

© Коллектив авторов, 2010

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТРАВМ И БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

С.Н. Миронов, Н.А. Еськин, Т.М. Андреева

ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова
Росмедтехнологий», Москва

Представлена динамика травматизма и заболеваемости болезнями костно-мышечной системы в разных возрастных группах населения Российской Федерации за последние 10 лет. Отмечена некоторая стабилизация уровня травматизма у взрослых и стойкое повышение его у детей и подростков. Динамика заболеваемости болезнями костно-мышечной системы во всех группах населения характеризовалась постоянным ростом. Предложены основные пути совершенствования амбулаторной травматолого-ортопедической помощи.

Ключевые слова: травматизм, заболеваемость болезнями костно-мышечной системы, амбулаторная помощь травматолого-ортопедическим больным.

Specialized Traumatologic and Orthopaedic Care for Outpatients with Injuries and Bone-Muscular Diseases

S.P. Mironov, N.A. Es'kin, T.M. Andreeva

Dynamics of traumatism and bone-muscular pathology among various population groups for the last 10 years is presented. Certain stabilization of injury rate in adults as well as continuous increase of injury rate in children and adolescents is noted. Rate of bone-muscular diseases is constantly increasing in all population groups. Principal ways for the perfection of outpatient trauma and orthopaedic care are proposed.

Key words: outpatient traumatologic care, injury rate, outpatient orthopaedic care.

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации одним из приоритетов государственной политики провозглашено сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи [1]. В этой связи существенных изменений требует амбулаторная специализированная помощь травматолого-ортопедическим больным. Социальные последствия травм и заболеваний костно-мышечной системы значительны как в экономическом, так и в медико-демографическом плане из-за тяжести патологии, длительности реабилитационного периода, высокой частоты выхода на инвалидность, больших затрат на лечение.

Динамика травматизма и заболеваемости болезнями костно-мышечной системы по данным обращаемости за последние 10 лет свидетельствует о том, что эти два класса болезней продолжают оставаться серьезным фактором негативного влияния на состояние здоровья населения. Травмы и болезни костно-мышечной системы в структуре заболеваемости устойчиво занимают третье место после болезней органов дыхания и кровообращения.

В течение года на долю этих заболеваний приходится до 30% всех дней временной потери трудоспособности. По показателю первичной инвалидности травмы и заболевания костно-мышечной системы занимают третье место после болезней системы кровообращения и новообразований. За последние 10 лет этот показатель увеличился в 1,4 раза, составив в общей структуре первичной инвалидности около 18%. В структуре причин накопленной инвалидности последствия травм, отравлений и воздействия других внешних причин стоят на втором месте, уступая только болезням системы кровообращения. В 2003 г., по данным В.П. Лунева [2], на их долю приходилось 21,7%, в том числе среди лиц трудоспособного возраста — 23,5%, среди лиц пенсионного возраста — 20,7%.

В период с 1999 по 2008 г. показатель травматизма среди взрослого населения увеличился на 5,1%. Основной прирост зафиксирован в течение 1999–2002 гг. (с 84,0 до 88,0‰). В последующие годы уровень травматизма колебался в пределах 88,0–88,6‰. Травматизм у детей (0–14 лет включительно) за этот же период увеличился с 87,6‰ (1999 г.) до 108,8‰ (2008 г.), т.е. прирост в среднем составлял 2,4% в год. Постоянный и более быстрый

рост травматизма отмечен у подростков (15–17 лет включительно): с 101,0‰ (1999 г.) он повысился до 140,3‰ (2008 г.), ежегодно увеличиваясь на 3,9% (табл. 1). На протяжении всего периода наблюдения травматизм по его видам и характеру повреждений как у взрослых, так и у детей сохранял свою структуру независимо от величины интенсивного показателя. По-прежнему преобладают травмы, полученные в быту и на улице, до 30% повреждений составляют раны и ушибы.

Заболеваемость болезнями костно-мышечной системы в течение последнего десятилетия во всех возрастных группах характеризовалась устойчивым ростом (табл. 2). У взрослых распространенность патологии костно-мышечной системы повысилась с 90,2‰ (1999 г.) до 131,3‰ (2008 г.). Это означает, что за год данный показатель увеличивался в среднем на 4,5%. Заболеваемость детского населения болезнями костно-мышечной системы характеризовалась ежегодным приростом на 6,4%. В 1999 г. этот показатель был равен 49,8‰, в 2008 г. — 81,8‰. Значительно выросла заболеваемость болезнями костно-мышечной системы у подростков: с 90,1‰ (1999 г.) до 154,3‰ (2008 г.), т.е. ежегодный прирост составлял в среднем 7,1%.

В 2008 г. в Российской Федерации за медицинской помощью по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин обратилось свыше 13 млн пострадавших, из них 77% составили взрослые и 23% — дети и подростки (от 0 до 17 лет включительно). В том же году было зарегистрировано более 15 млн взрослых с патологией костно-мышечной системы, свыше 800 тыс. подростков и 1,7 млн детей с костно-мышечными заболеваниями.

Следует отметить, что истинная заболеваемость населения болезнями костно-мышечной системы и уровень травматизма значительно выше тех показателей, которые регистрируются медицинскими учреждениями. Это объясняется тем, что число ортопедических больных и больных, пострадавших

от травм, представленное государственной статистикой, формируется по обращаемости больных за медицинской помощью. В этой ситуации огромное значение имеют такие факторы, как доступность медицинской помощи и отношение населения к своему здоровью, определенную роль играет и качество статистического учета. О.П. Щегин и В.А. Медик [5] на примере Новгородской области показали, что «исчерпанная» заболеваемость болезнями костно-мышечной системы превышает данные официальной статистики в 2,8 раза.

Сопоставление уровней обращаемости и госпитализации по поводу травм и болезней костно-мышечной системы в 2008 г. показывает, что только 18% пострадавших от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (18,7% взрослых и 15,4% детей) и 7,8% больных с костно-мышечными заболеваниями (8,5% взрослых и 4,0% детей) были госпитализированы. Два этих показателя, характеризующих процент госпитализированных больных по поводу травм и заболеваний костно-мышечной системы, являются достаточно постоянными и практически не меняются на протяжении последних 10 лет. Это означает, что 82% пострадавших от травм и 92,2% больных с патологией костно-мышечной системы получают лечение в амбулаторных условиях. Большинство больных, выписанных из стационара, заканчивают лечение в поликлинических учреждениях. Диспансеризация больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы, проведение профилактических осмотров населения также входят в обязанности специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений. Таким образом, на амбулаторно-поликлинические учреждения возлагается существенная часть общего объема травматологической и ортопедической помощи населению.

Постоянно в центре внимания местных органов здравоохранения находится только неотложная помощь при травмах и некоторых других последствиях воздействия внешних причин. Амбу-

Табл. 1. Динамика травматизма среди взрослых, подростков и детей (1999–2008 гг.)

Группа населения	Показатели травматизма (на 1000 соответствующего населения)									
	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Взрослые	84,0	86,0	87,4	88,0	88,5	88,0	87,3	86,9	88,6	88,6
Подростки	101,0	102,0	106,4	108,4	111,2	116,7	120,2	124,5	134,5	140,3
Дети	87,6	93,5	94,6	98,5	98,6	101,3	104,2	103,7	108,1	108,8

Табл. 2. Динамика распространенности болезней костно-мышечной системы среди взрослых, подростков и детей (1999–2008 гг.)

Группа населения	Показатели распространенности болезней костно-мышечной системы (на 1000 соответствующего населения)									
	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Взрослые	90,2	95,5	99,6	98,7	106,3	109,7	113,4	123,1	127,3	131,3
Подростки	90,1	96,3	102,1	112,4	123,3	129,2	137,5	142,0	149,9	154,3
Дети	49,8	54,1	57,4	63,8	76,5	77,2	79,1	85,5	81,9	81,8

латорная травматологическая помощь представлена в том или ином виде в каждом городе или районе. На сегодняшний день существуют различные формы организации этой помощи. В крупных городах имеются круглосуточные или сменные травматологические пункты для взрослых и детей, которые созданы либо при крупных поликлиниках, либо при многопрофильных больницах. Кроме того, в ряде поликлиник городов и городских поселений функционируют приемы травматологов-ортопедов, общих хирургов, а для детского населения — приемы детских хирургов. В сельской местности пострадавшие от травм получают медицинскую помощь, как правило, у хирургов — либо в поликлиниках, либо в приемных отделениях больниц.

Многообразие форм организации амбулаторной травматологической помощи объясняется, по-видимому, местными условиями. В данных официальной статистики все типы подразделений объединены в одну группу — травматолого-ортопедические отделения (кабинеты). Число таких подразделений меняется из года в год. Так, в 2002 г. функционировало 2609 травматолого-ортопедических отделений (кабинетов), в 2004 г. — 2597, в 2005 г. — 2615, в 2007 г. — 2501, в 2008 г. — 2562. Выявить какую-либо связь между числом этих подразделений и уровнем травматизма не удастся.

Деятельность травматолого-ортопедических отделений (кабинетов), как уже отмечалось выше, сосредоточена на оказании неотложной помощи больным с травмами и последствиями воздействия некоторых других внешних причин, на долечивании больных, проживающих в зоне обслуживания данного травматолого-ортопедического отделения (кабинета), после оказания им первой помощи или выписки из стационара. Высокий уровень травматизма влечет за собой большую нагрузку на травматологов-ортопедов первичного звена, и диспансерное наблюдение за больными с последствиями травм осуществляется крайне слабо. В среднем на диспансерном учете находятся 2% больных, получивших травмы опорно-двигательного аппарата.

В отличие от амбулаторной травматологической помощи, специализированной амбулаторной помощи больным с заболеваниями костно-мышечной системы на муниципальном уровне практически не существует. Единственным объяснением этому является то, что смертность от ортопедических заболеваний минимальна, а постоянный рост заболеваемости и инвалидности не расценивается как важная проблема. В штате амбулаторно-поликлинических учреждений должность травматолога-ортопеда для приема взрослых больных с патологией костно-мышечной системы не выделена. Прием этих больных осуществляют хирурги, неврологи, ревматологи, терапевты и прочие специалисты. Отсутствие доступной специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи, предусматривающей консультации и лечение боль-

ных с патологией костно-мышечной системы, приводит к тому, что более 30% больных с впервые установленным диагнозом имеют выраженную стадию остеоартроза и других дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Подростки, страдающие сколиозом, при переводе по достижении 18 лет во взрослые поликлиники становятся «взрослыми» больными и остаются без наблюдения и адекватного лечения. В отчетах внештатных специалистов в диспансерных группах больные сколиозом не значатся. Вместе с тем исследования, выполненные в ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, показали, что практически 1/3 больных, обратившихся за помощью к специалистам по поводу проблем с позвоночником, страдают сколиозом. В возрасте 30–40 лет у этих больных появляются боли в позвоночнике вследствие вторично развивающегося остеохондроза. Отсутствие адекватного лечения на местах приводит к прогрессированию деформации, сопровождающемуся нарушениями со стороны других органов и систем организма.

Многие больные в течение нескольких лет лечатся у неврологов по поводу болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника. Как правило, больному ставится диагноз остеохондроза позвоночника, а назначенное лечение направлено на устранение болевого синдрома. Однако причиной пояснично-крестцового болевого синдрома, помимо остеохондроза, могут быть и фасеточный синдром поясничного отдела позвоночника (спондилоартроз), и спондилолиз, и лигаментопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза. Травматологами-ортопедами разработаны алгоритмы диагностики этих состояний, а также консервативные и малоинвазивные хирургические методы их лечения, которые недостаточно востребованы практической медициной [3].

Еще одной важной проблемой в травматологии и ортопедии является остеопороз. Официальный показатель распространенности остеопороза среди взрослого населения в России значительно ниже, чем в других развитых странах, и колеблется от 0,5 до 67,4 на 10 000 взрослого населения. В отдельных субъектах страны в течение года выявляется лишь 8–12–14 больных остеопорозом. Сопоставление данных о частоте типичных для остеопороза переломов костей, выявленных в ходе эпидемиологических исследований в ряде городов России, и данных о заболеваемости остеопорозом в тех же городах позволяет с большой долей вероятности утверждать, что во многих случаях заболевание остается нераспознанным.

Отсутствие врачей травматологов-ортопедов в амбулаторно-поликлинических учреждениях отражается и на качестве диспансерного наблюдения за больными с заболеваниями костно-мышечной системы. В среднем под диспансерным наблюдением находятся 7,5% от общего числа таких больных, обратившихся за медицинской помощью.

Специализированную ортопедическую помощь детям только в крупных городах можно отнести к числу хорошо отработанных специализированных видов медицинской помощи, организованных по типу районных служб. В областных и крупных районных центрах прием могут вести детские травматологи-ортопеды или детские хирурги. Однако в ряде территорий помощь детям с патологией костно-мышечной системы оказывают взрослые травматологи-ортопеды или общие хирурги, зачастую не имеющие необходимой подготовки в этой области. Организация специализированной помощи в малых городах и сельской местности существенно отличается от таковой в административных центрах. В амбулаторно-поликлиническом звене диспансерное наблюдение за больными с последствиями травм практически не обеспечивается: только 1,7% детей и 1,9% подростков, получивших травмы, находятся на диспансерном наблюдении. Профилактические осмотры детского населения в большинстве случаев проводятся формально и не всегда квалифицированно. Частота выявленных при профилактических осмотрах нарушений осанки в среднем всего в 2 раза превышает частоту выявленных сколиозов, что говорит либо о гипердиагностике сколиоза, либо о недиагностированных случаях нарушений осанки. В последние годы все чаще стали выполняться операции по поводу врожденного вывиха бедра и косолапости у детей на первом году жизни. Это является косвенным подтверждением того, что травматологи-ортопеды не в полной мере владеют методами консервативного лечения указанных заболеваний.

Согласно данным официальной статистики, в амбулаторно-поликлинических учреждениях по штатному расписанию выделено для взрослого и детского населения 5979 врачей травматологов-ортопедов, что составляет 0,4 должности врача на 100 000 населения. Даже при условии, что все штатные должности заняты, обеспеченность населения врачами травматологами-ортопедами не соответствует потребности в квалифицированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи. Кроме того, амбулаторно-поликлиническая служба в настоящее время имеет слабую материально-техническую базу, возможности для реабилитации травматолого-ортопедических больных здесь практически полностью отсутствуют.

Для рациональной организации травматолого-ортопедической помощи необходимо определение перспективной потребности в ней населения с учетом ожидаемого уровня травматизма и заболеваемости болезнями костно-мышечной системы. Нуждаемость населения в амбулаторно-поликлинической помощи определяется числом посещений, включая обращения больных в поликлинику и посещения их врачом на дому. Последний показатель составляет менее 1% от общего числа лечившихся в поликлинике, и при расчетах им можно пренебречь. Нуждаемость в амбулаторной меди-

цинской помощи определяется также средним числом посещений в связи с заболеванием. Характер травм, среди которых более 40% расцениваются как относительно легкие, влияет на показатель среднего числа посещений на одного больного. Экспертными оценками установлено среднее число посещений по поводу травм, которое составляет 3,5 для взрослых и 3,2 для детей. При болезнях костно-мышечной системы этот показатель равен 3,6 для взрослых и 3,3 для детей [4]. На основании установленной нормы нагрузки врача на 1 ч амбулаторного приема и числа дней работы в году определяется совокупный объем для приема травматологических и ортопедических больных. Зная уровень травматизма и показатель распространенности болезней костно-мышечной системы, можно определить нуждаемость в должностях травматологов-ортопедов для организации амбулаторной травматолого-ортопедической помощи взрослому и детскому населению. Ориентировочно для взрослого населения необходим 1 травматолог-ортопед на 25 000 взрослого населения для оказания травматологической помощи и 1 травматолог-ортопед на 16 000 для оказания ортопедической помощи. Для детского населения необходим 1 травматолог-ортопед на 16 000 детского населения для оказания травматологической помощи и 1 травматолог-ортопед на 15 000 для оказания ортопедической помощи.

Изучение распространенности травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин и болезней костно-мышечной системы в период с 1994 по 2008 г. показало, что динамика травматизма и ортопедической заболеваемости характеризуется экспоненциальной зависимостью. С использованием метода наименьших квадратов был сделан прогноз для показателей травматизма в будущих периодах (2009–2014 гг.) (рис. 1). Согласно проведенным расчетам, в 2010 г. показатель травматизма у взрослых составит $87,01 \pm 2,71\%$, у подростков — $157,0 \pm 1,48\%$, у детей — $111,9 \pm 1,24\%$. К 2014 г. травматизм у взрослых останется на том же уровне — $87,01 \pm 2,71\%$, у подростков он увеличится до $207,45 \pm 1,48\%$, у детей — до $116,62 \pm 1,23\%$. Таким образом, к 2014 г. уровень травматизма у взрослых практически не изменится, а у подростков и детей возрастет по сравнению с 2008 г. соответственно на 32,4 и 7,2%.

Прогнозируемые показатели заболеваемости болезнями костно-мышечной системы в 2010 г. составят для взрослого населения $139,1 \pm 2,41\%$, для подростков — $161,4 \pm 3,1\%$, для детей — $89,8 \pm 14,7\%$ (рис. 2). К 2014 г. эти показатели, если не будут предприняты радикальные меры по оздоровлению населения, будут продолжать расти и достигнут у взрослого населения $183,0 \pm 2,41\%$, у подростков — $187,8 \pm 3,1\%$, у детей — $101,3 \pm 14,7\%$.

Следует признать, что существующая в настоящее время амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь населению не может в полной

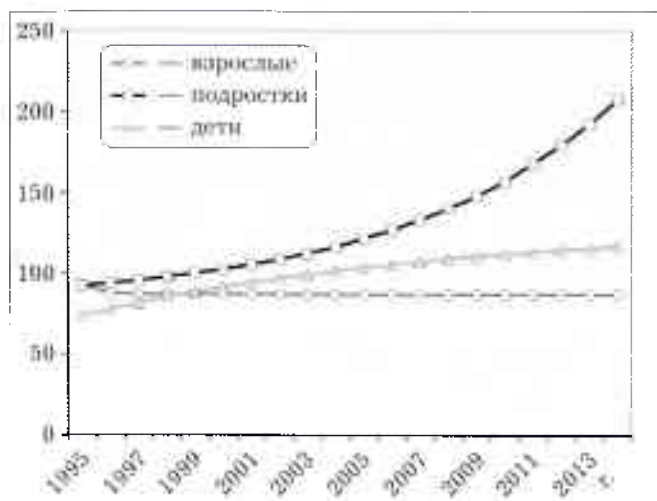


Рис. 1. Динамика травматизма в разных возрастных группах населения в 1994–2008 гг. и прогноз до 2014 г.

мере справляться с возложенными на нее функциями. Анализ состояния амбулаторно-поликлинической помощи взрослым и детям и отчетов внештатных травматологов-ортопедов субъектов Российской Федерации позволил наметить следующие основные пути совершенствования первичной специализированной травматолого-ортопедической службы:

1. Расширение сети травматолого-ортопедических отделений (кабинетов) для взрослого и детского населения с учетом потребности в амбулаторной травматологической и ортопедической помощи и организация в этих отделениях (кабинетах) приема больных с заболеваниями костно-мышечной системы.

2. Создание при республиканских, краевых, областных, городских многопрофильных больницах поликлиники консультативно-диагностической помощи для взрослого и детского населения с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы. Возможно создание межобластных и межрайонных консультативно-диагностических центров.

Необходимость организации таких учреждений диктуется слабостью материально-технической базы поликлиник, которая не позволяет в должном объеме проводить обследование больных. Дооснащение всех амбулаторно-поликлинических учреждений современной аппаратурой нереально и в большинстве случаев нерентабельно. Предпочтительным является создание центров на основе концентрации и интенсивного использования новых средств и методов диагностики. Это позволит обеспечить эффективную диагностику заболевания на догоспитальном этапе, сократить сроки пребывания больного в стационаре, расширит возможности контроля процесса лечения больных в амбулаторных условиях. Увеличение объема и улучшение качества специализированной ортопедо-травматологической помощи в амбулаторно-поли-

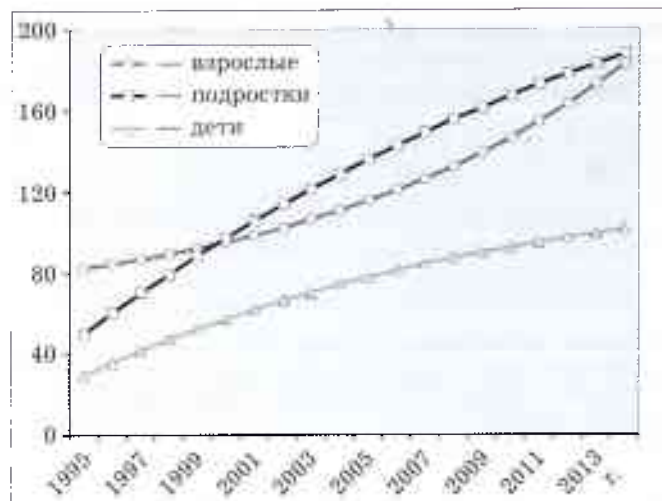


Рис. 2. Динамика распространенности болезней костно-мышечной системы в разных возрастных группах населения в 1994–2008 гг. и прогноз до 2014 г.

клинических учреждений даст возможность более рационально использовать коечный фонд.

3. Разработка порядка оказания реабилитационной помощи больным с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Как сказано в Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., на сегодняшний день в стране отсутствует стройная система восстановительного лечения и реабилитации. Во многих случаях больной выписывается из стационара «под наблюдение участкового врача», что в реальности означает «под собственное наблюдение». Существующие в настоящее время отделения (кабинеты) по восстановительному лечению и реабилитации не соответствуют современным требованиям по оснащению диагностическим и лечебным оборудованием. Реабилитация травматолого-ортопедических больных является одним из важных этапов лечения. От того, насколько эффективно проводится восстановительное лечение, зависит конечный результат многих оперативных вмешательств, включая эндопротезирование.

4. Оценка возможности использования выездных форм лечебно-диагностической помощи для сельских жителей, учитывая недостаток квалифицированных врачебных кадров в сельских лечебно-профилактических учреждениях.

5. Определение потребности территорий во врачах травматологах-ортопедах и разработка плана подготовки травматологов-ортопедов, включающего целевые формы подготовки специалистов.

Амбулаторно-поликлиническая помощь в системе здравоохранения как по значимости, так и по объему работы занимает ведущее место. В совершенствовании амбулаторной травматолого-ортопедической помощи центр тяжести ложится на региональный и муниципальный органы управления, которые призваны обеспечить население квалифицированной специализированной помощью. От того,

как в дальнейшем будет развиваться амбулаторная помощь, произойдет ли ее совершенствование, во многом зависит состояние здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. // www.zdravo2020.ru
2. Лунев В.П. Общий накопленный контингент инвалидов трудоспособного возраста населения Российской Федерации и его социально-гигиеническая характеристика // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2007. — № 3. — С. 31–35.
3. Миронов С.П., Бурмакова Г.М., Цыкунов М.Б. Пояснично-крестцовый болевой синдром у спортсменов и артистов балета. — М., 2006.
4. Роговой М.А. Основные вопросы организации травматологической помощи в городах. — М., 1976.
5. Щенин О.П., Медик В.А. Методология и основные результаты комплексного изучения здоровья населения Новгородской области // Вестн. РАМН. — 2008. — № 4. — С. 34–39.

Сведения об авторах: Миронов С.П. — акад. РАН и РАМН, доктор мед. наук, директор ЦИТО; Еськин Н.А. — профессор, доктор мед. наук, зам директора ЦИТО по научной работе; Андреева Т.М. — канд. мед. наук, ведущий науч. сотр. отдела планирования, координации НИР, контроля за внедрением и состоянием травматолого-ортопедической службы.

Для контактов: Андреева Татьяна Михайловна. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: (495) 450-44-00. E-mail: nomo-cito@rambler.ru

ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛАРА!

5 марта 2010 г. исполнилось 50 лет ИЛЬДАРУ ФУАТОВИЧУ АХТЯМОВУ — доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу и изобретателю Республики Татарстан, заведующему кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний Казанского медицинского университета.

В 1983 г. Ильдар Фуатович окончил Казанский медицинский институт и после прохождения интернатуры по специальности «детская хирургия» был зачислен в штат Казанского НИИ травматологии и ортопедии врачом отделения детской травматологии и ортопедии. В течение 15 лет он проработал в этом учреждении — в качестве научного сотрудника, ученого секретаря, главного научного сотрудника. В эти годы им были защищены кандидатская и докторская диссертации, посвященные лечению врожденного вывиха бедра у детей. За разработку комплекса лечебных мероприятий при патологии опорно-двигательного аппарата у детей И.Ф. Ахтямову была присуждена Государственная премия РТ по науке и технике, а за внедрение новых методов лечения в детскую ортопедическую практику он был удостоен премии Фонда имени акад. Г.А. Илизарова. Активную лечебную и научную работу Ильдар Фуатович сочетал с педагогической деятельностью на кафедре травматологии и ортопедии Казанского ГИДУВ.

В 1999 г. И.Ф. Ахтямов был избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний Казанского государственного медицинского университета. Его основные научные исследования последних лет посвящены разработке и усовершенствованию методов лечения патологии крупных суставов, травматологии пожилого возраста. Им предложены новые методы и устройства для остеосинтеза, коррекции деформаций, пластики суставов. Совместно с сотрудниками кафедры разработаны варианты профилактики осложнений эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов. Большое внимание Ильдар Фуатович уделяет созданию и применению новых имплантатов, совершенствованию компоновок аппаратов внешней фиксации. В общей сложности им предложено более 70 разработок на уровне изобретений в области ортопедии и травматологии.

И.Ф. Ахтямов автор более 200 научных публикаций, в том числе 5 монографий, 16 учебных пособий и методических рекомендаций. Под его руководством выполнено и защищено 10 диссертационных исследований.

Ильдар Фуатович является членом экспертного совета по травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития РФ, научно-методической комиссии при Всероссийском учебно-научно-методическом центре по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию МСЗ РФ, членом двух диссертационных советов, членом редакционных советов пяти медицинских журналов, научным соредактором Всероссийского монотематического сборника научных статей (ежегодника) «Эндопротезирование в России», входит в состав Всемирной организации ортопедов-травматологов SICOT.

*Сотрудники кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний
Казанского медицинского университета,*

*редколлегия журнала «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»
поздравляют Ильдара Фуатовича с 50-летием, желают ему здоровья, счастья, дальнейших творческих успехов!*

