

## ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ) И ДЕФОРМАЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

А.Г. Баиндурашвили, К.С. Соловьева, А.В. Залетина, Ю.А. Лапкин

ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера» Минздрава России,  
Санкт Петербург, РФ

---

*Представлены результаты анализа данных государственной статистической отчетности Минздрава России, информационно-аналитического центра Федерального генетического регистра и мониторинга врожденных пороков развития (ВПР), Диагностического (медико-генетического) центра Санкт-Петербурга. Установлено, что в рамках класса XVII «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» МКБ-10 доля врожденных аномалий (пороков развития) и деформаций костно-мышечной системы (КМС) составляет 20–22%, а доля детей-инвалидов — 25–28%. В родильном доме аномалии КМС выявляются с частотой 4,0–4,5 на 1000 новорожденных. Изучена и сопоставлена частота и структура аномалий КМС у новорожденных и у детей-инвалидов СПб. Количество детей-инвалидов с различными нозологическими формами ВПР КМС меняется с возрастом, что отражает как прогрессирование заболевания, развитие рецидивов деформаций, так и эффективность проводимого лечения. Показатели распространенности и данные о структуре различных форм ВПР могут быть использованы для прогнозирования инвалидности, при планировании потребности в лечении и реабилитации.*

**Ключевые слова:** врожденные аномалии, пороки развития, деформации, костно-мышечная система, распространенность, структура, новорожденные, дети-инвалиды.

### *Congenital Abnormalities (developmental defects) and Musculoskeletal System Deformities in Children*

*A.G. Baindurashvili, K.S. Solov'yova, A.V., Zaletina, Yu.A. Lapkin*

*The Turner Scientific and Research Institute for Children's Orthopedics,  
Saint-Petersburg, Russia*

*Data of RF Health Ministry official statistics, Federal Genetic Register and Congenital Defects Monitoring Center, and St. Petersburg Diagnostic (Medical Genetic) Center were analyzed. It is stated that within XVII Class of ICD-10 «Congenital abnormalities (developmental defects), deformities and chromosomal disorders» congenital malformations (developmental defects) and musculoskeletal system (MSS) deformities make up 20–22% and handicapped children account for 25 – 28%. The rate of MSS abnormalities diagnosed in maternity hospitals is 4.0–4.4 per 1000 of newborns. Rate and structure of MSS malformations in newborns and handicapped children was studied and compared. The number of handicapped children with various forms of MSS congenital developmental defects changes with age that reflects both progression of disease and deformity relapse as well as treatment efficacy. Rate indices and data on the structures of various forms of congenital developmental defects may be used for disability prognostication when planning the requirements in treatment and rehabilitation.*

**Key words:** congenital malformations, developmental defects, deformities, musculoskeletal system, rate, structure, newborns, handicapped children.

---

В структуре заболеваемости детей, среди причин младенческой смертности и детской инвалидности врожденные аномалии (пороки развития) занимают значительное место. Описаны многочисленные варианты и многообразные формы врожденных пороков развития (ВПР), которые локализуются в разных органах и системах организма, имеют различную степень тяжести и темпы прогрессирования, могут быть изолированными и множественными, распространенными и редки-

ми, выявляются у новорожденных или в более позднем возрасте, имеют различный прогноз для жизни и интеграции в общество. Лечение, воспитание и образование детей с пороками развития требуют огромных финансовых затрат государства и родственников ребенка, значительных усилий медиков, психологов и других специалистов и полностью изменяет образ жизни семьи, что определяет медико-социальную значимость проблемы ВПР у детей.

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), все врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения выделены в отдельный XVII класс (Q00–Q99). В зависимости от локализации ВПР разделены на блоки: ВПР нервной системы (Q00–Q07), ВПР глаза, уха, лица и шеи (Q10–Q18), ВПР системы кровообращения (Q20–Q28), расщелины губы и неба (Q35–Q37), ВПР органов пищеварения (Q38–Q45), ВПР половых органов и мочевыделительной системы (Q50–Q64), врожденные аномалии и деформации костно-мышечной системы (Q65–Q79) и другие ВПР и хромосомные нарушения (Q80–Q99).

Государственная статистическая отчетность Министерства здравоохранения России и субъектов Российской Федерации представляет данные, которые характеризуют XVII класс в целом, что затрудняет анализ статистического материала из-за объединения показателей распространения и структуры различных форм врожденных аномалий развития. Разнородность группы больных с ВПР не позволяет использовать имеющуюся информацию при планировании потребности в лечении и реабилитации, для прогнозирования инвалидности.

Целью исследования явился анализ статистических данных по XVII классу МКБ-10, характеризующих распространенность и структуру врожденных аномалий (пороков развития) и деформаций костно-мышечной системы (КМС) у детей Санкт-Петербурга (СПб).

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были использованы данные государственной статистической отчетности Минздрава России за 2009–2012 гг., статистические данные ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Комитета по здравоохранению СПб 2011–2012 гг., статистические данные информационно-аналитического центра Федерального генетического регистра и мониторинга ВПР за 2009–2011 гг., сведения СПб ГКУЗ «Диагностический (медико-генети-

**Табл. 1.** Встречаемость всех ВПР и ВПР обязательного учета у новорожденных в России и в СПб в 2009–2011 гг.

Год	Общее число новорожденных	Число детей с ВПР	Частота ВПР на 1000 новорожденных	Число детей с РПК	Частота РПК на 1000 новорожденных
<i>Россия</i>					
2009	924475	21077	22,80	250	0,27
2010	947276	19837	20,94	269	0,28
2011	851788	19752	23,19	301	0,35
<i>Санкт-Петербург</i>					
2009	53090	1115	21,00	13	0,24
2010	55974	1043	18,63	13	0,23
2011	54913	1164	21,20	13	0,24

ческий) центр» за 2009–2012 гг. Использованы собственные данные по выборочному исследованию специализированной помощи детям-инвалидам с ВПР КМС в лечебных учреждениях СПб.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Показатели частоты ВПР определяются в разных возрастных группах, но наиболее часто проводится мониторинг новорожденных, так как аномалии развития проявляются характерными анатомическими нарушениями, что позволяет поставить первичный диагноз в родильном доме более чем в половине случаев [1].

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 10.09.98 «О мониторинге врожденных пороков развития у детей» на базе Московского НИИ педиатрии и детской хирургии с 1999 г. работает информационно-аналитический центр Федерального генетического регистра и мониторинга ВПР. В Центр поступают сведения из 40 регионов России о мониторинге новорожденных и о зарегистрированных у них случаях всех ВПР (Q00–Q99). В 2009–2012 гг. ВПР по классу XVII в России выявляли с частотой 21–23 на 1000 новорожденных. При этом в зависимости от региона показатели различались довольно сильно: от менее 10‰ в Костромской и Архангельской областях, в Ставропольском крае, Кабардино-Балкарии до 40–47‰ в Ивановской области, Красноярском крае, республиках Алания-Осетия, Чувашия, Саха.

Кроме того, в Центр представляются сведения о частоте ВПР обязательного учета. В этот перечень входят 22 группы нозологических форм ВПР, которые отличаются простотой и однозначностью диагностики. Из аномалий КМС регистрации подлежат «Редукционные пороки конечностей (РПК)» (Q71–Q73). Это дефекты, сопровождающиеся укорочением верхней и нижней конечности из-за полного или частичного отсутствия сегментов конечности или продольного укорочения одной из костей. В год по России регистрируют около 300 детей с редукционными пороками, что составляет 0,27–0,35 на 1000 новорожденных (табл. 1).

Показатели распространенности ВПР у новорожденных в СПб близки к средним по России (см. табл. 1).

В СПб ВПР у новорожденных регистрируют с 1986 г. в Диагностическом (медико-генетическом) центре, по данным которого у новорожденных 2009–2012 годов рождения доля пороков КМС составляла 21,8% среди всех пороков XVII класса. Врожденные пороки развития КМС по частоте являются распространенными пороками и находятся на втором месте после врожденных пороков сердца.

Большинство ВПР КМС являются изолированными. При множественных пороках развития других областей пороки развития КМС иногда являются сопутствующими аномалиями. Они более чем в половине случаев сопровождают атрезию пище-

вода, аноректальные аномалии, грыжу пупочного канатика [1].

По результатам мониторинга 233 841 новорожденного 2009–2012 годов рождения было зарегистрировано 1056 случаев ВПР КМС, что составило в среднем 4,51 случая на 1000 новорожденных. На основании этих данных были изучены распределение ВПР КМС по нозологическим формам в соответствии с МКБ-10 и проанализирована структура аномалий развития КМС и их встречаемость (табл. 2).

Наиболее достоверными можно считать сведения о ВПР КМС, которые проявляются явными ортопедическими деформациями и диагностируются в родильном доме. Это деформации стопы, полидактилия, синдактилия, редукционные пороки конечностей и отдельные ВПР, имеющие характерную клиническую картину. При деформации бедра, ВПР позвоночника и грудной клетки и ряде ВПР, которые проявляют себя в более старшем возрасте, уточнение диагноза происходило в процессе углубленного обследования у ортопеда после выписки из родильного дома и в период дальнейшего роста ребенка.

Врожденные деформации бедра в родильных домах были зарегистрированы в 0,6‰ наблюдений. Анализ данных литературы и клинической практики позволяет считать этот показатель заниженным [2]. В старших возрастных группах статистика изменяется. Это связано с тем, что в первые месяцы жизни ребенка диагноз устанавливают специалисты-ортопеды на основании данных ортопедического осмотра, ультрасонографии и рентгенологического обследования. По данным

Минздрава России, показатель первично зарегистрированной врожденной деформации бедра, включая вывихи, подвывихи и дисплазии тазобедренного сустава, в России составляет 18,6 случая на 1000 детского населения. К сожалению, разбросы показателей распространенности деформаций бедра в федеральных округах России (от 9,3 до 27,4‰) делают эти цифры недостаточно достоверными и косвенно свидетельствуют о некачественной диагностике этой патологии, причем может иметь место как гипер-, так и гиподиагностика врожденной патологии бедра. Окончательный диагноз должен быть подтвержден или снят в первые два месяца жизни на основании данных ортопедического осмотра и ультрасонографии. По инициативе главного детского травматолога-ортопеда Комитета по здравоохранению СПб А.Г. Баиндурашвили группа детских травматологов-ортопедов — сотрудников НИДОИ им. Г.И.Турнера с 2000 г. по заявкам неонатологов родильных домов проводила ортопедический осмотр новорожденных группы риска с использованием УЗИ тазобедренных суставов. Это позволило уточнять диагноз и рано начинать адекватное лечение [2].

Врожденные деформации стопы наблюдались чаще всего — у 1 ребенка из 1000 новорожденных. Почти одинаково часто регистрировали косолапость и другие варианты патологии стоп.

Частота врожденной кривошеи у новорожденных составила 0,08‰. Этот диагноз нелегко поставить в первые дни жизни ребенка, и повышение его встречаемости с возрастом является ожидаемым и закономерным.

**Табл. 2.** Структура ВПР КМС, выявленных и зарегистрированных у новорожденных 2009–2012 годов рождения в СПб

Код по МКБ-10	ВПР КМС	Всего случаев ВПР КМС	Удельный вес ВПР КМС у новорожденных, %	Показатель ВПР КМС на 1000 новорожденных
Q65	Деформации бедра	140	13,3	0,60
Q66	Деформации стопы	253	24,0	1,08
Q67	Деформации головы, лица, позвоночника и грудной клетки	17	1,6	0,07
Q68	Другие врожденные костно-мышечные деформации	35	3,3	0,15
Q69	Полидактилия	231	21,9	0,98
Q70	Синдактилия	250	23,7	1,06
Q71	Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность	33	3,1	0,14
Q72	Дефекты, укорачивающие нижнюю конечность	12	1,1	0,05
Q73	Дефекты, укорачивающие конечность неуточненные	4	0,4	0,04
Q74	Другие ВПР конечностей	25	2,4	0,11
Q76	ВПР позвоночника и костей грудной клетки	34	3,2	0,15
Q77	Остеохондродисплазия с дефектами роста трубчатых костей и позвоночника	6	0,6	0,02
Q78	Другие остеохондродисплазии	8	0,7	0,03
Q79	ВПР, неклассифицированные в других рубриках	8	0,7	0,03
Всего...		1056	100	4,51

Примечание. Названия ВПР КМС приведены так же, как и в статистических материалах СПб ГКУЗ «Диагностический (медико-генетический) центр».

Довольно распространенными ВПР КМС можно считать полидактилию и синдактилию (см. табл. 2). Статистические данные не позволяют судить о чрезвычайно разнообразной клинической картине, тяжести этих деформаций и о потребности в хирургической коррекции патологии. Обращает внимание, что частота поражения пальцев стоп в два раза превышает таковую пальцев кисти.

Показатель распространенности редукционных пороков конечностей у новорожденных СПб составил 0,23–0,27%, причем верхние конечности поражались чаще нижних.

В структуре аномалий блока Q76 пороки развития позвоночника и ребер регистрировали одинаково часто.

За 4 года среди 233 841 новорожденного были выявлены единичные случаи таких редких пороков КМС, как врожденный множественный артрогрипоз (4), ахондроплазия (6), несовершенный остеогенез (6), фокомелия (2).

Изолированные ВПР КМС относятся к порокам средней тяжести, так как не являются причиной младенческой смертности. Однако стойкие функциональные и анатомические нарушения опорно-двигательного аппарата являются частой причиной инвалидности.

По данным обращаемости детей 0–17 лет в лечебные учреждения СПб весь класс врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений занимает 12-е ранговое место, а как причина обращаемости выступает в 1,5% случаев. Показатель общей заболеваемости ВПР составляет 47,1, первичной — 12,0 на 1000 детей соответствующего возраста. В 2008–2012 гг. инвалидность детей СПб в возрасте от 0 до 17 лет по классу XVII составляла 16,7–18% и занимала 3-е ранговое место среди всех заболеваний, явившихся причиной инвалидности. По данным педиатрической медико-социальной экспертизы (МСЭ) СПб доля детей-инвалидов с пороками развития КМС составляет до 28% в классе XVII.

Таким образом, ВПР КМС обуславливают возникновение как первичной, так и повторно установленной инвалидности у детей намного чаще, чем при болезнях КМС (3,7%) и при травмах (1% среди всех причин инвалидности) [3].

С целью выяснения структуры инвалидности у детей с ВПР КМС проведено выборочное обследование 226 детей-инвалидов, находящихся на диспансерном учете у детских ортопедов 20 поликлиник СПб (табл. 3) [3]. Были выявлены следующие нозологические формы (в порядке уменьшения встречаемости): деформации стопы; дефекты, укорачивающие верхнюю конечность; врожденные деформации бедра; остеохондродисплазия с дефектами роста костей и позвоночника; врожденные аномалии позвоночника и костей грудной клетки; дефекты, укорачивающие

нижнюю конечность. Тяжелые пороки развития кисти и стопы, которые были неоднократно оперированы, нередко регистрировались как редукционные пороки конечностей или как дефекты, укорачивающие верхнюю и нижнюю конечности, что искажало статистические данные. В диспансерной группе только 18% детей получили первично категорию «ребенок-инвалид», а у 82,3% срок инвалидности продлевался или определялся сразу на срок до 16 лет. Это свидетельствует о том, что в детской популяции накапливается контингент детей с ВПР КМС [4]. Возможно, что часть детей-инвалидов с врожденной патологией по достижении ими 18 лет будет признана инвалидами детства.

Среди пациентов было на 15% больше мальчиков, а число детей без учета вида порока развития в возрастных группах 5–9, 10–14 и 15–17 лет оказалось примерно одинаковым. Группа детей-инвалидов до 5 лет была несколько меньшей. Для отдельных нозологических единиц четко прослеживалось распределение детей-инвалидов по возрасту. Так, если среди детей-инвалидов от 0 до 4 лет доля обследованных с деформациями стоп составила 12,9%, то в возрастной группе от 5 до 9 лет она достигала 40,3%. Это объяснимо, так как именно в этом интервале наблюдается максимальное число рецидивов, а возможности оперативного лечения ограничены. В дальнейшем, когда появляются условия для более широкого применения костно-пластических операций, количество детей-инвалидов уменьшается. В группе с врожденными аномалиями позвоночника и грудной клетки число больных-инвалидов с возрастом увеличивалось с 11,1 до 44,4% в связи с прогрессированием патологии. В старших возрастных группах с различными формами остеохондродисплазий число инвалидов увеличивалось с 5–14 до 47,3–71,4%. Это отражает прогрессирующий характер данных заболеваний и малую эффективность существующих методов лечения (особенно при остеохондродисплазиях). При полидактилиях и синдактилиях инвалидность устанавливалась редко, так как эти деформации, как правило, хорошо поддаются раннему оперативному лечению и не нарушают самообслуживание ребенка.

Педиатрические бюро МСЭ СПб выдают индивидуальные программы реабилитации ребенку-инвалиду, которые обеспечивают постоянное лечение. В процессе диспансеризации у районных ортопедов практически все дети с ограниченными возможностями получали курс комплексной реабилитации в амбулаторных или стационарных условиях. Реконструктивно-восстановительное оперативное вмешательство потребовалось у 7% пациентов. При необходимости дети с ограниченными возможностями были обеспечены протезами, ортезами, обувью и техническими средствами реабилитации.

**Табл. 3.** Структура нозологических форм ВПР КМС у детей-инвалидов, которые находились на диспансерном наблюдении ортопедов детских поликлиник Санкт-Петербурга в 2011 г.

Нозологические формы	Код по МКБ-10	Всего ВПР КМС	Удельный вес ВПР КМС, %	Мальчи-ки	Девоч-ки	Возраст, годы				Инвалидность	
						0-4	5-9	10-14	15-17	первич-но	повтор-но
Врожденные деформации бедра (вывих, подвывих)	Q65	32	14,2	5	27	8	10	5	9	7	25
Врожденные деформации стопы (косолапость, вальгусная и плоская стопа)	Q66	62	27,4	47	15	8	25	16	13	8	54
Врожденные костно-мышечные деформации позвоночника и грудной клетки	Q67	6	2,6	3	3	-	2	2	2	2	4
Другие врожденные костно-мышечные деформации (кривошея, искривление костей, деформация суставов)	Q68	3	1,3	2	1	-	1	-	2	1	2
Полидактилия	Q69	1	0,4	1	-	-	-	1	-	-	1
Синдактилия	Q70	3	1,3	2	1	3	-	-	-	3	-
Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность	Q71	53	23,5	30	23	9	13	18	13	8	45
Дефекты, укорачивающие нижнюю конечность	Q72	16	7,1	7	9	3	5	4	4	-	16
Другие врожденные аномалии конечностей (в том числе артрогрипоз)	Q74	12	5,3	4	8	6	2	2	2	6	6
Врожденные аномалии позвоночника и костей грудной клетки	Q76	9	4,0	4	5	1	1	4	3	1	8
Остеохондродисплазия с дефектами роста костей и позвоночника	Q77	19	8,5	10	9	1	4	5	9	2	17
Другие остеохондродисплазии	Q78	7	3,1	4	3	1	1	-	5	1	6
Пороки развития нескольких систем (синдром Марфана)	Q87	3	1,3	2	1	-	-	2	1	1	2
Всего...		226	100	121 (53,5%)	105 (46,5%)	42 (18,6%)	62 (27,4%)	59 (26,1%)	63 (27,9%)	40 (17,7%)	186 (82,3%)

### ВЫВОДЫ

1. Врожденные аномалии и деформации КМС обнаруживаются у 4,0-4,5 новорожденных из 1000 родившихся в СПб. Доля ВПР КМС среди всех пороков класса XVII составляет 20-22%.

2. Стойкие функциональные и анатомические нарушения при ВПР КМС являются частой причиной инвалидности. Удельный вес инвалидности вследствие пороков развития КМС в классе XVII в СПб составляет 25-28%. Количество детей-инвалидов с различными нозологическими формами ВПР КМС меняется с возрастом, что отражает прогрессирование заболевания, развитие рецидивов деформаций и эффективность проводимого лечения.

3. Получение данных о распространенности и структуре ВПР КМС детского населения представляется весьма актуальным в связи с распространенностью данной патологии и высокой степенью инвалидизации детей. Статистика ВПР КМС поможет определить потребность пациентов в диаг-

ностике, лечении, реабилитации и профессиональном образовании.

4. Рекомендуем внести в официальную форму статистической отчетности по классу XVII блоки ВПР различных органов и систем.

### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Красильников В.В., ред. Аномалии развития: Иллюстрированное пособие для врачей. СПб.: Фолиант; 2007 [Krasil'nikov V.V., ed. Developmental defects: Illustrated manual for physicians. St. Petersburg: Foliant; 2007 (in Russian)].
2. Баиндурашвили А.Г., Кенис В.М., Чухраева И.Ю. К вопросу о ранней диагностике патологии опорно-двигательной системы у новорожденных детей. Травматология и ортопедия России. 2009; 3: 108-10 [Baindurashvili A.G., Kenis V.M., Chukhraeva I.Yu. To a question on early diagnostics of pathology of the musculoskeletal system at newborns. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2009; 3: 108-10 (in Russian)].
3. Баиндурашвили А.Г., Соловьева К.С., Залетина А.В. Инвалидность детского населения России вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы. Генный ортопедии. 2013; 1: 5-8 [Baindurashvili A.G.,

Solov'yova K.S., Zaletina A.V. Disability of Russia children population due to injuries and diseases of the locomotor system. *Geniy ortopedii*. 2013; 1: 5–8 (in Russian)].

4. Гришина Л.П., Рахеев А.М. Анализ первичной инвалидности вследствие врожденных аномалий у детей

Российской Федерации в динамике за 2001–2008 гг. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2010; 2: 29–31 [Grishina L.P., Rakheev A.M. Analysis of primary disability resulting from congenital abnormalities in children of Russian Federation in dynamics for 2001 – 2008. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2010; 2: 29–31 (in Russian)].

**Сведения об авторах:** Баиндурашвили А.Г. — доктор мед. наук, проф., чл.-корр. РАМН, директор НИДОИ им. Г.И. Турнера; Соловьева К.С. — канд. мед. наук, доцент, рук. научно-организационного отдела; Залетина А.В. — канд. мед. наук, старший науч. сотр. научно-организационного отдела; Лапкин Ю.А. — канд. мед. наук, доцент, вед. науч. сотр. научно-организационного отдела.

**Для контактов:** Соловьева Карина Суреновна. 196603, Санкт-Петербург, Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68. Тел./факс: +7 (812) 465–56–84. E-mail: omoturner@mail.ru.

## ЕВГЕНИЙ ШАЛВОВИЧ ЛОМТАТИДЗЕ

10 июля 2014 г. после тяжелой продолжительной болезни ушел из жизни заведующий кафедрой травматологии и ортопедии факультета последипломного образования медицинских работников Российского университета дружбы народов, профессор Евгений Шалвович Ломтатидзе.

Евгений Шалвович родился 29.10.1948 в послевоенном Сталинграде. В 1972 г. окончил Волгоградский государственный медицинский институт, позже — субординатуру и интернатуру по специальности «хирургия». Его профессиональную ориентацию во многом определила мать — Антонина Ивановна Баландина, которая прошла всю Великую отечественную войну, будучи военно-полевым хирургом, а в мирное время работала доцентом в Волгоградском мединституте и возглавляла клинику травматологии и ортопедии в одной из городских больниц.

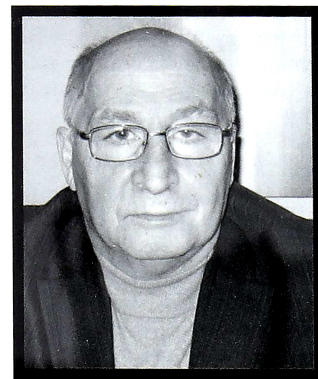
После действительной военной службы в рядах Советских вооруженных сил, где он работал врачом, Евгений Шалвович занимал должность хирурга в отделении травматологии и ортопедии в МСЧ завода «Красный Октябрь».

С 1981 по 1984 г. работал в составе группы советских врачей в Народной республике Ангола ортопедом-травматологом, обеспечивая необходимую медицинскую помощь местному населению, выступая на научно-практических конференциях советско-кубинских врачей, за что неоднократно был награжден почетными дипломами. За образцовое выполнение служебных обязанностей и интернационального долга награжден грамотой Посольства СССР в Народной республике Ангола.

В 1989 г. в ЦИТО им Н.Н. Приорова защитил кандидатскую диссертацию «Патологическая функциональная перестройка костной ткани у спортсменов и артистов балета», а в 2000 г. — докторскую диссертацию «Комплексный подход в диагностике и лечении плечелопаточного болевого синдрома (клинико-экспериментальное исследование)». В 2002 г. получил ученое звание профессора.

В течение 12 лет (с 1994 по 2006 г.) он возглавлял кафедру травматологии, ортопедии с военно-полевой хирургией в Волгоградском государственном медицинском университете. С 1994 г. под его непосредственным руководством в Волгограде началась работа по организации медицинской деятельности, связанной с эндопротезированием крупных суставов. Е.Ш. Ломтатидзе стал инициатором проведения систематических наблюдений и статистического учета результатов эндопротезирования и внедрения реестра пациентов, у которых оценивали функциональное состояние и качество жизни до и после оперативного вмешательства. Он стал пионером в области формирования системы взаимодействия органов здравоохранения, муниципальных медицинских уч-

реждений, страховых организаций и предприятий коммерческого сектора по финансированию дорогостоящих высокотехнологичных операций эндопротезирования. При его непосредственном участии разработана нормативно-правовая база финансирования подобных операций за счет бюджетных средств, которая позволила сделать их конкурентоспособными и доступными для всех слоев населения.



За короткий срок в Волгограде он выполнил более 200 операций по эндопротезированию тазобедренных и плечевых суставов. Е.Ш. Ломтатидзе проводил широкую научную и общественную работу, являясь членом Ученых советов лечебного факультета, НИИ клинической и экспериментальной ревматологии, вице-президентом Ассоциации травматологов и ортопедов Волгограда, председателем квалификационной подкомиссии по сертификации врачей-травматологов, членом редколлегии журнала «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова». За заслуги в области здравоохранения, многолетний добросовестный труд и в связи с 70-летним юбилеем Волгоградского медицинского университета награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

С 2006 г. перешел на работу в Москву на должность профессора кафедры травматологии и ортопедии РУДН. С 2010 г. возглавил кафедру травматологии, ортопедии и артрологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН.

Под его научным руководством защищены 8 кандидатских диссертаций. Было опубликовано более 200 печатных работ, включая монографии, статьи, тезисы, учебники и учебно-методические пособия по травматологии и ортопедии.

Евгений Шалвович был верным служителем и проповедником травматологии и ортопедии. К нему шли пациенты, тянулась молодежь: студенты, ординаторы и аспиранты; был он почитаем среди молодых специалистов и маститых коллег. Огромный врачеватель, педагогический и научный опыт позволял ему быть наставником и советником в самых непростых ситуациях.

Горько сознавать, что больше мы не увидим его добрую улыбку, не услышим яркие выступления на заседаниях кафедры, диссертационных советах и научно-практических форумах травматологов-ортопедов.

Выражаем самые искренние соболезнования семье, родственникам, знакомым, друзьям и товарищам незабвенного Евгения Шалвовича. Память о нем навсегда останется в сердцах тех, кто имел честь знать его.

Сотрудники кафедры травматологии и ортопедии РУДН,  
редколлегия журнала «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», друзья, коллеги