організованих АО Trauma Europe (м. Грац, Австрія, 10-15 вересня 2017 р.).

Ортопеди-травматологи БДМУ та ОКУ “ЛШМД” м. Чернівці у період із 10.09.2017 р. по 15.09.2017 р.

відвідали анатомічний інститут медичного університету м. Грац та взяли участь у навчальних курсах АО Trauma “Принципи оперативного лікування переломів”, “Доступи й остеосинтез на анатомічних препаратах”, “Принципи остеосинтезу переломів кісток у період росту”, які були проведені на його базі.

Під час участі у низці практичних семінарів та воркшопів, проведених на анатомічних препаратах, було відпрацьовано та вдосконалено методики оперативних втручань на різних сегментах верхніх і нижніх кінцівок, тазу з застосуванням сучасних фіксаторів. Проведено ознайомлення з сучасними методами викладання та організації навчального процесу викладачами медичного університету м. Грац, зокрема з застосуванням телевізійної апаратури, анатомічних препаратів різних локалізацій, штучних кісток із модельованими переломами, “кісткових пазлів”. У подальшому сучасні методики оперативного лікування переломів були впроваджені в клінічну практику лікувальних закладів міста Чернівці та Чернівецької області. Досягнуто домовленість про співпрацю з анатомічним інститутом і відділенням травматології та ортопедії медичного університету м. Грац щодо розробки спільних навчальних проєктів 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 поїздку на стажування по хірургії хребта на Cadaver courses у м. Грац, Австрія, у вересні 2017 р.

На курси поїхало 8 ортопедів-травматологів із травматологічного відділення для дорослих ОКУ “Лікарня швидкої медичної допомоги” м. Чернівці. Cadaver courses були присвячені пошкодженням довгих кісток верхніх і нижніх кінцівок, внутрішньосуглобовим переломам, пошкодженням хребта та кісток тазу. Освоєні новітні методики остеосинтезу та хірургічні доступи при пошкодженнях різної локалізації.

Яким'юк Д.І., Горпенюк О. В. Нові підходи до хірургічного лікування переломів кісток тазу.

Автори зупинились на оперативних методах лікування при важких пошкодженнях кісток тазу (групи В і С), особливу увагу було приділено хірургічним доступам “стопа” і “вікно”. Доступ “стопа” полягає в передньо-нижній лапаратомії з ревізією кісток тазу, а “вікно”

робиться в ділянці здухвинної кістки (крило). Наведено 2 клінічних приклади післяоперативного втручання указаними методами при пошкодженнях таза групи С із позитивними найближчими результатами.

Яким'юк Д.І., Брагарь О.А., Булавук І.А., Копильців В.В. Застосування транспедикулярної фіксації хребта в лікуванні нестабільного остеохондрозу.

Під нестабільністю хребта розуміють зайву рухливість його сегментів відносно один одного, в результаті чого хребет втрачає здатність зберігати нормальне положення і співвідношення між сегментами під час рухів або у спокої. Це визиває різкий біль при ході (стартова біль), приступи болю при опусканні і випрямлянні ніг в положенні лежачи, головокружіння, головний біль, напругу в м'язах потилиці. Для діагностики нестабільного остеохондрозу застосовують наступні види досліджень: загальноклінічні, рентгенологічні (функціональні знімки), МРТ хребта, КТ хребта, електроміографії. Показаннями до оперативного втручання є зміщення одного хребця щодо іншого на 2-4 мм, вперед або назад. Оперативне лікування проводиться з застосуванням транспедикулярної фіксації. Автори ретельно висвітлюють методику оперативного втручання: через педікули (ніжки) в тіло хребця вводять титанові гвинти, які з'єднуються між собою кріпленнями, отримується жорстка конструкція, що створює для сегмента хребта надійну опору.

Застосування цієї методики значно скорочує термін лікування пацієнта в стаціонарі, а також період непрацездатності та подальшої реабілітації.

Кваснюк Д.І. – к. мед. н., асистент кафедри травматології та ортопедії. Інформація про стажування на курсах АО в Польщі (м. Познань, 8-9 вересня 2017 р.) та Хорватії (м. Загреб, 14-15 жовтня 2017 р.). Курси АО Spine, Degenerative Spine, Cadaver courses, присвячені хірургії дегенеративних захворювань хребта. Місце проведення Poznan, Poznan Lab. Опрацьовані тактики доступи, хірургічні методики на трупах. Напрацьовані методи TLIF, PLIF.

Курси АО Recon Knee and Hip arthroplasty в м. Загреб.

Курси АО присвячені основам первинного та ревізійного ендопротезування колінного та кульшового суглобів. На муляжах відпрацьовані сучасні методики ендопротезування колінного та кульшового суглобів.

Голова засідання: Голова обласного осередку Української асоціації ортопедів-травматологів Чернівецької області, зав. кафедри травматології та ортопедії БДМУ, В.Л. Васюк, д. мед. н., професор

Почесний секретар засідання: Заслужений лікар України, доцент кафедри травматології та ортопедії А.Т. Зінченко

Секретар засідання: лікар ортопед-травматолог ЛШМД О.В. Горпенюк