

Таким образом, изолированную внутрисуставную свободную костную аутопластику переднего либо передне-нижнего края суставного отростка лопатки у пациентов молодого и трудоспособного возраста, несмотря на травматичность, следует считать операцией выбора, дающей значительную перспективу на возврат к максимально активному и здоровому образу жизни при низком риске рецидива вывиха.

В.Ю. Васильев, В.В. Монастырев

ЭВОЛЮЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОГО ПОДХОДА К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОЗДНИХ СТАДИЙ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Необратимые дегенеративно-дистрофические изменения, сопровождающие поздние стадии (III и IV по Келгрону) деформирующего остеоартроза (ОА) коленного сустава (гонартроз) и приводящие к развитию болевых контрактур, у пациентов старшей возрастной группы (65–80 лет) вызывают не только утрату остаточной бытовой трудоспособности, но и стойкую социальную дезадаптацию, основа которой – полная потеря мобильности. Нет необходимости доказывать актуальность данной проблемы, так как распространенность остеоартроза (ОА) коленного сустава в данной возрастной группе достигает, по данным зарубежных авторов, 47 % (исследование NCAP, 11 тыс. пациентов в течение 3-х лет, США, 2002–2005 гг.), в России подобных статистических исследований не проводилось. Сравнение показателей социально-экономического развития в наших странах не позволяет надеяться на цифры заболеваемости ниже зарубежных.

Прогресс ортопедической хирургии в нашей стране позволил внедрить практику все современные виды вмешательств при ОА коленного сустава: эндоскопическую санацию, свободную мозаичную хондропластику суставных поверхностей, тотальное и одномоментное эндопротезирование коленного сустава. Системный подход к лечению пациентов старшей возрастной группы вынудил адаптировать известные высокотехнологичные вмешательства к особым требованиям: малая продолжительность и инвазивность. Таким образом, сформировалась особая промежуточная группа операций с основным упором на минимально травматичный, паллиативный характер, цель которых не восстановление формы и функции сустава, а достижение продолжительного анальгетического эффекта.

В научно-клиническом отделе ортопедии много внимания уделяется разработке и внедрению таких вмешательств.

На сегодняшний день по зарегистрированной на основании патента РФ № 2286736 «Способ лечения деформирующего артроза коленного сустава» медицинской технологии оперировано 10 пациентов. Суть методики сводится к симультанной операции, когда сразу же после эндоскопической санации коленного сустава выполняется формирование внутризпифизарного distractionного регенерата с использованием компактного аппарата внешней фиксации.

С целью подтверждения эффективности предложенной методики приводим следующие данные (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	Пол		
	М	Ж	Абс. (%)
59–65 лет	1	1	2 (20)
66–70 лет	2	3	5 (50)
71–75 лет	2	1	3 (30)

Все пациенты находились в пенсионном возрасте, поэтому в процессе лечения не ставилась задача возвращения к частичной и полной трудовой занятости. Они же имели, кроме этого, группу инвалидности в зависимости от тяжести патологического процесса. Лишь один пациент в возрасте 59 лет, будучи пенсионером, вернулся к активному физическому труду.

Распределение пациентов по нозологическим формам и степени утраты трудоспособности приведено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по нозологическим формам гонартроза и степени утраты трудоспособности

Нозология гонартроза	Группа инвалидности					
	Мужчины			Женщины		
	III группа	II группа	I группа	III группа	II группа	I группа
Диспластический	1	–	1	–	1	–
Инволютивный	–	1	–	–	–	1
Травматический		–	2	–	1	–
Идиопатический	–	–	–	2	–	–
Всего	1	1	3	2	2	1

Сроки лечения пациентов варьировали в пределах от 40 до 48 суток и в среднем составили $46 \pm 1,5$ суток.

Напоминаем, что основной целью лечения данной категории пациентов являлось не возвращение коленным суставам, пораженным тяжелым дегенеративно-дистрофическим процессом, нормальной анатомической формы и функции, а достижение стойкого анальгетического эффекта, опосредованно позволяющего улучшить функцию оперированных суставов и, следовательно, качество жизни. Оценка степени выраженности болевого синдрома проводилась по аналоговой шкале Insall (1978) до операции и через 3 месяца после окончания лечения, т.е. через 3,5–4,5 месяца от его начала. Субъективный уровень боли до и после оперативного лечения по вышеуказанной шкале приведен в таблице 3.

Таблица 3

Субъективная оценка болевого синдрома до и после операции по шкале Insall (1978)*

Уровень болевого синдрома	До операции		После операции	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Высокий (8–10 баллов)	3	3	–	–
Средний (5–7 баллов)	2	2	1	1
Низкий (2–4 балла)	–	–	3	4
Минимальный (0–1 балл)	–	–	1	–

Примечание: * – 10 баллов – максимальный уровень боли в коленном суставе, 0 баллов – отсутствие боли в покое и при движении.

Таким образом, в послеоперационном периоде у одного пациента мужского пола результатом лечения стало полное купирование болевого синдрома, при этом не изменилась ни клиническая, ни рентгенологическая стадийность процесса (III степень ОА), клинически данный случай расценен как лучший результат лечения. У 7 пациентов уровень болевого суставного синдрома изменился в сторону значительного уменьшения и только у 2-х пациентов болевой синдром снизился умеренно, при этом у всех пациентов характер снижения, даже минимальный, расценен как долговременный.

Всеми пациентами до и после проведенного лечения были заполнены листы-опросники на предмет сохранения остаточной социальной и физической активности по следующим критериям:

- 1) бытовое самообслуживание – достаточная и недостаточная активность;
- 2) индивидуальная домашняя физическая активность (мелкий ремонт, объем передвижения внутри квартиры, перестановка мелкой мебели) – достаточная и недостаточная;
- 3) индивидуальная физическая активность за пределами квартиры (выход около дома, до магазина, до органов социальной защиты) – достаточная и недостаточная;
- 4) возврат к общественной деятельности (участие в политической жизни в составе общественных организаций, внутри однородной социальной группы, внутрисемейная адаптация, в том числе присмотр за несовершеннолетними родственниками) – да или нет;
- 5) вероятность возврата к трудовой деятельности, не связанной с длительным стоянием и передвижениями – высокая, низкая, минимальная (данный критерий только вероятностный, так как реальный возврат к трудовой деятельности в данной возрастной и нозопатологической группе исследователями не рассматривается).

Анализ 10 листов-опросников качества жизни пациентов показал следующее. До оперативного лечения 8 из 10 пациентов считали уровень бытового обслуживания недостаточным, оценка его у 5 сопровождалась крайне негативной эмоциональной окраской. 7 из 10 пациентов считали уровень индивидуальной домашней и внешней физической активности крайне низким (недостаточным), при этом все пациентки женского пола длительное время не покидали собственных квартир (некоторые – свыше 3-х

лет), ограничиваясь прогулками на балконе. Только 2 пациента принимали участие в общественной жизни, и лишь 1 пациент из 10 рассматривал вероятность возврата к трудовой деятельности при отсутствии реальных предложений (69 лет). В послеоперационном периоде, а таковым для оценки принят срок от 4 до 12 месяцев после окончания лечения, результаты следующие: все 10 пациентов вышли на достаточный бытовой уровень самообслуживания, 7 пациентов сочли уровень внешней индивидуальной активности достаточным, а трое из них дали дополнительные характеристики активности: высокая и отличная. Частичный возврат к общественной деятельности осуществили 4 пациента, 5 из 10 пациентов расценили вероятность возврата к трудовой деятельности как среднюю, 2 — как высокую, а один пациент вернулся к труду на должность грузчика-экспедитора.

Данная хирургическая технология разрабатывалась как временное (паллиативное) вмешательство перед тотальным эндопротезированием коленного сустава. До оперативного лечения всем пациентам был показан данный вид радикального хирургического лечения, который в силу тех или иных технических причин не мог быть воспроизведен у данной серии пациентов. После проведенного оперативного лечения по данной медицинской технологии 8 пациентам из 10 показания к эндопротезированию стали резко ограниченными, а сами пациенты от него воздерживались. Данный пример характеризует экономическую составляющую медицинской технологии, позволяющей сэкономить средства для реабилитации высокочрезмерно затратным методом эндопротезирования более молодой и трудоспособной категории пациентов.

Р.Р. Гумеров, С.М. Елисеев, Е.Ю. Седова

МИНИИВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
ГУЗ «Иркутская областная клиническая больница» (Иркутск)*

Механическая желтуха — клинический синдром, обусловленный обтурацией желчевыводящей системы на разных уровнях, требующий срочного хирургического вмешательства, направленного на декомпрессию желчных протоков. Как правило, от начала заболевания до поступления в хирургический стационар проходит от 1 до 4 недель. Столь поздняя госпитализация во многом обусловлена несовершенством диспансеризации и врачебной некомпетентией с одной стороны и элементарным невежеством пациентов — с другой.

В настоящее время применяются следующие способы хирургического лечения механической желтухи:

- 1) эндоскопическое внутреннее ретроградное дренирование или стентирование;
- 2) наружное антеградное дренирование желчных протоков;
- 3) наружно-внутреннее антеградное одномоментное дренирование по типу Прадери;
- 4) наружное дренирование с последующим отсроченным ретроградным внутренним дренированием;
- 5) наружная холецистостомия (под контролем УЗИ или из проекционного минидоступа);
- 6) внутреннее «скрытое» дренирование желчных протоков открытым способом;
- 7) широкодоступное дренирование желчных протоков (формирование билиодигестивного соустья, радикальная операция).

Это далеко не полный перечень. Кроме того, на практике возможны сочетания вышеперечисленных методов. Множество вариантов дренирования с одной стороны создает возможность выбора, с другой — порождает немало споров об эффективности и целесообразности каждого, о сроках дренирования и его длительности как первого этапа лечения.

Целью любого метода является декомпрессия желчных протоков, средства же достижения могут быть различными. Их выбор необходимо определять, исходя из интересов конкретного больного.

С учетом этого нами определены требования к способу декомпрессии:

- 1) простота выполнения;
- 2) достаточная эффективность;
- 3) минимальная травматичность;
- 4) легкая переносимость;
- 5) минимальный риск осложнений;
- 6) отсутствие или минимальный объем потери желчи;
- 7) возможность быть окончательным вариантом лечения или трансформации в таковой.

Целью нашего исследования явился выбор оптимального способа декомпрессии желчных протоков при механической желтухе.