

М.В. Паршиков <sup>1</sup>, А.А. Стеклов <sup>2</sup>, С.Е. Никитин <sup>3</sup>, В.И. Горбунов <sup>4</sup>, М.В. Мельник <sup>5</sup>

## СОВРЕМЕННОЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ГИПСОВЫХ КАБИНЕТОВ ЛПУ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)

<sup>2</sup> Городская больница № 4 (Ульяновск)

<sup>3</sup> Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова (Москва)

<sup>4</sup> Ульяновский государственный университет (Ульяновск)

<sup>5</sup> ООО «Центр протезирования и реабилитации «Возрождение» (Ульяновск)

*Существующие на сегодняшний день гипсовые кабинеты в большинстве лечебных учреждений морально и функционально устарели: они не могут в полной мере обеспечить прогрессивно идущую вперед отрасль здравоохранения, как на стационарном, так и на амбулаторном уровне. Преобразование гипсового кабинета в современное лечебное подразделение даст возможность оптимизировать комплексное лечение и реабилитацию пациентов с различными видами патологии и заболеваниями. В данной статье представлен опыт организации ортезной помощи в небольших городах на примере г. Ульяновска.*

**Ключевые слова:** организация гипсовых кабинетов, реабилитация, оптимизация лечения

## REORGANIZATION OF PLASTER ROOMS IN HOSPITALS: FROM THEORY TO PRACTICE

M.V. Parshikov <sup>1</sup>, A.A. Steklov <sup>2</sup>, S.E. Nikitin <sup>3</sup>, V.I. Gorbunov <sup>4</sup>, M.V. Melnik <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Moscow State Medico-Stomatological University, Moscow

<sup>2</sup> City Hospital N 4, Ulyanovsk

<sup>3</sup> Central Institute of Traumatology and Orthopedics named after N.N. Priorov, Moscow

<sup>4</sup> Ulyanovsk State University, Ulyanovsk

<sup>5</sup> Limited Liability Corporation «Center of prosthetics and rehabilitation 'Vozrozhdeniye'», Ulyanovsk

*Nowadays plaster rooms in the majority of hospitals are morally and functionally out of date. They can not provide public health service to the full either on in-patient or on out-patient level. Reorganization of a plaster room into an up-to-date medical subdivision will optimize complex treatment and rehabilitation of patients with various kinds of disorders. This article describes the experience of organization of orthetic assistance in small towns using Ulyanovsk as an example.*

**Key words:** organization of plaster rooms, rehabilitation, optimization of treatment

### АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Снижение уровня инвалидности вследствие высокого травматизма и заболеваемости костно-мышечной системы представляет собой одну из приоритетных задач не только здравоохранения, но и всего государства. По данным ФГУП «ЦИТО» Минздравсоцразвития РФ в результате временной нетрудоспособности от травм, а также болезней кожно-мышечной системы, ежегодно теряется более 120 млн. рабочих дней и свыше 18 тыс. человек исключается из трудовой деятельности. За последние 10 лет первичный выход на инвалидность возрос почти на 20 % с тенденцией омоложения возраста пациентов [5]. Анализ статистических данных свидетельствует, что неблагоприятное в нашей области обусловлено как социально-экономическими факторами, так и состоянием медицинской, в том числе специализированной помощи.

Несмотря на тенденции современной травматологии проведения стабильного остеосинтеза при переломах, с целью отказа от внешней иммобилизации, в последнее время все чаще встречаются случаи (от 18 до 17 %), когда жесткость фиксации оказывалась недостаточной, и для достижения

консолидации все же требуется дополнительная наружная иммобилизация [6]. В то же время, при использовании классических гипсовых повязок в дальнейшем нередко формировались стойкие контрактуры и больные становились инвалидами [9]. Прогрессирование заболеваний костно-мышечной системы (например: остеохондроз, кифоз, сколиоз, гонартроз и т.д.) также может привести к инвалидизации. Пациенты длительное время вынуждены находиться на стационарном, либо амбулаторном лечении. Как правило, комплекс мероприятий, назначаемых больным, включает и использование ортопедических приспособлений. Их применяют временно на различных этапах реабилитации либо уже постоянно [1, 4].

Изготовление ортопедических изделий осуществляется на протезно-ортопедических предприятиях. Этим предприятиям по объективным причинам достаточно сложно в полном объеме и своевременно изготовить необходимые изделия, тем более на современном уровне. Кроме того известно, что пока многие новые технологии не могут быть внедрены в практическое здравоохранение из-за слабой материально-технической базы большинства лечебных учреждений страны,

недостаточного бюджетного финансирования и подготовленных кадров [2].

В современных травматолого-ортопедических отделениях, как правило, отсутствуют полноценные гипсовые кабинеты, поэтому гипсовой десмургией иногда занимаются просто в коридоре. В последнее время технологию внешней иммобилизации упростили: посылают за повязками-ортезами в магазины (наиболее простые ортопедические изделия можно приобрести в специализированных салонах). Непонятно, как врач контролирует качество своей помощи, не зная свойств этих изделий. Но, несмотря на это, получить адекватную протезно-ортопедическую помощь в полном объеме в регионах удается не всем нуждающимся.

Совершенствованию системы, увеличению объема, характера и преемственности травматолого-ортопедической помощи в конкретных областях и подключение к решению этих задач специализированных крупных центров посвящены многие конференции и симпозиумы [3]. Анализируя полученные результаты, имея положительный отклик, как врачей, так и пациентов данного региона мы решились доработать примененную схему. Для ее внедрения было получено предложение от врачей-ортопедов и организаторов здравоохранения Ульяновской области. Предварительно нашими коллегами были изучены: состояние протезно-ортопедической деятельности в городе и районах; потребности и возможности.

На сегодняшний день в области функционирует 27 стационаров, оказывающих экстренную помощь, где развернуты 1171 хирургических, 533 травматологических и 157 нейрохирургических коек, 3 круглосуточных травматологических пункта и 36 травматологических кабинетов [7]. Обеспечение протезно-ортопедическими изделиями, необходимыми для лечения и реабилитации пациентов, происходит по следующей схеме: ФГУП Ульяновское протезно-ортопедическое предприятие в основном оказывает помощь инвалидам и льготным категориям граждан. Серийно выпускаемые изделия медицинского назначения и протезно-ортопедические изделия пациенту, не являющемуся инвалидом, можно приобрести в специализированных магазинах и аптеках. Важной особенностью такой схемы является то, что последние организации являются только поставщиками и продавцами изделий (часто сотрудники не имеют даже медицинского образования) и за процесс лечения и реабилитации не отвечают.

Поэтому врачи-новаторы региона самостоятельно пытаются оказывать данный вид помощи пациентам в травматолого-ортопедических отделениях, используя чаще серийные ортопедические изделия (индивидуализируя их) или изготавливают, на основе гипсовой десмургии, индивидуальные корсеты и повязки из подручных, имеющихся в обеспечении отделения, материалов. Эти специалисты убеждены, что основной идеей своей деятельности является соблюдение принципов функционального лечения, которые подразумевают

раннее восстановление функции при обеспечении необходимой стабильности поврежденного сегмента, выполняемое в максимально комфортных условиях.

При анализе сложившейся ситуации в регионе, нами был так же выявлен ряд общих проблем, присущих данной тематике, а именно:

- отсутствие в поликлинических учреждениях гипсовых кабинетов;
- отсутствие в стационарных учреждениях гипсовых кабинетов, соответствующих сегодняшнему уровню травматолого-ортопедической помощи;
- отсутствие конкретного специалиста, курирующего больного, составляющего общую программу реабилитационного процесса;
- отсутствие единых программ реабилитации, различное мнение о конкретных методиках;
- отсутствие контакта и преемственности между специалистами медицинских учреждений, осуществляющих различные этапы реабилитационного процесса;
- часто недоброжелательное отношение между специалистами различных специальностей и учреждений;
- практически полное отсутствие взаимодействия между специалистами, осуществляющими лечебный процесс и обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации;
- невысокое качество предлагаемых протезно-ортопедических изделий и технических средства реабилитации, низкую культуру их обслуживания.

## ОПЫТ РЕШЕНИЯ

В г. Ульяновске с 2006 г. нами применяется следующая модель оказания протезно-ортопедической помощи. На базе МУЗ Городская больница № 4 создано технико-ортопедическое подразделение, выведенное из общего бюджетного финансирования, и состоящее из кабинета приема специалиста, слепочной, мастерской и склада продукции (рис. 1).

Функционирует вышеназванное подразделение следующим по трем основным направлениям:

### **I. Индивидуальное ортезирование из современных полимерных иммобилизирующих материалов**

В мастерской непосредственно на больном изготавливаются гильзы и повязки, являющиеся альтернативной заменой традиционным гипсовым. Применяются как классические конструкции, так и оригинальные (разработанные сотрудниками отделения). Получены патенты на полезную модель «Ортез для нижней конечности из полимерных материалов (№ 90984 и № 90985 от 21.09.2009 года) [8]. При необходимости, в данные повязки вносятся дополнительные функционально пригодного аппарата. Ортезы используем при разнообразной травме и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Причем как в остром периоде, так и во время реабилитации.



Рис. 1. Техничко-ортопедическое подразделение: А – кабинет приема, Б – слепочная, В – мастерская, Г – склад продукции.

## II. Индивидуализация характеристик серийного ортопедического изделия под конкретную задачу ортезирования больного

Накоплен большой опыт работы с изделиями МНПО «ПАРИЗО» и некоторых ведущих зарубежных изготовителей: «Champion» (USA). «EZY WRAP» (USA), и др. Широко используются в лечении переломов костей конечности и их осложнений постинг-ортезы, разработанные совместно с кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ МГМСУ, производство «ПАРИЗО». Съемные ребра жесткости позволяют на этапах лечения легко изменить форму, конструкцию и жесткость изделия. Это в первую очередь: тугор для нижней конечности на голеностопный сустав ТНО-25, кистедержатель ТРО-07, тугор для нижней конечности ТН4-13. При лечении заболевания опорно-двигательного аппарата применяем широкую гамму изделий: ортопедическую манжету, корректор деформированных II и III пальцев стопы, ортопедические стельки, выпускаемые по технологии POLARIS, бандаж ортопедический поясничный БН 6-22 и др. Почему отделением были выбраны эти производители? Соответствующие характеристики конструкции позволяют легко и надежно осуществлять достижение поставленных целей при ортезировании, удобные условия поставки и цены.

## III. Сложная протезно-ортопедическая помощь

Производится изготовление таких изделий, как аппараты-тройники, вертикализаторы для пациентов с ДЦП, корсеты Шено, сложные реклинаторы и протезы. Технология такой помощи достаточно сложная:

- В кабинете специалиста проводится осмотр врачом ортопедом, а так же определяются показания для назначения конкретного протезно-ортопедического изделия. Здесь же происходит примерка и выдача готового изделия.

- В слепочной изготавливается гипсовый негатив конечности или туловища, производится снятие необходимых замеров. Далее негативы, рентгеновские снимки, замеры и необходимые рекомендации направляются во ФГУП «ЦИТО», где на базе протезно-ортопедического производства

изготавливают необходимое протезно-ортопедическое изделие.

- В мастерской орто-технического отделения МУЗ Городская больница № 4 производится доработка, при необходимости и подгонка изделия под индивидуальные особенности пациента, а также последующее гарантийное и постгарантийное обслуживание.

Так как данное подразделение выведено из общего финансирования лечебного учреждения, в формировании штатного расписания не возникло сложностей. В штат вошли: врач травматолог-ортопед, врач травматолог-ортопед детский, медицинская сестра, техник-протезист, санитарка, секретарь-машинист, юрист-консультант (штатный специалист МУЗ Горбольница № 4).

Работа с подразделениями учреждения проста: по направлению лечащего врача или при самообращении пациент консультируется специалистом технико-ортопедического отделения. Часы приема детского и взрослого населения разделены по времени, а пациентов круглосуточных стационарных отделений врач-консультант консультирует «на месте». Далее, по одному из представленных выше алгоритмов, изготавливается ортез который либо поступает на склад, либо врачом-консультантом доносится пациенту в отделение. После примерки и в том и в другом случае в мастерской происходит подгонка ортеза под пациента. Одевая на пациента готовый ортез, врач-консультант технико-ортопедического отделения, тем самым, включается в общий процесс лечения данного больного, отвечая за важный раздел процесса — ортезотерапию: пациент курируется до выздоровления (или минования необходимости в ортезе) как на этапе стационара, так и на амбулаторном этапе лечения (рис. 2).

Важной отличительной особенностью работы нашего технико-ортопедического подразделения является наличие в МУЗ Городская больница № 4 медико-технической комиссии (МТК, подкомиссия врачебной комиссии), заключения которой являются обязательным для составления Индивидуальной программы реабилитации в профильном филиале МСЭК Ульяновской области. Данная комиссия уни-

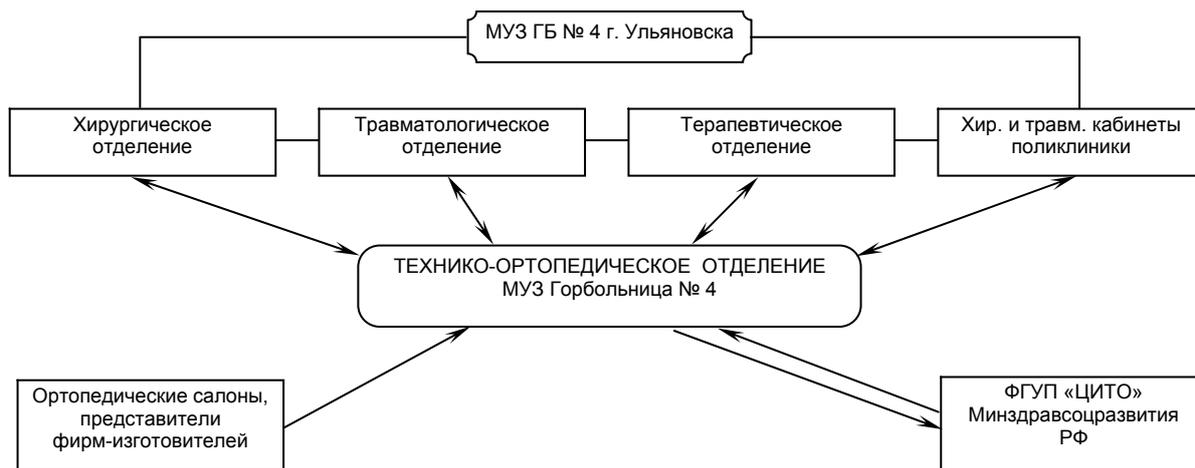


Рис. 2. Взаимодействие подразделений МУЗ ГБ № 4 г. Ульяновска с ТОО.

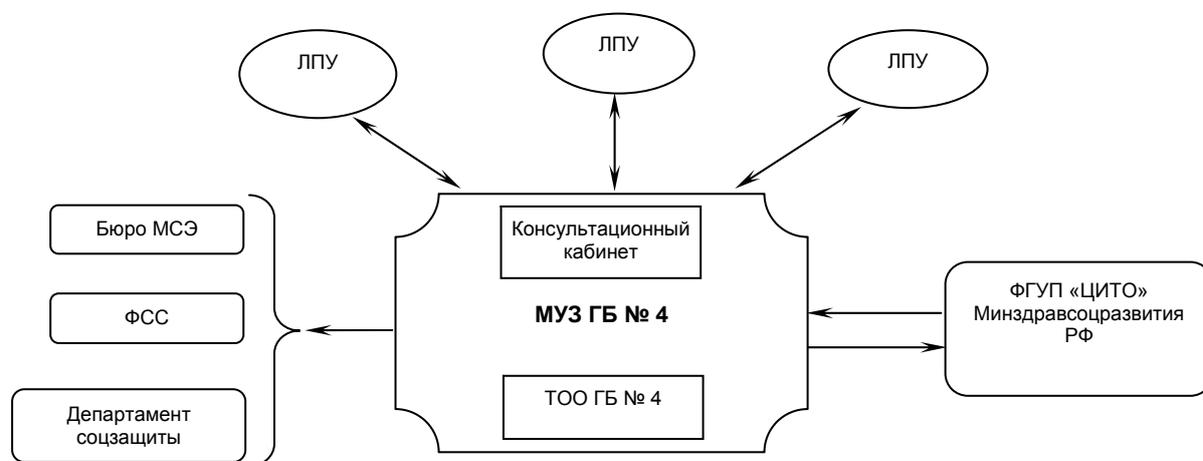


Рис. 3. Взаимодействие с другими ЛПУ и учреждениями города и области.

кальна в г. Ульяновске и Ульяновской области, т.к. ни в одном региональном медицинском учреждении на сегодняшний день нет практики работы с инвалидами и нуждающимися в протезно-ортопедических изделиях пациентами в необходимом объеме, что вызывает как трудности в ортезировании, ортезотерапии, так и просто недовольство пациентов.

Специалистами медико-технической комиссии (подкомиссии ВК) МУЗ Городская больница № 4 г. Ульяновска с 2006 г. проводится тщательный анализ при выборе протезно-ортопедического изделия или технического средства реабилитации, необходимого пациенту. На основании данного анализа составляется заключение медико-технической комиссии МУЗ ГБ № 4, пациенту настоятельно рекомендуется при оформлении очередной индивидуальной программы реабилитации инвалида требовать от сотрудников бюро МСЭК переносить заключение медико-технической комиссии в программу реабилитации.

Все вышеизложенное привело к тому, что помимо лечебно-диагностической, технической работы, технико-ортопедическое отделение МУЗ Городская больница № 4 в лице своих сотрудников стало оказывать правовую поддержку пациентов и их родствен-

ников в части оказания протезно-ортопедической помощи, обеспечения техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями.

В штатном расписании МУЗ Горбольница № 4 существует должность юрисконсульта. Данный специалист, основываясь на законодательстве РФ, Ульяновской области и Министерства здравоохранения г. Ульяновска, консультирует пациентов и их родственников. В частности, в рамках Постановления правительства Российской Федерации от 07.04.2008 г. № 240 пациентам и родственникам разъясняется их права и полномочия при общении с работниками Фонда социального страхования и Департамента социальной защиты. Дальнейшее ведение и наблюдение пациентов, получивших протезно-ортопедические изделия и технические средства реабилитации, осуществляется совместно со специалистами профильного отделения стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения города Ульяновска (рис. 3).

За период 2006 – 2010 гг. в технико-ортопедическом отделении оказана помощь свыше 1500 пациентам. Это больные в возрасте от 4 до 75 лет с острой скелетной травмой и ее последствиями, перенесшие оперативные вмешательства на костно-мышечной

системе, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы.

**Клинические наблюдения**

Пациент П., 51 год, прооперирован в СарНИ-ИТО в октябре 2008 г. по поводу асептического некроза головки левой бедренной кости: произведено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. В декабре 2008 г., через 2 месяца после операции – вывих головки эндопротеза. Вправление проводилось в травматологическом отделении областной клинической больницы г. Ульяновска. От наложения гипсовой повязки пациент отказался. Для предотвращения рецидивов вывиха, с целью ограничения ротации, отведения и сгибания в тазобедренном суставе, пациенту наложена полимерная-шарнирная повязка (рис. 4), в которой пациент находился в течение следующих 2,5 месяцев. Через 6 месяцев с момента вывиха пациент приступил к трудовой деятельности, передвигается без дополнительных средств опоры.



Рис. 4. Пациент П. в ходе лечения: А – вид сбоку, Б – вид спереди

Пациентка Н., 9 лет, г. Ульяновск, диагноз: ДЦП, спастический тетрапарез. При первичном осмотре 02.03.08 г: «ходит» на коленях, сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренных и коленных суставах (пассивное разгибание в коленных суставах – 130–140°; в тазобедренных суставах – 150–160°), которые с трудом поддаются ручной коррекции. Интеллект у ребенка сохранен. На протяжении всего периода лечения получал ежеквартально курсы ЛФК, массажа в условиях ГУЗ Областная детская больница восстановительного лечения № 2. Ортезирование 1 раз в год силами Ульяновского протезно-ортопедического предприятия: аппарат шинно-кожный, предоставлялся пациенту через 3–4 месяца после снятия мерок, но не использовался в виду тяжести изделия, сложности одевания и эксплуатации и роста ребенка. Динамики регресса

симптомов и развития самого ребенка не наблюдалось. В технико-ортопедическом отделении МУЗ Горбольница № 4 пациенту сделаны слепки конечностей и тазовой области, переданы в течение 3-х дней в производственный отдел ФГУП «ЦИТО» Минздравсоцразвития РФ, где в течение 2-х недель был изготовлен современный аппарат (тройник) из полимерных материалов. В течении месяца, после замеров пациент получил протезно-ортопедическое изделие с рекомендациями по использованию и дальнейшей реабилитации (рис. 5). Наблюдение и курация пациента в течение следующих 6 месяцев показало эффективность назначенного протезно-ортопедического изделия: на фоне активного физио-функционального лечения (ЛФК, физиолечение) начал ходить в аппаратах при помощи ходунков. При пассивных движениях коленные суставы разгибались до 180°, активные движения – до 160°, изделие используется ежедневно.



Рис. 5. Пациент П. в ходе лечения: А – вид спереди, Б – вид сбоку.

Пациентка Н., 14 лет, диагноз: диспластический сколиоз III ст., лечилась амбулаторно и стационарно в ортопедическом отделении МУЗ ГБ № 1 г. Ульяновска, ежегодно проходила курсы ЛФК и физиотерапевтического лечения. В течении всего срока реабилитации периодически применяла рекомендованные врачом поддерживающие текстильные корсеты, полученные в Ульяновском протезно-ортопедическом предприятии или приобретенные в коммерческих ортопедических салонах города – без результата. В МУЗ Городская больница № 4 сделаны слепки, отправлены во ФГУП «ЦИТО», и уже через 10 дней пациентка получила доработанный в мастерской корсет ШЕНО. Пациентка ежемесячно осматривалась врачом. При необходимости проводилась коррекция корсета в мастерской МУЗ Горбольница № 4. Корригированный корсет в тот же день одевался на пациента, выполнялась рентгенография (рис. 6).



Рис. 6. Пациентка Н. без корсета (А), в корсете (Б), рентгенограммы (В).

Пациент М., 1942 г.р., диагноз: левосторонний гонартроз III ст. Серийный ортез на коленный сустав не подошел, так как гильзы ортеза выполнены для усредненной модели пациента. В связи с этим принято решение о наложении индивидуального полимерно-шарнирного ортеза для разгрузки сустава в процессе медикаментозного лечения (рис. 7). В течение 2-х недель обострение купировано. Пациент применяет повязку при ожидаемой повышенной нагрузке. В течение года — обострений не отмечалось.



Рис. 7. Пациент М. в индивидуальном ортезе.

Пациент Ж., 64 года, поступил в травматологическое отделение МУЗ Ульяновской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с диагнозом: закрытый перелом латерального мыщелка левой большеберцовой кости без смещения. В отделении наложена циркулярная гипсовая повязка. Через 4 недели гипсовая повязка заменена на полимерно-шарнирную (рис. 8). Через 5 недель с момента травмы начаты движения с ограниченной амплитудой. В течение последующих 6 недель проводилась реабилитация и увеличение амплитуды движения. После снятия устройства движения в коленном суставе безболезненны, объем сгибания составляет 100–105°. Пациент вернулся к повседневному быту без дополнительных средств опоры.



Рис. 8. Пациент Ж. в полимерно-шарнирной повязке.

Пациент М., 27 лет, г. Ульяновск, место работы — пожарная часть № 15 г. Ульяновска. Диагноз при поступлении: закрытый перелом латеральной лодыжки со смещением, повреждение дистального межберцового синдесмоза правой голени. Пациент от госпитализации отказался, поэтому в условиях травмпункта произведена закрытая репозиция перелома, гипсовая иммобилизация. На Rg-снимках — суставные поверхности конгруэнтны. На момент осмотра 22.05.08 г. (с момента травмы 6 недель): гипсовая повязка снята, отек мягких тканей области сустава, контрактура — объем движений до 20°. На конечность приступает. Во избежание дальнейшей гипсовой иммобилизации и развития периферического нейроциркуляторного синдрома, пациенту надет тугор голеностопного сустава производства МПНО «Паризо». В течение следующих 3 мес. пациент получал физио-функциональное лечение (ЛФК, ФТЛ). Контрольный осмотр 24.08.08 г.: отек мягких тканей области сустава значительно уменьшился, объем движений доведен до 90°, больной наступает на конечность при помощи трости.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Технико-ортопедическое отделение на базе лечебно-профилактических учреждений на сегодняшний день является структурой, оптимизирующей комплексное лечение и реабилитацию пациентов с различными видами патологии и заболеваниями. Такое отделение, придя на смену обычным гипсовым кабинетам, позволяет расширить возможности творчества и его реализацию у практического врача. При совместном обсуждении и решении вопроса по ортезотерапии врачи смежных специальностей (например, неврологи) смогут узнать новые технологии лечения известных заболеваний.

Анализируя проделанную работу, мы продолжаем совершенствовать структуру отделения необходимой для решения поставленных задач. При этом мы понимаем, что многие вопросы остаются открытыми: на какое количество населения, либо коек необходимо такое отделение (а может быть кабинет)? В больницах какого профиля оно требуется? Нужны ли они при амбулаторно-поликлинических учреждениях (основная часть ортопедической патологии в стационарах не лечится)? И другие.

Нам необходимо создать атмосферу понимания важности использования на месте («у постели больного»), при лечении, все возможности достижений нашей отрасли.

### Сведения об авторах

**Паршиков Михаил Викторович** — д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедия и ВПХ МГМСУ, г. Москва (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; тел.: (499) 978-22-73)

**Стеклов Александр Анатольевич** — главный врач МУЗ Городская больница № 4, врач травматолог-ортопед, г. Ульяновск (432030, г. Ульяновск, пр. Заводской, 30А; тел.: 8(8422)538561; e-mail: ulgb4@rambler.ru)

**Никитин Сергей Евгеньевич** — к.м.н., врач травматолог-ортопед, зав. медицинским отделом ФГУП «ЦИТО» Минздравсоцразвития России, г. Москва (125299, г. Москва, ул. Приорова, 10; тел.: (495) 450-42-78; e-mail: runiks@list.ru)

**Горбунов Василий Иванович** — д.м.н., декан медицинского факультета, профессор кафедры общественного здоровья ГОУ ВПО Ульяновского государственного университета (632970, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, 42; тел.: (8422) 41-61-19; e-mail: GorbunovVI@ulsu.ru)

**Мельник Вячеслав Викторович** — директор ООО «Центр реабилитации и протезирования «Возрождение» г. Ульяновск (432022, г. Ульяновск, шоссе Димитровградское, д. 20)

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бен Эль Хафи Хассан, Ключевский В.В. Реабилитационная программа при лечении больных с около- и внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости // Межд. юбилейная науч.-практ. конф. «Современные повреждения и их лечения» посвящ. 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова. — М., 2010. — С. 54 — 55.

2. Еськин Н.А., Попова М.М., Масхулия Е.Ш. Основные результаты научных исследований по комплексной проблеме «Травматологи, Ортопедия» в Российской Федерации за последние 5 лет // Сб. тез. IX съезда травматологов-ортопедов. — Саратов, 2010. — Т. 1. — С. 36.

3. Котельников Г.П. и др. Организация травматолого-ортопедической службы Самарской области // Сб. тез. и докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России. — Самара, 2006. — Т. 1. — С. 82 — 83.

4. Миронов С.П., Кораблева Н.Н. Поликлиническая реабилитация больных с несросшимися переломами длинных костей конечностей // Сб. тез. и докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России. — Самара, 2006. — Т. 1. — С. 92 — 93.

5. Миронов С.П., Троценко В.В., Андреева Т.М., Попова М.М. Состояние травматолого-ортопедической службы в Российской Федерации и методы высоких технологий в диагностике и лечении травматолого-ортопедических больных // Сб. тез. и докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России. — Самара, 2006. — Т. 1. — С. 95 — 97.

6. Фадеев М.Г., Батищев Д.М., Обухов И.А. Организация травматологической службы в условиях муниципальной больницы крупного административного центра // Сб. тез. и докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России. — Самара, 2006. — Т. 1. — С. 111 — 112.

7. Никитин С.Е., Паршиков М.В. О необходимости создания ортезных мастерских в больницах травматолого-ортопедического и артрологического профиля и обучения студентов и врачей ортезотерапии // Сб. тез. IX съезда травматологов-ортопедов. — Саратов, 2010. — Т. 1. — С. 54.

8. Симиндейкин А.Т., Волгаев Б.К., Пахомова Н.А. Дорожно-транспортный травматизм в Ульяновской области // Сб. тез. докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России. — Самара, 2006. — Т. 1. — С. 107 — 108.

9. Стеклов А.А., Мельник В.В. Экспресс-ортезирование при травмах опорно-двигательного аппарата // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. — 2008. — № 33. — С. 44 — 45.