

## ИНФОРМАЦИЯ

© Г.В. Куропаткин, А.В. Королев, 1995

*Г.В. Куропаткин, А.В. Королев*

### II КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ

Со 2 по 7 июля 1995 г. в Мюнхене под эгидой Европейской федерации национальных ассоциаций ортопедов-травматологов (EFORT) проходил крупный форум травматологов и ортопедов Европы. В его работе приняло участие 30 национальных ассоциаций травматологов-ортопедов, 17 специализированных Европейских обществ. За 7 дней научным и практическим опытом смогли обменяться более 1,5 тыс. участников, заслушав в общей сложности 505 сообщений, ознакомившись с 482 стендовыми докладами, 57 видеодемонстрациями.

Во время работы конгресса проходила выставка продукции 160 ведущих медицинских компаний, предлагающих широчайший спектр лекарственных препаратов, медицинского инструментария, оборудования для травматологии, ортопедии, реабилитации, протезирования. Такие крупнейшие фирмы-производители, как

«Howmedica», «Jonson & Jonson», «Endotec», «Biomet», «Arthrex», параллельно с работой конгресса устраивали своеобразные тренинговые курсы, где можно было после прослушивания теоретических обзорных и ознакомительных лекций попробовать самостоятельно на тренажерных моделях и биоманекенах установить протезы, потренироваться в выполнении артроскопических манипуляций.

К сожалению, для того чтобы справиться со столь насыщенной программой, организаторы форума вынуждены были проводить рабочие заседания параллельно в 9 залах. Это постоян-



но ставило перед участниками серьезные проблемы выбора. Облегчала работу великолепная организация конгресса — четкая информация о заседаниях, заблаговременное ознакомление всех участников с материалами рабочих секций, симпозиумов, учебных курсов. Именно эти три формы представления материала были основными на конгрессе — за время его работы прошло 18 симпозиумов и 22 учебных курса. Главными темами симпозиумов были: лазеры в ортопедии, осложнения при артропластике, ревизионная артропластика при инфекционных осложнениях эндопротезирования, материалы для изготовления эндопротезов, повреждения ротаторной манжеты плеча, ультразвуковые исследования в ортопедии, эпидемиология остеоартрита, артроскопическая техника против открытой хирургии коленного сустава, лечение больных со спастическими поражениями тазобедренного сустава, микро- и эндохирургия позвоночника, внутрисуставные переломы у детей.

Если попытаться в свете прошедшего конгресса определить общие тенденции в современной ортопедии и травматологии, то это, во-первых, стремление вернуться к более широкому использованию ауто- и аллотканей. Почти повсеместно ортопеды отказываются от модных одно время синтетических связок коленного, голеностопного и других суставов. Операцией выбора для коленного сустава становится моделирование поврежденных образований из собственной связки надколенника, полусухожильной мышцы, широкой фасции бедра. Все активнее обсуждается вопрос реконструкции связок с использованием глубоко заморожен-

ных костно-связочно-костных аллотрансплантов.

Все большее применение при пластике крупных дефектов костей получают массивные костно-хрящевые и чисто костные аллотранспланты. Обычно используют или обработанные глубоким замораживанием, или лиофилизированные костные транспланты. При этом на первый план вышли вопросы ограждения реципиента от заражения вирусными и прочими инфекциями, подбора имплантатов с учетом антигенной и тканевой совместимости (в случае применения замороженной аллокости). Работа в этом направлении в наши дни невозможна без тесного сотрудничества с Общеевропейскими банками костной ткани, обеспечивающими материалом крупнейшие клиники Европы. А по единодушному мнению участников конгресса, такие операции должны выполняться лишь в крупнейших госпиталях и университетских центрах.

Вторая характерная черта развития современной ортопедии — некоторое изменение отношения к эндопротезированию. Эти операции из разряда уникальных давно перешли в категорию обычных ортопедических вмешательств. Более чем 20-летний опыт работы с различными видами эндопротезов, стабилизировавшийся поток ревизионных артропластик, достигший в некоторых европейских клиниках 40% от общего объема эндопротезирований, позволили четко определить показания к выбору эндопротезов, способам их фиксации в зависимости от характера заболевания, возраста пациента и т.п.

Единодушно пальма первенства была отдана эндопротезам с гидроксиапатитным и с «коралловым» покрытием, создающим хорошие условия для врастания костной ткани и обеспечивающим благодаря этому высокую стабильность эндопротеза не только за счет первичной механической, но и последующей биологической фиксации. В связи с этим значительно уменьшается количество таких поздних осложнений эндопротезирования, как потеря костной ткани вокруг ножки эндопротеза, «проваливание» вортлужного компонента имплантата в таз. Все шире стали использоваться в травматологии и ортопедии модульные системы эндопротезов. Показания к их применению теперь не ограничиваются костными опухолями. Их устанавливают также при тяжелых травмах и в далеко зашедших случаях

дегенеративно-дистрофических поражений костей и суставов.

Еще одна черта современного эндопротезирования — высокая технологичность и точность процесса установки имплантата. Теперь установка эндопротеза без необходимого комплекта инструментов, «на коленке хирурга», ориентация имплантата «на глазок» оценивается как грубое нарушение хирургической этики, и тут не может служить оправданием даже самая высочайшая квалификация хирурга. Обязательный набор инструментария для эндопротезирования расширился за счет включения в него сложных устройств для фиксации и точной ориентации конечности, определения правильного положения имплантата.

Значительное место в работе конгресса заняло обсуждение вопросов диагностики и лечения опухолей костей. Этой проблеме были посвящены заседание Европейского общества мышечно-скелетной онкологии, учебный курс и 5 секционных заседаний. Ученые пришли к единому мнению, что несмотря на значительные успехи современной ортопедии, существенной проблемой остается своевременная диагностика опухолевого поражения. К сожалению, часто она сопряжена со значительными трудностями, и даже компьютерная томография, метод магнитного ядерного резонанса, компьютерная денситометрия не позволяют поставить точку над «и» в этом вопросе. Практически единственным объективным арбитром в поединке врача с болезнью остается биопсия. В большинстве случаев, несмотря на все трудности и недостатки, хирурги предпочитают проводить функционную биопсию под непосредственным рентгенологическим контролем положения иглы-треакара. Лишь в редких случаях используется открытая биопсия.

Непозволительным легкомыслием считается проведение операций у больных с костными опухолями без предварительного детального обследования и предоперационного планирования. Минимальной диагностической программой стал следующий список диагностических манипуляций: рентгенологическое исследование в нескольких проекциях, сцинтиграфия, компьютерная томография, ангиография, иммунологическое и биохимическое исследование, биопсия. Новые возможности в предоперационном планировании при опухолях костей дает метод магнитного ядерного резонанса: подробные «картинки» с детальной

проработкой костной и окружающих мягких тканей позволили некоторым хирургам образно сравнить его с прижизненной аутопсиею. К сожалению, установки необходимой мощности для полной реализации этого метода довольно дороги и доступны далеко не всем лечебным учреждениям даже в Европе.

Принципиально новый уровень предоперационного планирования открылся с внедрением в крупнейших ортопедических клиниках методики костного моделирования по данным компьютерной томографии. Специальная приставка к компьютерному томографу после проведения традиционного обследования создает объемную модель интересующего хирурга участка кости. Так, например, по моделям таза с расположенной в нем опухолью определяются границы резекции пораженного участка, изготавливается точный эндопротез для его замещения.

В целом оперативное лечение опухолей не претерпело каких-либо революционных изменений. По-прежнему подавляющее большинство ортопедов предпочитают проведение сохранных операций с замещением образовавшегося дефекта эндопротезом или массивным аллотрансплантатом, иногда их комбинацией. Массивные модульные эндопротезы для конечностей, эндопротезы таза поражают сменой технического исполнения, но еще больше поражают хорошие и отличные клинические результаты при их использовании. Широко применяются в онкологии самые разнообразные варианты аутотрансплантатов, в том числе и вакуляризованных. Продолжают отрабатываться — взамен обычных ампутаций — варианты реплантации дистальных, не поврежденных опухолью сегментов конечности.

Практически единодушно принят принцип активной хирургической тактики при метастатическом поражении костей. Все настойчивее в Европе поднимается вопрос о качестве жизни онкологического больного: врач не вправе отказывать пациенту в проведении восстановительного ортопедического лечения, ссылаясь на тяжесть основного онкологического заболевания. Даже в последние месяцы жизни больного нужно стремиться восстановить опороспособность и функцию конечности, не обрекать его на мучительную обездвиженность или на невыносимые боли в очаге деструкции костной ткани. Операция при метастатическом поражении костей должна быть максимально

полной по радикальности и обеспечивающей максимально быстрое восстановление опороспособности конечности. Для этого предпочитают использовать массивные штифты и эндопротезы, костный цемент для фиксации имплантатов (чтобы можно было поднять больного в первую неделю после операции).

Поистине неисчерпаемой остается проблема лечения больных с повреждениями и заболеваниями коленного сустава. Появление артроскопической техники совершило настоящую революцию во взглядах ортопедов на хирургию менисков, на восстановительное лечение при повреждениях связочного аппарата. Операция тотальной резекции разорванного мениска окончательно канула в Лету. Закрытая экономная резекция разорванной части мениска, сшивание при возможности или даже алло- либо ксенотрансплантация совершенно вытеснили считавшиеся ранее классическими оперативные приемы.

Все чаще используется методика закрытого артроскопического восстановления крестообразных связок. Благодаря детально разработанной технологии и инструментарию для этой операции неудовлетворительные исходы практически сведены к нулю.

Успешно конкурируют артроскопические методы с традиционными «открытыми» и в хирургии привычного вывиха плеча. Лечение разрывов ротаторной манжеты, повреждений Банкарта и Хилла—Сакса становится все более привычным для артроскопистов.

У травматологов в центре внимания была проблема надежной фиксации костных фрагментов при переломах. По утвердившемуся мнению, основным принципом при выборе фиксатора должна быть высокая прочность и надежность удержания отломков, позволяющая обойтись без дополнительной фиксации конечности гипсовыми повязками. Лишь в этом случае можно ждать хороших функциональных результатов лечения. Наиболее «модным» фиксатором в последние годы стал так называемый «гамма-гвоздь», обеспечивающий надежную стабилизацию отломков при переломах бедра и голени практически в любом отделе. Не сдают позиций и накостные пластины, стратегия и тактика использования которых доведена до совершенства. За рубежом появляется все больше публикаций о положительном опыте применения наружных фиксаторов, особенно аппарата Илизарова. Однако

на западе этот метод не получил такого распространения, как в нашей стране, несмотря на то что ряд зарубежных фирм производят великолепные аппараты конструкции Илизарова, значительно превосходящие по качеству исполнения аппараты, производимые на родине этого метода.

Нельзя не отметить и очень хорошую организацию досуга участников конгресса и сопровождающих их лиц. Каждый мог выбрать экскурсии по своему вкусу — это и пешие прогулки по Мюнхену, и посещение музеев, театров. Для любителей острых ощущений была организована экскурсия на съемочные площадки Баварской киностудии, автолюбители были в восторге от посещения завода BMW. Познакомиться поближе, обменяться опытом и впечатлениями в неофициальной обстановке позволили всем участникам конгресса ужин в национальном стиле «Баварская ночь» и обед после церемонии закрытия.

Пожалуй, единственным фактом, омрачившим для шести российских участников конгресса этот великолепный праздник ортопедии, было отсутствие на нем российской делегации. Ни одна страна СНГ до сих пор не вошла в Европейскую Федерацию национальных ассоциаций ортопедов-травматологов (в отличие, например, от Венгрии, Польши, Словакии, Словении, Чехии). Остается надеяться, что на следующем конгрессе, который состоится в 1997 г. в Барселоне, нам не будет обидно за нашу великую державу и российский флаг займет на конгрессе свое место рядом с флагами других европейских стран.

© Г.А. Оноприенко, О.Ш. Буачидзе, 1995

Материал опубликован по результатам конференции

**Г.А. Оноприенко, О.Ш. Буачидзе**

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ  
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

24—25 мая 1995 г. в Москве на базе Московского Областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимиরского (МОНИКИ) проходила Всероссийская научно-практическая конференция по травматологии и ортопедии с приглашением специалистов из

стран — бывших республик СССР, которая была организована МОНИКИ при участии Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. Интересная тематика заседаний и большое число присутствовавших специалистов предопределили успех конференции. Только зарегистрированных участников из Москвы, Московской области, многих городов Российской Федерации и стран СНГ было 218, фактически же в работе конференции приняли участие более 250 специалистов. Кроме Москвы и Подмосковья, были представлены такие города России, как С.-Петербург, Иркутск, Ростов-на-Дону, Краснодар, Воронеж, Нижний Новгород, Екатеринбург, Пермь, Казань, Смоленск, Благовещенск, Ярославль, а также Украина, Белоруссия, Молдавия, Узбекистан, Киргизия, Азербайджан.

Основными программными вопросами были: 1) накостный стабильно-функциональный остеосинтез при травмах и ортопедических заболеваниях у взрослых; 2) оперативное лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава у взрослых.

Открывая конференцию, заместитель министра здравоохранения и медицинской промышленности В.Н. Шабалин подчеркнул важность обсуждаемых проблем, которая определяется тем, что травматизм и ортопедическая патология занимают одно из ведущих мест в структуре причин временной утраты трудоспособности, инвалидности, смертности населения.

Первый день работы конференции был посвящен погружному накостному остеосинтезу современными компрессионными металлическими пластинами (27 докладов). В выступлениях сотрудников МОНИКИ был обобщен 25-летний опыт применения экстракортикального остеосинтеза по системе Швейцарской ассоциации АО с использованием имплантатов как зарубежного, так и отечественного производства (более 1000 операций). Метод обеспечивает надежную стабилизацию костных фрагментов практически при любой локализации перелома, псевдоартроза или остеотомии без применения дополнительной гипсовой иммобилизации конечности. После оперативного вмешательства создаются условия для проведения в течение всего периода консолидации профилактики контрактур смежных суставов или устранения уже имеющейся тугоподвижности суставов. Эффективность метода соответствует современным требованиям: даже при сложных видах псевдоартрозов консолидация наступает в среднем в 95% случаев.