



**XIII Межрегиональная конференция: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И
КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
ВОРОНЕЖ, 1 ДЕКАБРЯ 2017 ГОДА**

**«Достижения и проблемы и в нашей профессии»
проф. Самодай В.Г.**

Наша профессия самая востребованная и самая массовая по оказанию помощи

В 2015 г. в России за медицинской помощью с переломами костей обратилось **2150530** человек. **70%** из них люди трудоспособного возраста

Затраты на содержание и оперативное лечение превысили **12.941.885.100 руб.**

по Воронежской области и городу Воронежу потери по нетрудоспособности, инвалидности и оперативному лечению превышают **300.584.870 руб.**

В Воронеже и Воронежской обл. (3,1 млн. населения) ежегодно по поводу ожоговой травмы стационарно лечатся около **800** пациентов в год, около **50** из них погибает.



© Evgeny Lazerson



Низкоэнергетичная травма

2529-11

The trauma has become high-energy



**Ежегодно в России
травмируется
около 12% населения**



**Ежегодно в России в ДТП
Погибает около 30 тыс.
человек (из них 25% детей),
в Европе – около
50 тыс.**



**ТРАВМИРУЕТСЯ В ОСНОВНОМ РАБОТОСПОСОБНЫЙ
КОНТИНГЕНТ НАСЕЛЕНИЯ,
УЩЕРБ ОТ ПОЛИТРАВМЫ ОЧЕНЬ ТРУДНО СОСЧИТАТЬ.**



Большинство пациентов с политравмой имеют повреждения конечностей, из них более половины открытых и около 20% со значительными дефектами костей и мягких тканей. (Более 80% таких пациентов – это люди молодого и работоспособного возраста).

Социально экономический аспект травматизма.



1.720.424 случаев замедленной консолидации костной ткани (около половины переломов в 2015 г.)

516.127 случаев несращения костной ткани

Затраты на медикаментозное лечение травматологических больных в год от 20.645.088.000руб. до 111.827.560.000 руб.

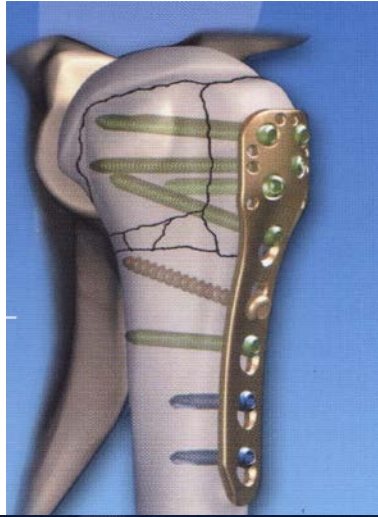
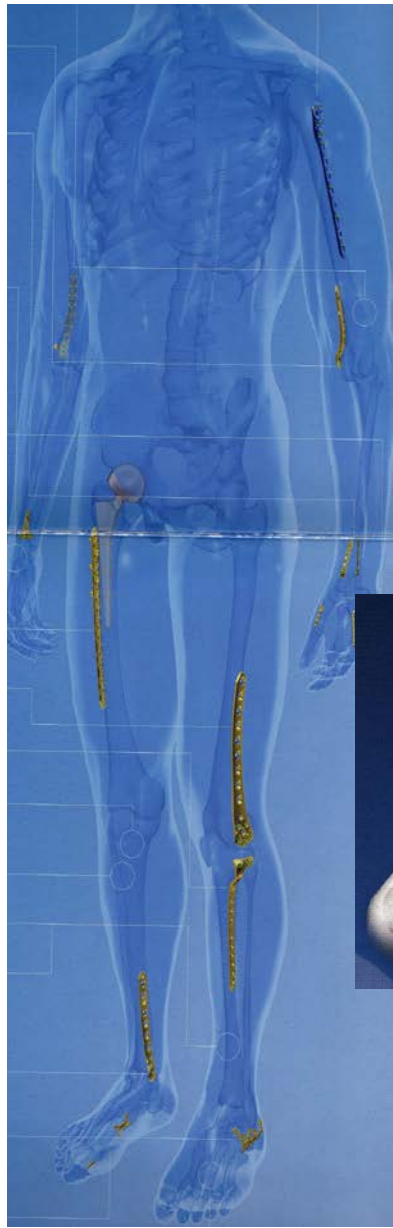
За последние годы энергетика и тяжесть травмы значительно выросли. Это предполагает длительную обездвиженность пострадавшего, развитие тяжелой травматической болезни, снижение репаративных сил организма, а также сложные и тяжелые оперативные вмешательства.



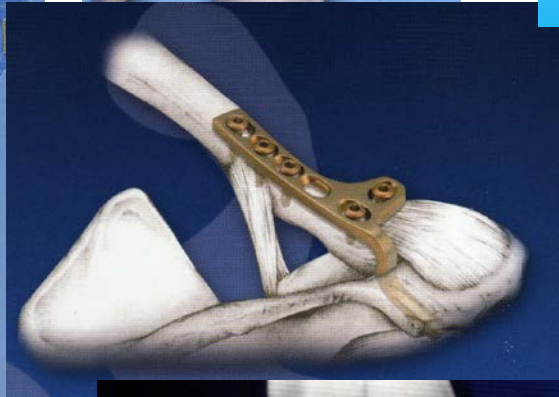
Количество сложных и длительных операций в травматологии, ортопедии и комбустиологии значительно возросло. Сейчас рутинной стали те оперативные вмешательства (таз, позвоночник, крупные суставы), которые ранее выполнялись штучно.



Современный накостный остеосинтез



Современный внутрикостный остеосинтез

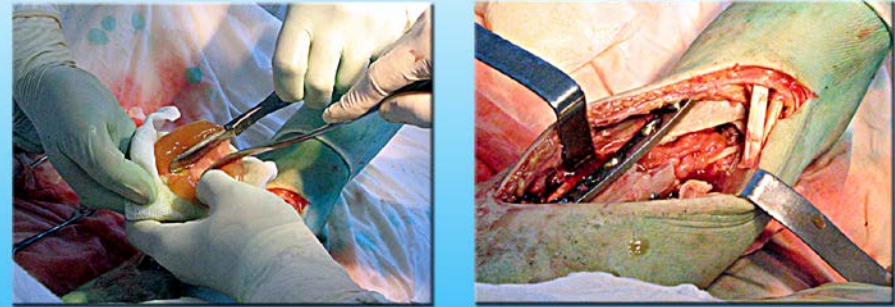




**On the arrival - wound d-bridement,
skeletal extension, X-ray**



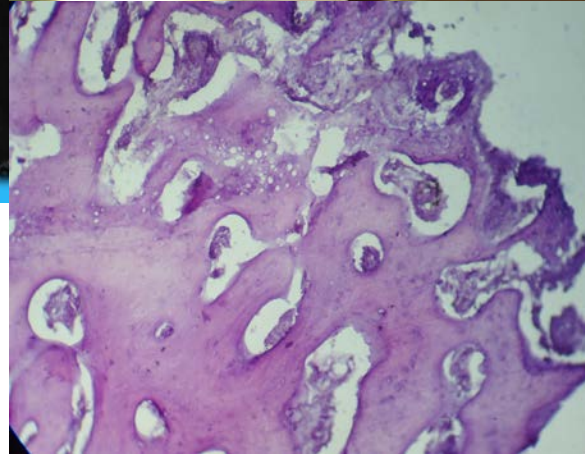
**metaepiphysis without spongy
bone is filled by plasma**

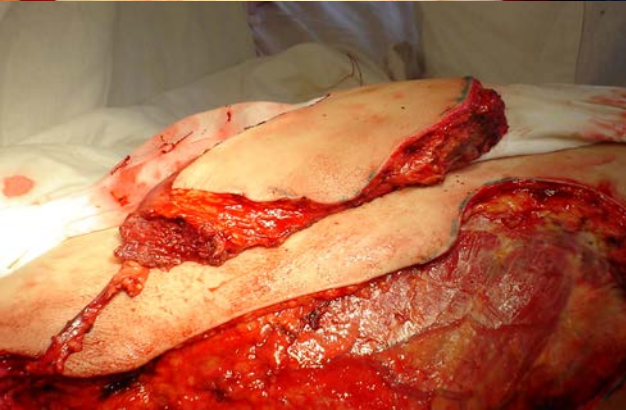
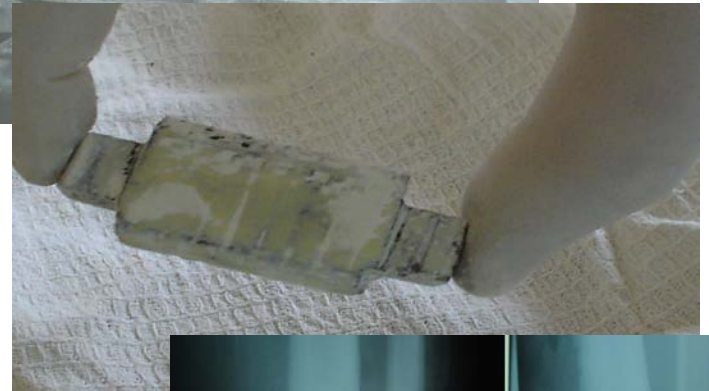


**7-th month after operation
(X- ray control)**

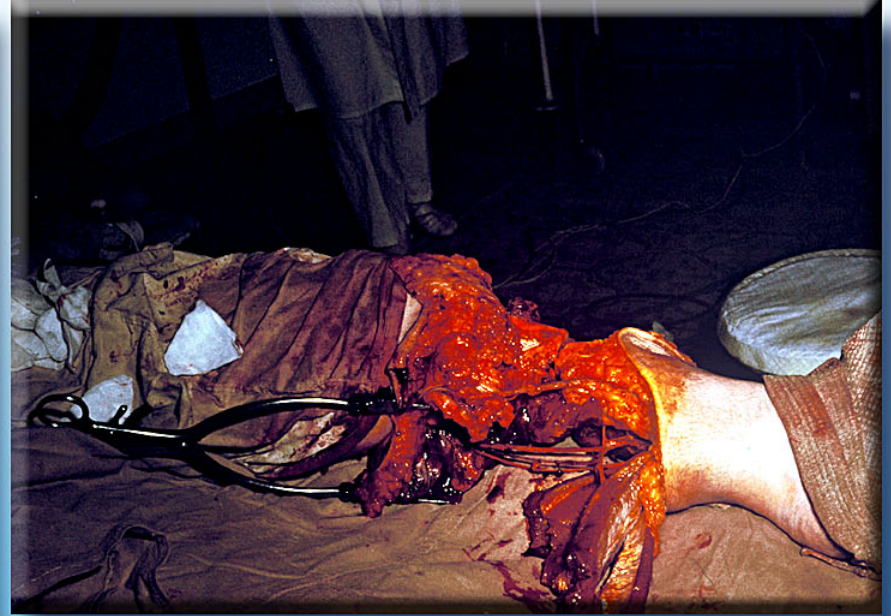


Комплекс аутогенных
лиофилизированных
факторов роста

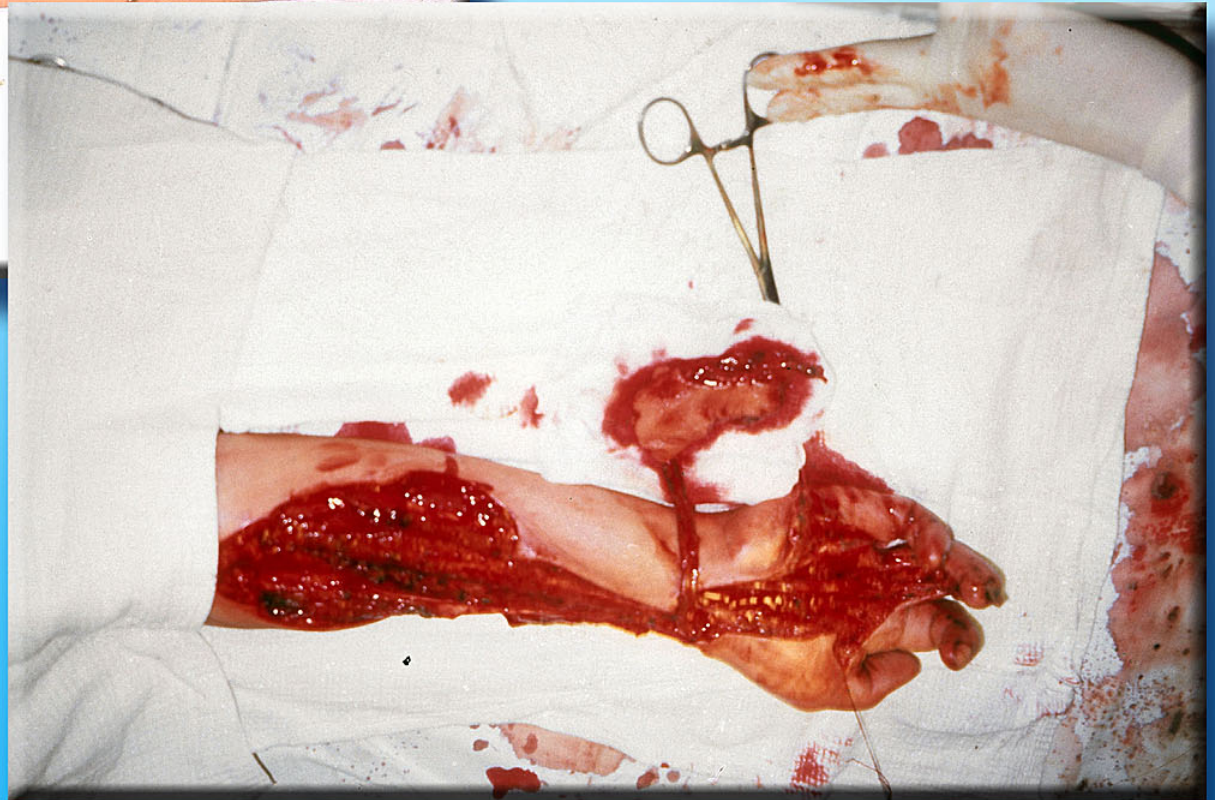
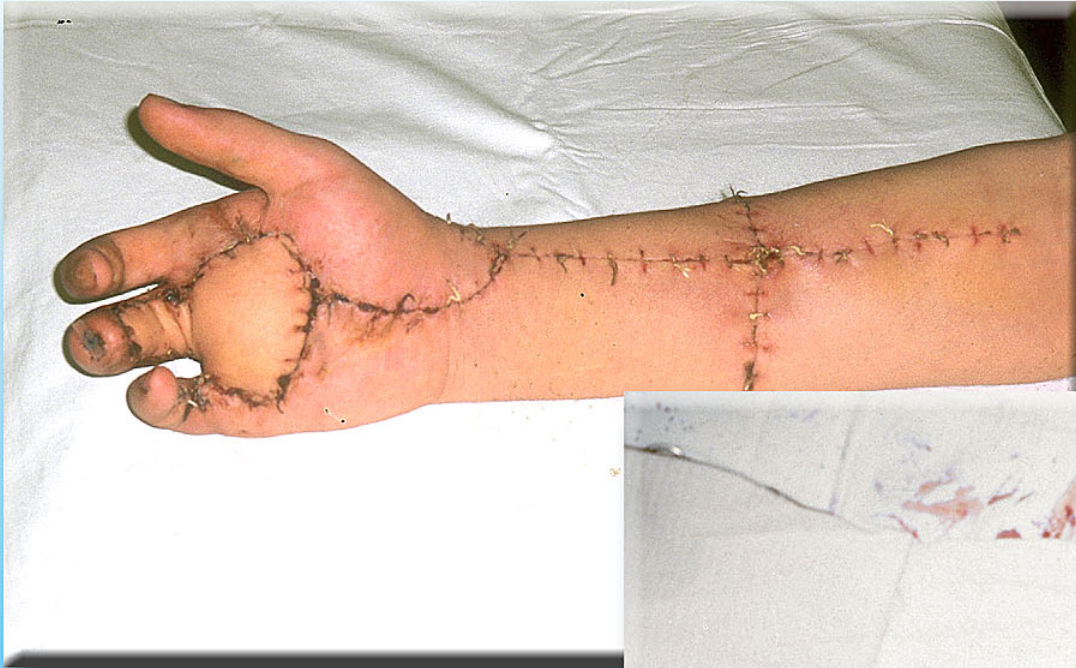




Реконструктивно-пластическая микрохирургия в травматологии и ортопедии

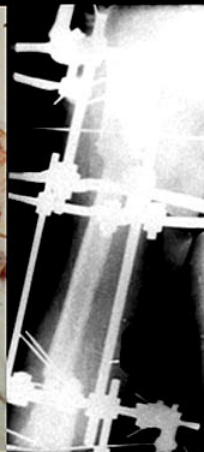
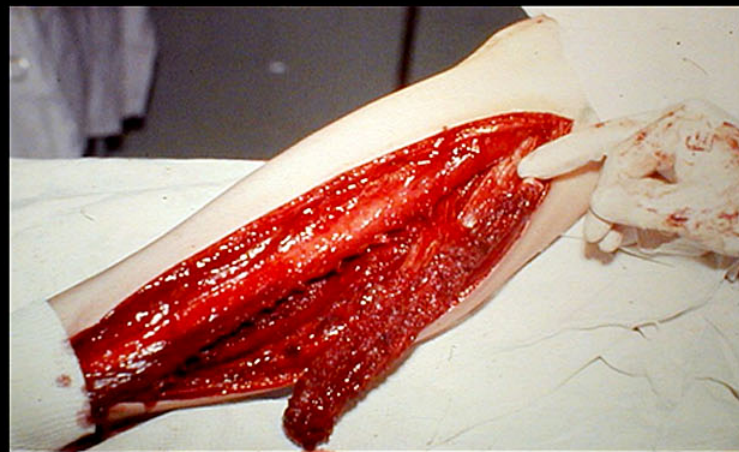
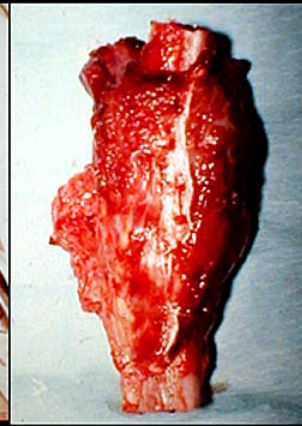
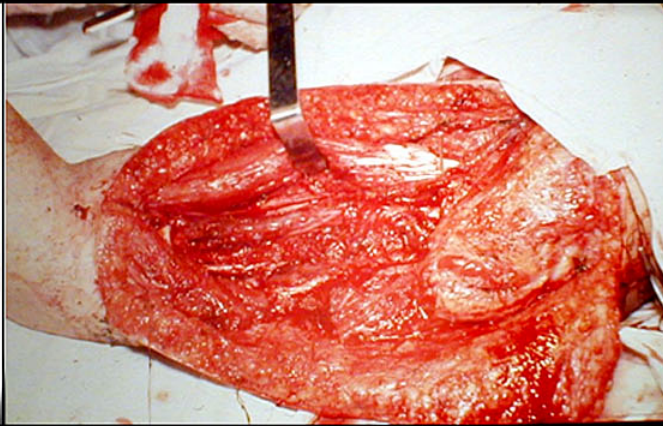
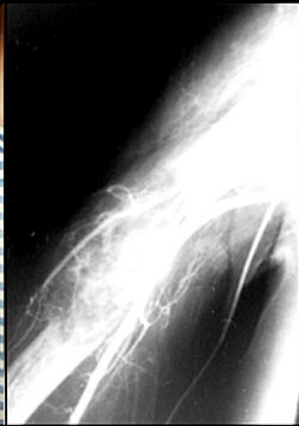


Реконструктивно-пластическая микрохирургия в травматологии и ортопедии



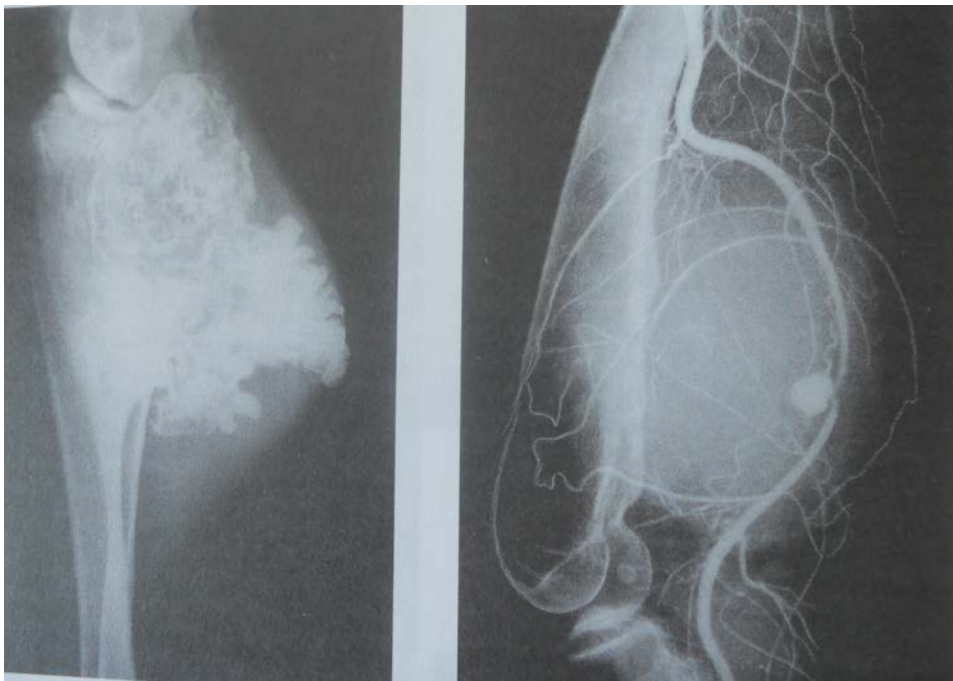
Реконструктивно-пластическая микрохирургия в травматологии и ортопедии

Сохраняющие конечность операции при злокачественных опухолях костей

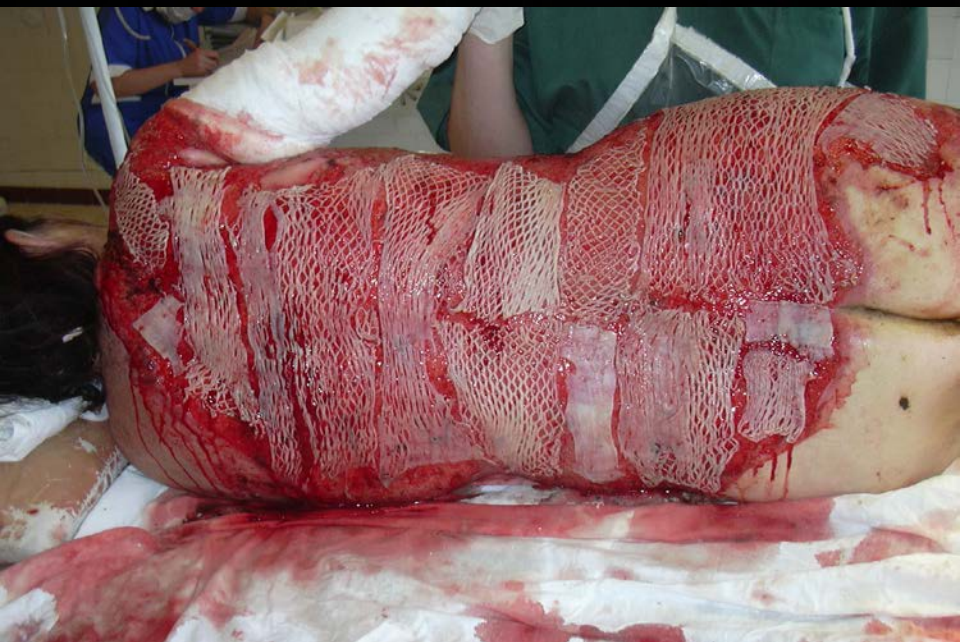
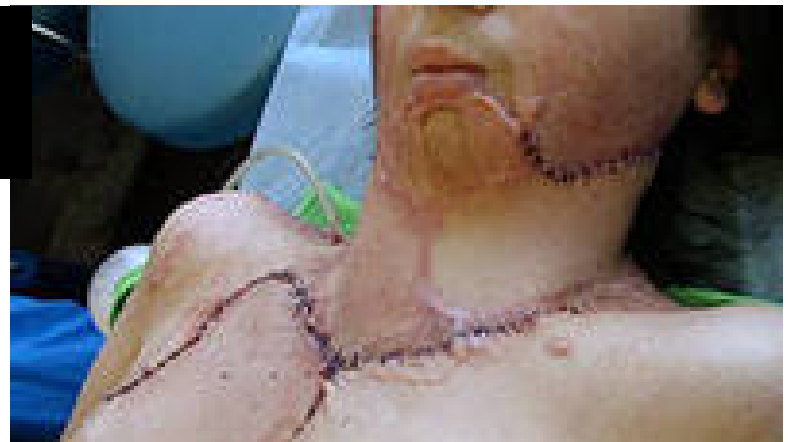


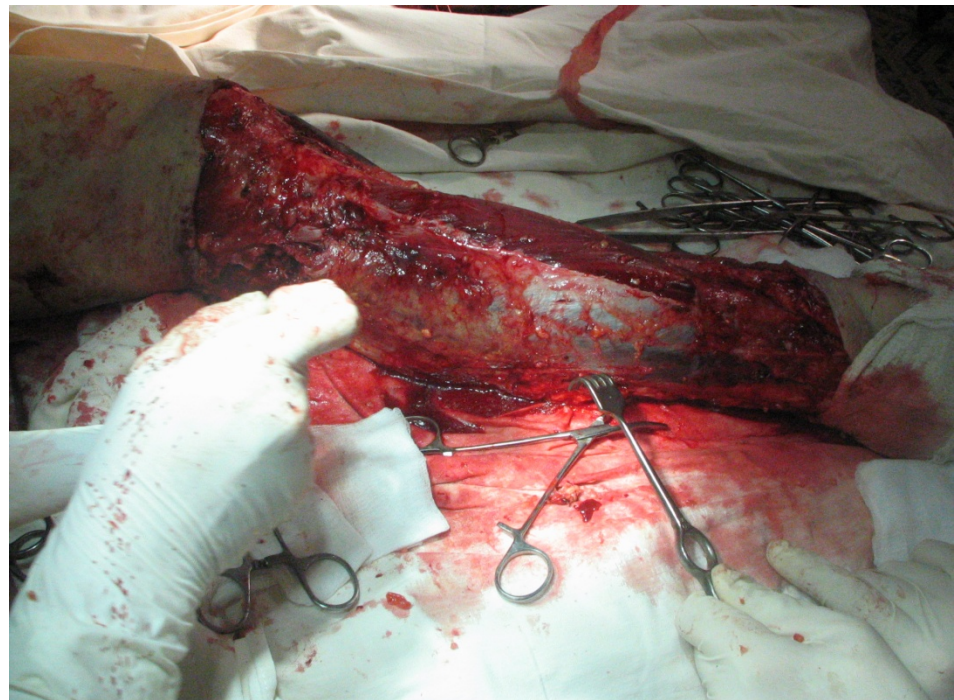
▼ Пересадка васкуляризированных комплексов тканей + КДА

Костная онкология с лазерной абляцией и блокадой магистрального кровотока



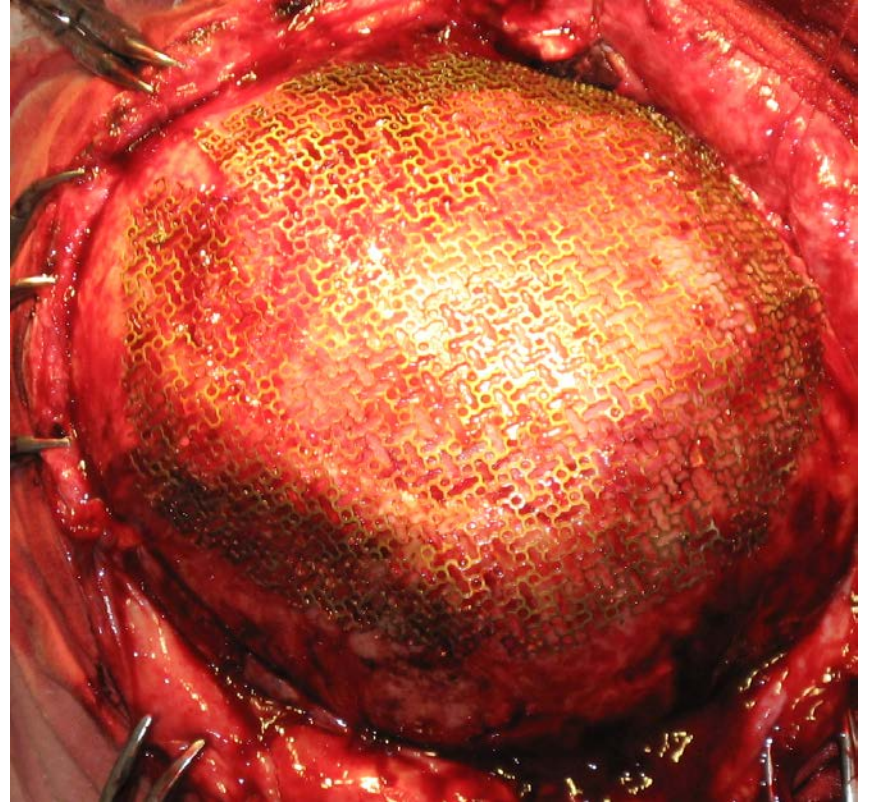
Современная реконструктивная комбустиология





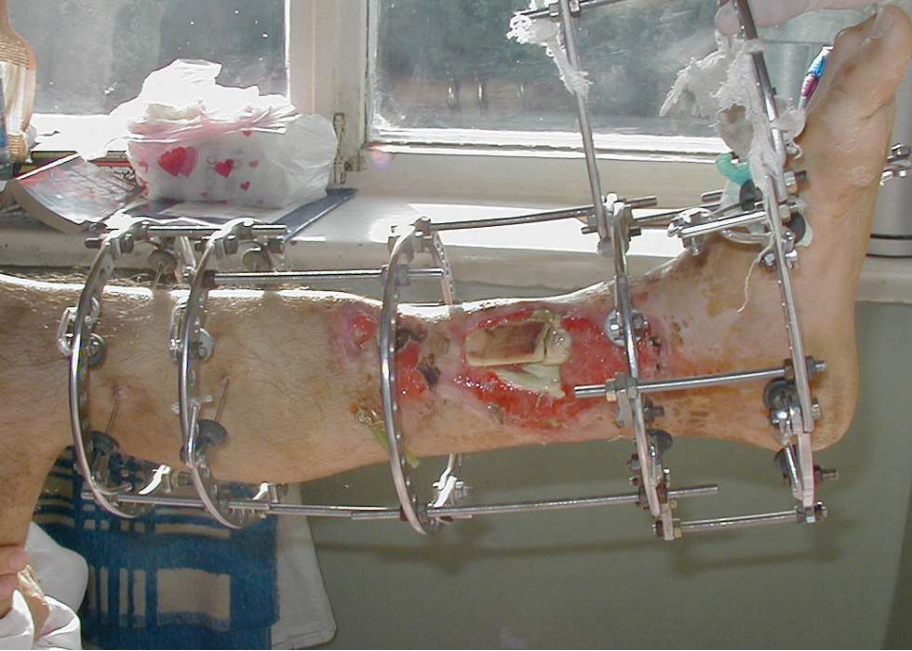
Пластика обширного кожного дефекта (скальпированная рана голени) расщепленным кожным лоскутом («сетчатый», перфорированный трансплантат)

Инновационные технологии



ЗАМЕЩЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА







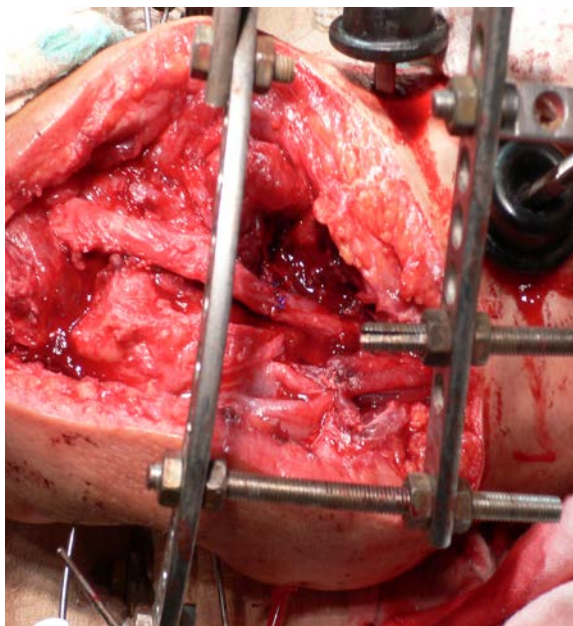
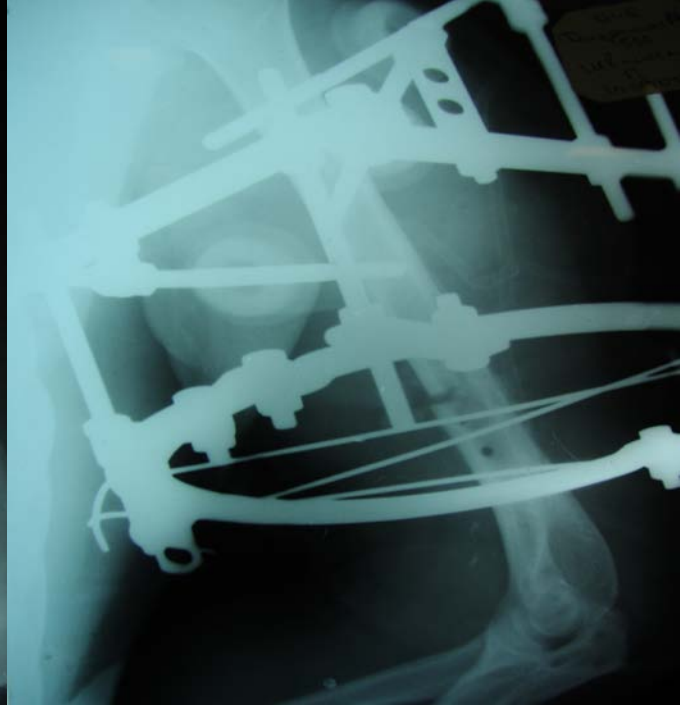
Спустя 3 года после травмы



Малоинвазивный остеосинтез переломов костей таза

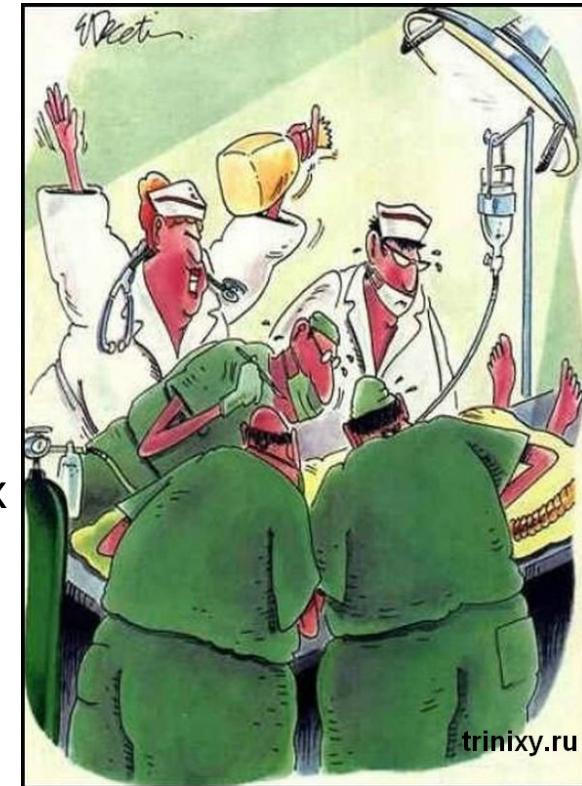


Остеосинтез нестабильного перелома таза аппаратом внешней фиксации



НАШИ ДОСТИЖЕНИЯ (мы долго стучали в двери администрации на всех уровнях, чтобы обратить внимание чиновников на нужды нашей самой востребованной профессии).

- 1. В настоящее время** мы имеем неплохой набор имплантов для различных видов современного остеосинтеза, а также ЭОП почти в каждом отделении травматологии. Широко развивается артроскопическая хирургия.
- 2. Всего в 2016 году в г. Воронеже и области** выполнено около **1340** эндопротезирований тазобедренного сустава (1100 – в ВОКБ №1), в районах области – 118 таких операций и 153 – коленного сустава (из них 30 – с лазерной навигацией), на базе НУЗ жд больницы на ст. Воронеж-1 впервые проведено эндопротезирование плечевого сустава
- 3. Мы получили возможность** стимулировать репаративный остеогенез (и гистиогенез вообще), не производя дополнительных операций по забору аутоканей.
- 4. Современные технологии** развиваются и в районных больницах.
- 5. За счет развития новых технологий выросла заработная плата** врачей и мед.персонала





Хирургический корпус железнодорожной больницы г. Воронеж (2006 г.)

6. На кафедре травматологии и ортопедии ВГМУ обучается в несколько раз больше ординаторов (28), аспирантов (6 в том числе иностранных), чем это было в недавнем прошлом, имеется симуляционный класс для их обучения, а сертификат специалиста теперь нельзя получить за 4 месяца, как раньше.

7. Кафедра травматологии и ортопедии ВГМУ совместно с врачами клинических баз ежегодно участвует в Российских и международных конференциях, проводит таковые сама, публикует статьи в международных и Российских журналах

8. На базе кафедры транспортной медицины с курсом травматологии ИДПО ВГМУ теперь могут повышать свою квалификацию врачи из любого региона России и из ближнего зарубежья.



Классификация повреждений таза «АО» (1993)

A. Стабильное повреждение
задние полукольца интактны или смещения минимальны

B. Частично стабильное повреждение
неполный разрыв заднего полукольца,
ротационная нестабильность

C. Нестабильное повреждение
полный разрыв заднего полукольца,
вертикальная нестабильность

Межрегиональная конференция «Организационные и клинические аспекты оказания помощи пациентам в травматологии и ортопедии» 2 декабря 2016 г. ВГМУ им. Н.Н.Бурденко



Заключительный день конференции 3 декабря 2016 г. – доклады ординаторов и интернов из ВУЗов Восточно-европейского научно практического кластера

За период 2014 по 2017 г.г. сотрудниками кафедры получено 4 патента на изобретение и подано 3 заявки. В 2014 и 2015 годах получены гранты на общую сумму около 700 тыс. рублей, что позволило продолжить исследования по теме НИР: использование аутогенных факторов роста для нормализации процессов остео- и хондрогенеза у пациентов в травматологии и ортопедии.



Кафедра травматологии и ортопедии приняла активное участие во Всероссийском конкурсе инновационных проектов «Эстафета вузовской науки» прошлого и этого года, за что заведующий кафедрой получил от ректора ВГМУ им. Н.Н.Бурденко профессора И.Э.Есауленко Благодарственное письмо.

Международное сотрудничество



Научно-практическое общество травматологов - ортопедов Воронежа и области:

- членами общества являются 73 человека, общество является ячейкой Ассоциации травматологов и ортопедов России, его члены входят также в ассоциацию медработников Воронежа и области.

- работает постоянно (консультации, консилиумы, демонстрации сложных случаев травмы и заболеваний ОДА),

- заседания проходят 1 раз в два месяца, обсуждаются современные профессиональные проблемы, ошибки и осложнения в лечении пациентов, рассматриваются инновации в диагностике и лечении пострадавших и больных,

- ежегодно в рамках общества проводится межрегиональная конференция «Ошибки, осложнения и инновации в травматологии и ортопедии», в которой участвуют около 300 человек из разных регионов России и зарубежья.



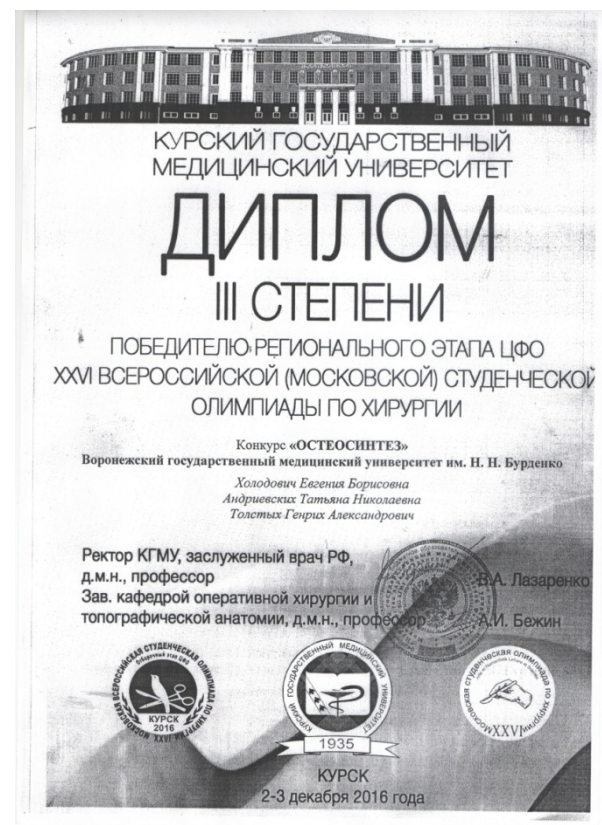
НСК кафедры работает около 25 лет.

В настоящее время членами кружка являются 17 студентов 4 – 6 курсов разных факультетов.

Заседания НСК проводятся каждый месяц. Ребята выступают с докладами по темам, данным преподавателями, занимаются в симуляционном классе.

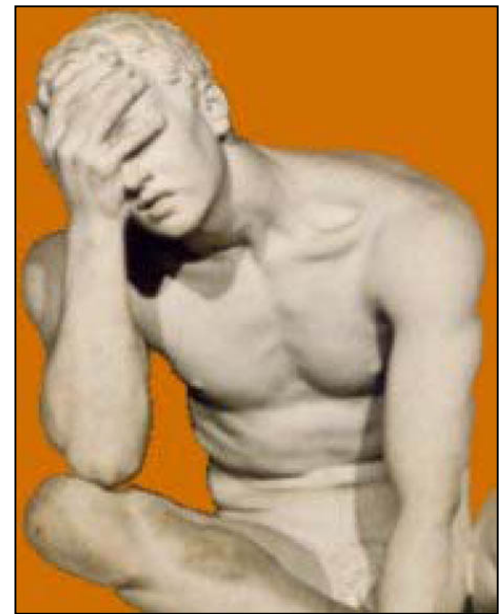
Кружковцы регулярно участвуют в работе региональных и межрегиональных студенческих конференций, в Российских олимпиадах по профессии.

Кружковцы являются основой кадрового пополнения профессионального сообщества, Большинство из них поступает в аспирантуру и ординатуру по специальности.



НАШИ ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ:

1. **Множество источников** финансирования затрудняет работу
2. **Нет постоянства и регулярности** в финансировании
3. **Количество заполняемой документации** и не до конца отработанные «правила» ее ведения отвлекают врача от работы с пациентом
4. **Не отрегулированы механизмы** платных услуг – пациент хочет быстро получить максимально возможный объем современной помощи, готов за это платить, но имеются формальные «препоны». Получается, что деньги ЛПУ не нужны.
5. **Необходимо большее количество** операционных и полутора-сменный операционный рабочий день
6. **Не регламентированы** взаимные права и обязанности кафедры и клиники из-за чего профессиональный потенциал кафедрального работника бывает не востребован



НЕСМОТЯ НА ТЕХНИЧЕСКИЕ И ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ, МЫ ДЕЛАЕМ ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ПОМОГАЕМ ПАЦИЕНТАМ ВЕРНУТЬ ЗДОРОВЬЕ И ПРЕЖНЕЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

ОДНАКО МЫ НЕ ДОЛЖНЫ ЗАБЫВАТЬ, ЧТО РЕЗУЛЬТАТ НАШЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЗАВИСИТ ОТ МНОГИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ (возможность и умение влиять на психоэмоциональный статус пациента, провести комплексное медикаментозное лечение и реабилитацию), И, КАК ОСНОВНОЙ ИСПОЛНИТЕЛЬ, ОПЕРАТОР ДОЛЖЕН ПОНИМАТЬ ЭТИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА И УМЕТЬ ВЛИЯТЬ НА НИХ.



**Раз все врачи – дураки, взяточники и сволочи, вали отсюда и лечи себя сам.
А я хоть одну ночь выплусь ...**

Первая группа ошибок связана с объективными условиями:

- **Недостаточно внимательное обследование пациента и подготовка его к операции (большой поток больных, ограниченные возможности инструментального объективного исследования, недостаток квалифицированных кадров - характерно для ЦРБ)**
- **«Паническое» оказание ургентной помощи в условиях дефицита оснащения, оборудования, лекарственных средств и при отсутствии собственного опыта.**
- **Нетипичная (патологическая) анатомическая ситуация у пациентов, которые уже перенесли не одно оперативное вмешательство в скомпрометированной зоне.**
- **И, наконец, просто физическая усталость – вечный «ургент», несколько мест работы и дежурства «через день» чтобы при нашей «высокой зарплате» прокормить семью.**

Вторая группа ошибок совершенно субъективна:

- **Излишняя самоуверенность и амбициозность хирурга при отсутствии достаточного опыта:**
 - а) Нежелание обратиться за советом к «старшим».**
 - б) Нежелание «раскрыть книги».**
 - в) Пренебрежение предоперационным планированием.**
- **Недостаточное знание топографической анатомии и нежелание эти пробелы ликвидировать (профессиональные книги и работа с трупным материалом).**
- **Небрежное, грубое обращение с тканями.**
- **Нежелание получать новую информацию по специальности (журналы, конференции, Интернет, специализации и др.)**
- **Нежелание анализировать свой опыт и свои ошибки.**
- **Воинствующее невежество и пренебрежение к пациенту (нежелание виртуально поставить себя или своего родственника на его место).**

Глобальные проблемы современной травматологии, ортопедии и комбустиологии:

- 1. Тяжелая политравма с полиорганными, тромбэмболическими и инфекционными осложнениями.**
- 2. Замедленная консолидация переломов и ложные суставы.**
- 3. Быстропрогрессирующий и «молодеющий» полиостеоартроз.**
- 4. Остеопоротическая патология опорно-двигательного аппарата.**
- 5. Недостаточные возможности адекватной реабилитации пациентов после травмы.**

Эти проблемы должны решаться не только хирургическим путем.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ВОРОНЕЖСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. Н.Н. БУРДЕНКО»

Самодай В.Г., Рыльков М.И., Толстых А.Л., Жарикова Л.Г.

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ
ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Учебно-методическое пособие



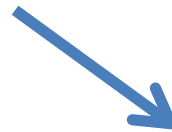
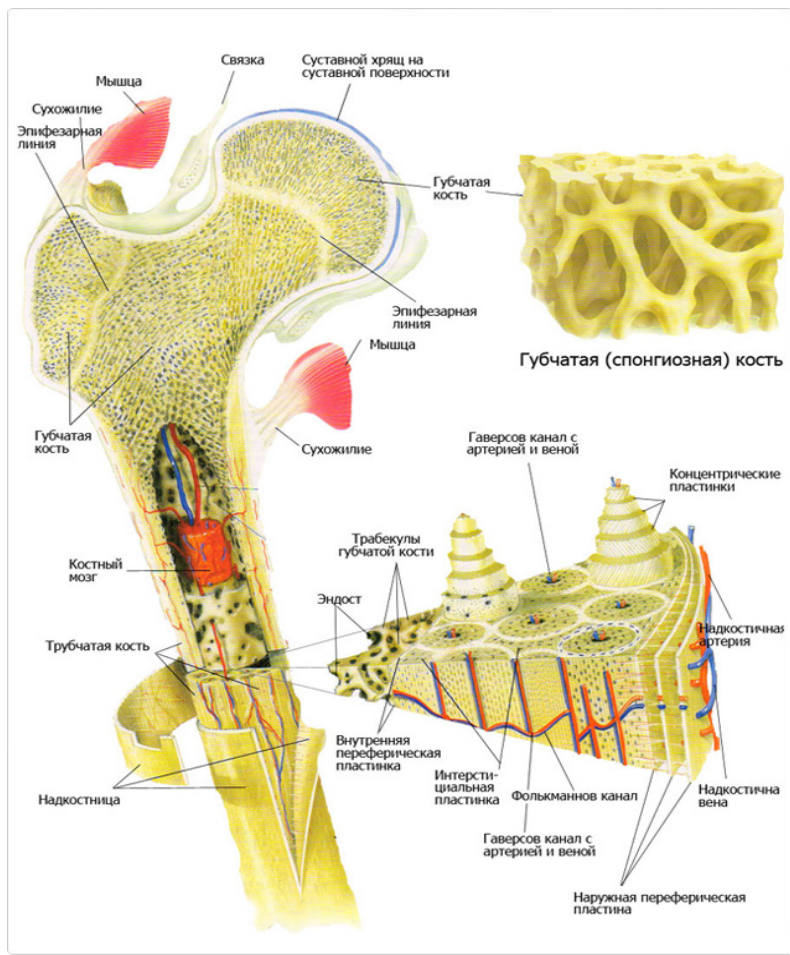
Воронеж, 2011г

**По данным наших коллег из
ЦИТО им. Н.Н.Приорова,
г. Москва,
сроки сращения переломов в
настоящее время необходимо
увеличить в 1,5 – 2 раза !**

Травма, перелом, обширная высокоэнергетичная контузия костной и Окружающих тканей (н/З голени, предплечья, стопа)



Возникновение зоны первичного некроза и зоны молекулярного сотрясения с отеком эндотелия сосудов микроциркуляторного русла, нарушение реологии, вторичные некрозы, рубцовая ткань с компретацией сосудов среднего калибра, изменение их диаметра, нарушение венозного оттока крови.



Трофические нарушения, замедленная консолидация, инфекция, несращение, все более усугубляющийся рубцовый процесс с изменениями в стенках артерий, ложный сустав.

Для консолидации, остеиндукции и репарации тканей, для успешной инкорпорации любого пластического материала необходима хорошая микроциркуляция !

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ И РЕПАРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В СКОМПРЕТИРОВАННОЙ ЗОНЕ

Консервативные:

Хорошее обезболивание

Снижение потребления никотина

Полноценное белковое питание

ЛФК (**обязательно и до и после операции**)
массаж, ФТЛ (магнитотерапия)

ВУТ (волновая ударная терапия)



Комплексная фарм. Терапия – дезагреганты тромбоцитарные (ацетилсалициловая к-та, клопидогрель); дезагреганты эритроцитарные (**трентал**, пентоксифиллин); вазодилататоры (сулодексид, курантил); препараты, влияющие на анаболизм (хондропротекторы, остеогенон, солкосерил, актовегин); антиоксиданты (**мексидол**, милдронат); антикоагулянты (гепарины, варфарин, прадакса, ксарелто)

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 901н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия""

- Утвержден Порядок оказания медпомощи по профилю "травматология и ортопедия".
- Помощь оказывается в следующих видах: первичная медико-санитарная; скорая, в т. ч. скорая специализированная; специализированная, в т. ч. высокотехнологичная.
- Это может делаться амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно.
- Первичная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению травм и заболеваний костно-мышечной системы, **медицинской реабилитации**, формированию здорового образа жизни.
- Скорая помощь оказывается фельдшерскими, врачебными, специализированными выездными бригадами травматологического и ортопедического профилей.
- При наличии показаний после устранения угрожающих жизни состояний больные переводятся в отделение травматологии и ортопедии или хирургическое отделение для оказания специализированной помощи.
- Приказ об утверждении Порядка оказания медпомощи при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы признан утратившим силу.

Реабилитация пациента с повреждением или заболеванием опорно-двигательного аппарата должна проводиться и до и после оперативного вмешательства.

Ранняя, безаппартная реабилитация должна начинаться на следующий день после операции. В этот день к пациенту не приходит врач ЛФК (в большинстве больниц таких просто нет, а в многопрофильных, специализированных клиниках они появляются у наших пациентов только через 2 -3 дня после операции).

**Девизом ранней реабилитации должно быть –
ни одно лекарство не заменит мышечного движения!!!**

Это:

- движение стопами для работы икроножных мышц (венозная помпа) – профилактика тромбозов (наряду с компрессией н. конечностей и введением антикоагулянтов)
- дыхательная гимнастика – профилактика «застойной» пневмонии
- работа мышцами брюшного пресса – профилактика копро- и уростаза, массаж НПВ и улучшение притока крови в правые отделы сердца
- напряжение мышц верхних конечностей и надплечий (улучшение кровообращения спинного и головного мозга, прием пищи, уход за собой)

Все это пациент обязан научиться лечащий врач!!!

Реабилитация, которая проводится в стационаре и в первые несколько месяцев после выписки, считается **медицинской** и должна проводиться лечащим врачом, врачами ЛФК, средним персоналом отделения. При этом после выписки пациент должен иметь развернутый план своих действий по восстановлению функций поврежденных сегментов ОДА, а между врачами стационара, где лечился пациент и врачами амбулаторного этапа его лечения должна быть четкая преемственность.



Следующим этапом возвращения человека в «прежнюю жизнь» является реабилитация **профессиональная и социальная**, которая может продолжаться не один год и выполняется в семье и на производстве при участии (периодический осмотр, контроль, советы) врачей, принимавших участие в лечении пациента



РЕЗЮМЕ:

Пациенты, которым предстоит плановое оперативное вмешательство по реконструкции сегментов ОДА или замене сустава в до и послеоперационном периоде должны получать лечение для профилактики инфекции (стандарты разработаны), тромбэмболических осложнений (стандарты разработаны), остеопении или остеоартроза (стандарты не разработаны), профилактики болевого синдрома (стандарты не разработаны), гипотрофии мышечного аппарата скомпрометированного сегмента (разработаны, но далеко не всегда применяются стандарты ЛФК).

При наличии у пациента системного коллагеноза необходимо сотрудничество с ревматологами |



Достижений в нашей профессиональной и образовательной деятельности много, но и проблем остается немало.....

Давайте вместе их решать !!!



Спасибо за внимание, с наступающим НОВЫМ ГОДОМ ЖЕЛТОЙ СОБАКИ !