



VII СЪЕЗД ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ РОССИИ

В работе съезда, проходившего 18–20 сентября 2002 г. в Новосибирске, приняли участие 970 специалистов из 114 городов Российской Федерации, в том числе 770 делегатов. Среди участников было 407 членов региональных ассоциаций травматологов-ортопедов. Гостями съезда были представители Казахстана, Киргизии, Узбекистана, Белоруссии (всего 17 человек), Германии (один).

Съезд открыл президент Ассоциации травматологов-ортопедов России чл.-корр. РАМН Н.В. Корнилов. В адрес съезда было получено приветствие от Министра здравоохранения Российской Федерации Ю.Л. Шевченко. С приветственным словом в день открытия съезда выступили губернатор Новосибирской области В.А. Толоконский, начальник управления здравоохранения Администрации Новосибирской области Н.Л. Тов.

Всего на съезде заслушано 90 докладов по 7 направлениям:

- организация и перспективы развития травматолого-ортопедической службы России;
- повреждения позвоночника;
- деформации позвоночника;
- дегенеративные поражения позвоночника;
- гнойные осложнения в травматологии и ортопедии (профилактика и лечение);
- огнестрельные повреждения;
- новые технологии в травматологии и ортопедии.

В прениях выступили 22 человека.

В процессе подготовки съезда оргкомитетом было принято 984 заявки на публикацию тезисов докладов. Представленные тезисы опубликованы в материалах съезда. В течение трех дней работы съезда были развернуты специализированные выставки продукции отечественных и зарубежных фирм.

По результатам работы съезда его участниками единогласно принята следующая резолюция.

РЕЗОЛЮЦИЯ VII ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ТРАВМАТОЛОГОВ - ОРТОПЕДОВ

Российские травматологи-ортопеды пришли к VII съезду с определенными успехами в лечебно-профилактическом обслуживании населения. В стране функционирует большая сеть специализированных травматолого-ортопедических учреждений.

Органы и учреждения здравоохранения проделали работу по реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 140 от 20 апреля 1999 г. «О мерах по совершенствованию травматолого-ортопедической службы».

Организация и перспективы развития травматолого-ортопедической службы в России. Достигнуты успехи в разработке научных основ рациональной организации травматологической и ортопедической помощи, в том числе при множественной и сочетанной травме. Вместе с тем, травмы и болезни костно-мышечной системы продолжают занимать одно из основных мест в структуре заболеваемости, причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения Российской Федерации. Прослеживается тенденция к увеличению заболеваний костно-мышечной системы, частоты и тяжести патологии опорно-двигательного аппарата. Это обстоятельство необходимо учитывать при решении задач организации специализированной медицинской помощи

больным с патологией костно-мышечной системы и обеспечения пострадавших медицинской помощью на месте происшествия, в пути следования и в процессе лечения в учреждениях здравоохранения.

Важное значение в решении этих задач имеет совершенствование материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, повышение квалификации врачей и внедрение новых технологий в организацию специализированной помощи и лечебно-диагностический процесс.

Введение постов 7 вице-президентов Ассоциации травматологов-ортопедов России (по числу федеральных округов) призвано способствовать более четкому взаимодействию Ассоциации с региональными обществами и помогать в решении проблем на местах.

Повреждения позвоночника. В представленных докладах отражены различные аспекты диагностики и хирургического лечения повреждений позвоночного столба.

Съезд отмечает, что тяжелые и осложненные повреждения позвоночника во всех случаях требуют экстренной квалифицированной диагностики и своевременного патогенетического лечения в условиях вертебологического центра, так как здесь имеется возможность в порядке экстренной диагностики, используя компьютерный, магнитно-резонансный томограф и другую современную дорогостоящую аппаратуру, своевременно выявить характер повреждения и выбрать оптимальный хирургический метод лечения. В зависимости от характера повреждения, его стабильности, наличия деформации позвоночного канала рекомендован дифференцированный выбор хирургического метода лечения:

— дорсальная фиксация как предпочтительная альтернатива консервативным методам лечения при стабильных непроникающих переломах ventральной колонны;

— ventральный спондилодез с моно- и бисегментарной коронарной эндофиксацией — при нестабильных повреждениях шейного отдела и стабильных проникающих, взрывных, оскольчатых переломах ventральной колонны груднопоясничной локализации;

— корригирующий транспедикулярный остеосинтез без сочетания или (чаще) в сочетании с ventральной спондилодезом, в том числе с использованием имплантов из никелида титана — при нестабильных повреждениях типа В, С (по классификации Magerl) и соавт).

Общей тенденцией в хирургии повреждений позвоночного столба является все более широкое использование высокотехнологичных, щадящих, малоагрессивных эндоскопических методов оперативного лечения. Отмечена перспективность продолжения научных исследований по реваскуляризации поврежденного спинного мозга. Логическим продолжением неотложной вертебологической помощи является полноценное восстановительное лечение, что требует создания отделений реабилитации спинальных больных для их медицинской, социально-психологической, бытовой и трудовой адаптации. Такие отделения должны создаваться совместно с органами социальной защиты и общественными организациями инвалидов.

Деформации позвоночника. Обсуждены доклады, посвященные диагностике и тактике лечения сколиотической болезни с использованием новейших хирургических технологий.

В докладах, касающихся современной концепции оперативного лечения деформаций позвоночника, отражен опыт применения сегментарного инструментария третьего поколения, свидетельствующий о его универсальности и высокой эффективности. Представлена тактика хирургического лечения грубых кифосколиотических деформаций. К сожалению, отечественная вертебологи-

ческая служба на сегодня не располагает инструментарием и конструкциями, необходимыми для хирургического лечения деформаций позвоночника, а также другой вертебральной патологии.

Учитывая, что этиология и патогенез наиболее распространенных деформаций позвоночника (идиопатический сколиоз, болезнь Шейермана—Мау) остаются неизвестными, необходимо проведение углубленных научных исследований на молекулярно-генетическом уровне. Идентификация изменений в структурных компонентах позвоночника и локализация мутантных генов создадут предпосылки для осуществления профилактики патологии, диагностики в доклинической стадии процесса, а также для разработки и последующего внедрения методов клеточной и геной инженерии.

Необходимо пересмотреть позиции в отношении возрастных пределов при выработке показаний к оперативному лечению сколиоза. Выжидательная тактика себя не оправдывает, при наличии показаний оперировать необходимо в раннем возрасте (4–5 лет) — только такой подход позволяет кардинально изменить течение патологического процесса, а именно — уменьшить деформацию, сохранить достигнутую коррекцию до возраста завершения формирования скелета и при этом не нарушить рост туловища.

Насущной потребностью сегодняшнего дня съезд считает продолжение скрининговых обследований детей в целях раннего выявления изменений в позвоночнике с использованием созданного в Новосибирском НИИТО компьютерного оптического топографа, которым следует оснастить лечебно-профилактические учреждения Российской Федерации с учетом разработанных нормативных потребностей.

Съезд констатирует, что методика кинематического анализа позвоночника является высокоинформативным способом количественной оценки его состояния и контроля эффективности коррекции различных деформаций и может быть рекомендована для широкого внедрения в клиническую практику. Дальнейшее совершенствование методов клинической биомеханики должно идти по пути повышения точности регистрации параметров, автоматизации способов получения информации, стандартизации методов исследования, создания экспертных систем, разработки адекватных, предметно-ориентированных трехмерных математических моделей на основе визуализации рентгенографического изображения позвоночника конкретного пациента, а также снижения стоимости оборудования.

Дегенеративные поражения позвоночника. Съезд отмечает высокую социальную значимость проблемы остеохондроза в связи с его широкой распространенностью среди населения и частой инвалидизацией пациентов. Разработана тактика хирургического лечения тяжелых форм поясничного остеохондроза. Определена роль вентрального расклинивающего корпородеза в хирургическом лечении дегенеративных поражений позвоночника.

Современная концепция хирургического лечения дегенеративных поражений позвоночника предполагает объединение усилий ортопедов, нейрохирургов и неврологов. В связи с этим целесообразно создание специализированных нейроортопедических (нейровертебрологических) отделений на базе вертебрологических центров.

Для улучшения функциональных результатов лечения остеохондроза и сокращения сроков послеоперационной реабилитации пациентов съезд считает целесообразным внедрение и развитие малоинвазивных, в том числе микрохирургических и эндоскопических, технологий оперативных вмешательств. Наряду с использованием в хирургии позвоночника лучших образцов зарубежных имплантируемых конструкций необходимо разрабатывать и внедрять в практику здравоохранения

отечественные устройства, в частности имплантаты для межтелового спондилодеза из пористого никелида титана. Концептуально новым направлением в хирургическом лечении межпозвоночного остеохондроза следует считать применение различных способов динамической фиксации позвоночника — пластики межпозвоночного диска, его протезирования, а также транспедикулярной динамической фиксации.

Необходимо отметить, что, к сожалению, в практике здравоохранения недостаточно используются методы консервативного лечения, а также медицинской и трудовой реабилитации больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

Проведенные исследования по изучению опухолей позвоночника дали возможность получить новые сведения о различных клинических формах опухолей, улучшить их диагностику и выработать более четкие показания к оперативному и комбинированному методам лечения.

Гнойные осложнения в травматологии и ортопедии (профилактика и лечение). Показано, что комплексный подход к профилактике и лечению раневой инфекции позволил снизить частоту раневых инфекционных осложнений — остеомиелита, сепсиса. Определена роль смешанной микрофлоры в развитии патологического процесса и его осложнений, формировании устойчивости патогенной микрофлоры к различным препаратам. Представлено клинико-морфологическое обоснование комплексного лечения гнойных ран. Изучена роль патогенной микрофлоры в исходах эндопротезирования крупных суставов и предложены методы профилактики гнойных осложнений.

Исследованиями последних лет установлено, что в патогенезе отдельных форм коксартроза большую роль играет инфекционный фактор. В связи с этим важное значение для прогнозирования и профилактики инфекционных осложнений, особенно после артропластических операций, приобретают молекулярно-биологические методы исследования.

Съезд считает, что с целью улучшения результатов лечения инфекционных осложнений следует расширить диагностируемый спектр возбудителей раневой инфекции, для чего рекомендуется бактериологическим лабораториям лечебно-профилактических учреждений внедрить метод полимеразной цепной реакции. В сообщениях о лечении раневой инфекции, вызванной антибиотикорезистентными штаммами, отмечен положительный эффект использования общей управляемой гипертермии.

Огнестрельные повреждения. Представлено современное состояние хирургического лечения огнестрельных переломов длинных костей. Изучен патогенез и разработаны принципы лечения взрывных и огнестрельных переломов костей вследствие высокоэнергетических ранений. Предложено комплексное одноэтапное лечение осложненных последствий огнестрельных повреждений длинных костей.

Новые технологии в травматологии и ортопедии. Отмечено, что современные высокотехнологичные методы стали шире применяться при лечении травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Дальнейшее развитие получили артроскопические методы диагностики и лечения при посттравматической внутрисуставной патологии кистевого сустава, дегенеративно-дистрофических поражениях голеностопного сустава, а также методы лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава с помощью лазерной артроскопической техники. Лазерная технология стала успешно применяться в лечении патологии позвоночника и спинного мозга. Разработана навигационная технология транспедикулярного остеосинтеза. Созданы и развиваются новые направления и методы реконструкции при тяжелых посттравматических деформациях кисте-

ти. За последние годы существенно укрепилась материально-техническая база службы анестезиологии и реанимации. Это повлекло за собой появление новых анестезиологических и кровосберегающих технологий, которые положительно влияют на течение операционного периода и существенно сокращают сроки выздоровления больных. Определенные успехи достигнуты в области заготовки и консервации тканей. Предложены новые костные и биокомпозиционные пластические материалы, успешно используемые в травматологии и ортопедии.

С целью улучшения качества медицинской помощи и повышения эффективности мероприятий по профилактике травматизма, а также лечению травм и заболеваний костно-мышечной системы **съезд рекомендует:**

1. Считать необходимым участие травматологов-ортопедов в комплексной работе по профилактике всех видов травматизма. РосНИИТО им. Р.Р. Вредена разработать методические рекомендации, определяющие задачи травматологов-ортопедов по профилактике травматизма.
 2. Органам здравоохранения административных территорий Российской Федерации:
 - концентрировать узкоспециализированную травматолого-ортопедическую помощь (вертебрологическую, при политравмах, патологии кисти, гнойной патологии костей и суставов) в специализированных отделениях (в городах с населением свыше 800 тыс.) или в одном из имеющихся отделений с выделением профильных коек;
 - использовать многолетний опыт травматолого-ортопедической службы в области профилактики травм и ортопедических заболеваний; восстановить профилактическую работу на промышленных предприятиях, в детских учреждениях, родильных домах, а также санитарное просвещение населения;
 - всемерно развивать и совершенствовать амбулаторно-поликлиническую специализированную помощь больным с травмами и ортопедическими заболеваниями;
 - улучшить оснащение травматолого-ортопедических отделений и кабинетов амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе для полноценного восстановительного лечения;
 - шире развивать стационароразмещающие технологии для оказания специализированной помощи больным травматолого-ортопедического профиля;
 - удовлетворить потребность в кадрах травматологов-ортопедов, обеспечив их специализацию и усовершенствование;
 - не допускать необоснованного сокращения коечного фонда травматолого-ортопедической службы и изыскать возможности для улучшения оснащения стационаров современной диагностической и лечебной аппаратурой.
 3. Главному детскому травматологу-ортопеду Минздрава РФ:
 - разработать рекомендации по оказанию медицинской помощи детям при дорожно-транспортных травмах на разных этапах ее оказания;
 - ходатайствовать перед Минздравом РФ о включении детских стационарных восстановительных ортопедических центров в номенклатуру учреждений МЗ РФ.
 4. Главным травматологам-ортопедом республик, краев, областей совместно с отделами статистики органов управления здравоохранением:
 - наладить учет всех случаев травм и заболеваний костно-мышечной системы и проводить анализ состояния травматизма и ортопедической заболеваемости;
 - восстановить работу Медицинского совета по экспертизе отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных;
 - считать диспансеризацию ортопедо-травматологических больных одним из основных направлений в лечебно-профилактической деятельности амбулаторной службы;
 - своевременно в соответствии с приказом Минздрава РФ представлять сведения об эндопротезировании суставов в регистр эндопротезирования (РосНИИТО им. Р.Р. Вредена).
5. Для улучшения качества диагностики и лечения, предотвращения и снижения инвалидности от заболеваний и повреждений органов опоры и движения:
 - считать целесообразным создание для лечения тяжелой патологии позвоночника вертебрологических центров в системе ортопедо-травматологической службы в каждом федеральном округе;
 - вертебрологические центры должны иметь условия для оказания экстренной помощи при неосложненной и позвоночно-спинномозговой травме, при ортопедических заболеваниях позвоночного столба, дегенеративных поражениях позвоночника, а также для реабилитации таких больных.
 6. Поручить Российскому центру патологии позвоночника разработать предложения по созданию на базе Центра научно-технической группы (с лабораторией биомеханического тестирования) и экспериментального производственного участка для производства малосерийных партий отечественных позвоночных имплантатов широкого спектра применения, инструментария и конструкций для коррекции деформаций, вентральной и дорсальной эндофиксации позвоночника.
 7. Расширить учебные программы:
 - кафедр травматологии, ортопедии и ВПХ медицинских вузов для расширения знаний молодых специалистов в области патологии позвоночника;
 - кафедр травматологии и ортопедии институтов повышения квалификации для целевого усовершенствования травматологов-ортопедов по вертебрологии;
 - оптимальными базами для подготовки кадров по хирургии позвоночника считать Российский центр патологии позвоночника (Новосибирск) и ЦИТО им. Н.Н. Приорова, а по огнестрельным повреждениям — профильные кафедры Военно-медицинской академии.
 8. Одобрить предложение Новосибирского НИИТО по изданию журнала по вертебральной патологии.
 9. Рекомендовать республиканским центрам эндопротезирования, определенным приказом Минздрава РФ № 140, запланировать в рамках отраслевой программы «Современные проблемы травматологии и ортопедии» научные исследования по проблеме ревизионного эндопротезирования, обратив особое внимание на этиопатогенез инфекционных осложнений.
 10. Директорам научно-исследовательских институтов травматологии и ортопедии, заведующим кафедрами травматологии и ортопедии медицинских университетов и академий:
 - направить усилия на научную разработку проблем организации травматолого-ортопедической службы, исходя из показателей травматизма, заболеваемости и их социальных последствий;
 - обратить внимание на своевременное и качественное выполнение научных исследований в рамках отраслевой программы «Современные проблемы травматологии и ортопедии»;
 - содействовать внедрению научных достижений в практику здравоохранения.

11. Директорам ЦИТО им. Н.Н. Приорова, РосНИИТО им. Р.Р. Вредена и Новосибирского НИИТО:
 - разработать положение о лабораториях заготовки и консервации тканей, определить их статус в системе здравоохранения Российской Федерации, штаты, оборудование, финансирование;
 - обратиться в Минздрав РФ с предложением о создании экспертного совета по вопросам заготовки, консервации и переработки биологических тканей.
12. Председателям ассоциаций (научных обществ) травматологов-ортопедов:
 - приоритетным направлением в деятельности ассоциаций считать разработку предложений для внесения в законопроекты как Российской Федерации, так и административных территорий;
 - вопросы организации травматолого-ортопедической помощи обязательно обсуждать на заседаниях территориальных ассоциаций (научных обществ), а их рекомендации доводиться до сведения органов управления здравоохранением;
 - учитывать участие травматологов-ортопедов в деятельности ассоциации (общества) при аттестации врачей, при назначении на должности заведующих отделениями и главных специалистов города (района).
13. Правлению Российской ассоциации травматологов-ортопедов:
 - сформировать рабочие комиссии по разным направлениям деятельности, которые будут разрабатывать рекомендации для территориальных ассоциаций и реализовывать их через вице-президентов Российской ассоциации в федеральных округах;
 - учитывая важность проблемы политравмы, организовать проведение совещания ведущих травматологов России совместно с организаторами здравоохранения, специалистами по «скорой помощи», Научным советом по скорой помощи Минздрава РФ с целью выработки предложений для Министерства здравоохранения РФ.
14. Вице-президентам Российской ассоциации травматологов-ортопедов:
 - завершить перерегистрацию территориальных ассоциаций (научных обществ);
 - способствовать организации ассоциаций (научных обществ) в тех территориях, где их еще нет;
 - проводить политику Российской ассоциации травматологов-ортопедов, способствовать выполнению решений VII съезда травматологов-ортопедов в своих округах;
 - систематически проводить научно-практические конференции по актуальным вопросам травматологии и ортопедии в своих округах.

ГАЛИНА ИВАНОВНА ЛАВРИЩЕВА

27 сентября 2002 г. после тяжелой продолжительной болезни скончалась профессор Г.И. Лаврищева.

Галина Ивановна родилась 10 декабря 1919 г. в семье преподавателя русского языка и литературы. В 1941 г. окончила I Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова и поступила в Центральный институт травматологии и ортопедии клиническим ординатором. В 1943 г. была призвана в ряды Советской Армии и до окончания войны служила хирургом в системе полевых госпиталей. Демобилизовавшись из армии, вернулась в ЦИТО, где стала работать врачом, а затем старшим научным сотрудником патологоанатомического отделения, основанного проф. Т.П. Виноградовой. Галина Ивановна была ее первой ученицей, неизменным сотрудником, преданным единомышленником и другом.

В 1957 г. Г.И. Лаврищева защитила кандидатскую диссертацию «Гомопластика костными осколками при дефектах трубчатых костей», а в 1969 г. — докторскую диссертацию «Репаративная регенерация костей в различных условиях». В 1970 г. она возглавила патологоанатомическое отделение ЦИТО, сменив на этом посту своего учителя Т.П. Виноградову, и руководила им почти 20 лет.

Итоги многолетней работы Г.И. Лаврищевой в ЦИТО — это более 140 научных публикаций, 5 монографий, 8 авторских свидетельств на изобретения, руководство и консультирование 70 диссертационных работ, две Государственные премии СССР: первая — за разработку проблем костно-пластической хирургии, вторая — за практическое обоснование оптимальных условий репаративной регенерации органов и тканей.

Как ученого Г.И. Лаврищеву отличали неиссякаемая энергия, убежденность и непоколебимая твердость в отстаивании своих взглядов и принципов, а главное — неистощимые трудолюбие и работоспособность. Галина



Ивановна внесла весомый вклад в отечественную трансплантологию и патологическую анатомию опорно-двигательного аппарата. Здесь — серия работ по репаративной регенерации кости и хряща в различных условиях, работы по консервации тканей опорно-двигательного аппарата растворами альдегидов, по изучению кровоснабжения и микроциркуляции кости, по исследованию влияния перегрузок на кость. Галине Ивановне принадлежат идеи разработки экспериментальной модели кист костей, а также модели сегментарного нарушения кровоснабжения позвоночника.