

Л и т е р а т у р а

1. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Рос. кардиол. журнал. - 2001. - №3. - С. 58-71.

2. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т. и др. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // Рус. мед. журнал. - 1999. - Т.7, №2. - С. 12.

3. Гендлин Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения // Сердечная недостаточность. - 2000. - Т. 1, №2. - С. 74-80.

4. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Хамаганова Л.К. и др. Влияние терапевтического обучения больных с хронической сердечной недостаточностью на качество их жизни и потребность в ранних повторных госпитализациях // Сердечная недостаточность. - 2001. - Т. 2, №4. - С. 187-190.

5. Куликов Л.К., Буслаев О.А., Шалашов С.В. и др. Хирургия послеоперационных грыж - новое решение // Сиб. мед. журнал. - 2011. - №1. - С. 90-93.

6. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. - 2000. - Т. 1, №4. - С. 148.

7. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) // Medical Care. - 1992. - Vol. 30, №6. - P. 473-483.

8. Schumpelick V., Fitzgibbons R.J. Patient and Hernia-Related Risk Factors for Incisional Hernia // Recurrent Hernia Prevention and Treatment. - 2007. - P. 163-164.

Координаты для связи с авторами: Куликов Леонид Константинович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии с эндоскопией ИГМАПО, тел.: 8(3952) 638-104, e-mail: giuv.surgery@ya.ru; Буслаев Олег Александрович — зав. хирургическим отделением Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-163; Шалашов Сергей Владимирович — канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-129; Цыбиков Сергей Гармажапович — зам. гл. врача по хирургии, врач-хирург Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-101; Михайлов Александр Леонидович — врач-хирург хирургического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-129; Егоров Иван Александрович — врач-хирург хирургического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-129; Соботович Владимир Филиппович — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии с эндоскопией ИГМАПО, тел.: 8(3952) 638-156; Смирнов Алексей Анатольевич — канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии с эндоскопией ИГМАПО, тел.: 8(3952) 638-176; Привалов Юрий Анатольевич — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии с эндоскопией, тел.: 8(3952) 638-157; Антонов Валерий Николаевич — врач отделения функциональной диагностики Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», тел.: 8(3952) 638-140.



УДК 616.711.5 - 089 : 616 - 002,5

С.А. Белов, М.Г. Бобырева

СПОСОБ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ

*Приморский краевой противотуберкулезный диспансер,
690041, ул. Пятнадцатая, 2, тел.: 33-39-64, e-mail: info@pkpd.ru, г. Владивосток*

Туберкулез позвоночника занимает первое место в структуре поражения костей и суставов. Воспаление развивается в телах позвонков, чаще всего в нижнегрудном или поясничном отделах позвоночника. Консервативная антибактериальная терапия в лечении туберкулеза позвоночника недостаточно эффективна и должна дополняться хирургическим лечением. П.Г. Корнеев сформировал отечественное направление лечения костно-суставного туберкулеза, основу которого составили радикально-восстановительные и реконструктивные оперативные вмешательства. Целью операции должно являться излечение специфического процесса,

устранение осложнений и анатомо-функциональных нарушений. По своему характеру и целям оперативные вмешательства при туберкулезе позвоночника разделяются: на радикально-восстановительные, реконструктивные, корригирующие, лечебно-вспомогательные. Эти операции объединяют вмешательства очагового характера — абсцессотомию, некрэктомию, резекцию тел позвонков с костной пластикой. Экономная резекция тел позвонков, сочетаемая с костной пластикой, применима ко всем формам спондилита, являясь основной очаговой операцией радикально-восстановительного характера [1, 4, 6].

Материалы и методы

Целью данной работы явилось усовершенствование методики операции на грудном отделе позвоночника за счет эндоскопической техники и специального эндоскопического инструмента — бор-фрезы.

Традиционный чересплевральный доступ к грудному отделу позвоночника осуществляется через торакотомию, уровень которой определяют индивидуально, с учетом локализации костного очага. В положении больного на боку разрез проводят по межреберью от передней аксилярной до паравертебральной линии. После вскрытия плевральной полости легкое смещается медиально и кпереди, в результате чего становится хорошо видимым и доступным для манипуляций позвоночный столб. Затем удаляют костные очаги, иссекаются все пораженные, некротизированные, аваскулярные и сомнительные костные участки. Образовавшийся дефект замещают трансплантатом и производят костно-пластическую операцию в виде спондилодеза [5, 7]. Резекцию позвонков проводят с помощью костного долота, корончатой фрезы или высокооборотной электрической фрезы (Straiker, Braun). Операционную рану после расправления легкого ушивают наглухо, плевральная полость дренируется.

В отличие от традиционных способов, эндоскопические операции имеют ряд несомненных преимуществ, это:

- улучшенный обзор;
- малая травматичность доступа — меньше п/о боль, лучше косметический эффект;
- работа под увеличением позволяет производить более деликатное вмешательство, менее травматичное и с меньшей кровопотерей;
- снижение послеоперационных легочных осложнений;
- значительный экономический и социальный эффект: снижение пребывания в послеоперационной палате, сокращение койко-дня, уменьшение срока нетрудоспособности, ранняя реабилитация больных [2, 3].

Результаты и обсуждение

На базе торакального хирургического отделения Приморского краевого противотуберкулезного диспансера г. Владивостока в 2009-2010 гг. осуществлена разработка способа проведения торакоскопической операции на грудном отделе позвоночника при его туберкулезном поражении и инструмента для ее выполнения. Получен Патент на изобретение «Способ резекции фрагмента позвонка» (№2400169, зарегистрирован 27.09.10 г.) и Патент на полезную модель «Дрель медицинская» (бор-фреза) (№888262, зарегистрирован 10.11.09 г.). Способ апробирован и отработан на учебных трупах кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ВГМУ.

Под общей анестезией с раздельной интубацией по общепринятой методике проводится торакоскопический доступ к грудному отделу позвоночника, визуализируется и выделяется тело пораженного позвонка, заводится эндоскопическая бор-фреза. Последний фиксируется лепестковым зажимом (торакопортом) в области грудной стенки, создавая точку опоры для контролируемого фрезерования. С помощью разработанного инструмента производится резекция фрагмента тела позвонка с участием специфического процесса необходимого размера.

Резюме

На базе торакального хирургического отделения Приморского краевого противотуберкулезного диспансера г. Владивостока в 2009-2010 гг. осуществлена разработка способа проведения торакоскопической операции на грудном отделе позвоночника при его туберкулезном поражении. Целью данной работы явилось усовершенствование методики операции на грудном отделе позвоночника. Получен патент на изобретение.

Применение эндоскопической техники является современным и перспективным направлением не только в хирургии грудной и брюшной полостей, но и хирургии позвоночника.

Ключевые слова: туберкулез позвоночника, торакоскопические хирургические операции.

S.A. Belov, M.G. Bobyreva

VIDEO THORAX OPERATIONS ON THORACIC PART OF THE SPINAL COLUMN

Primorskiy regional antituberculosis hospital, Vladivostok

Summary

In the thoracic surgical department of the Primorskiy regional antituberculosis hospital in Vladivostok videothorax operations on thoracic part of the spinal column for tubercular lesion was worked out in 2009-2010. The goal of the work was improvement of an operation technique. The patent for the invention was granted. Application of endoscopic techniques is a current and perspective method not only in thoracic and abdominal but also in spinal surgery.

Key words: tuberculosis, spinal column, video operations.

Сформировавшаяся полость заполняется синтетическим полимером с рифампицином. Операция заканчивается дренированием плевральной полости.

Сущность изобретения поясняем клиническим случаем.

Больная П., 68 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника, слабость, общее недомогание. На рентгенограммах и КТ обнаружена глубокая контактная деструкция тел Th9 - Th10 позвонков, паравертебрально тень натечного абсцесса. Пациентке выставлен клинический диагноз «туберкулезный спондилит грудного отдела позвоночника». После двухмесячной специфической антибактериальной терапии проведена торакоскопическая операция абсцессотомия, некрэктомия, передний спондилодез. Под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией по вышеуказанной методике с помощью электрической фрезы удалены фрагменты измененных тел Th9 - Th10 позвонков в пределах здоровых тканей. Сформировавшаяся полость заполнена коллапаном с рифампицином. Грудная полость дренирована. Кровопотеря во время операции составила до 50 мл. После операции болевой синдром был минимальным, больная в наркотических анальгетиках не нуждалась. Легкое расправлено, дренаж удален на вторые сутки. Послеоперационный период гладкий, на 10 сут сняты швы. Для продолжения курса специфической терапии больная переведена в профильное отделение.

Выводы

Видеозендоскопические операции имеют ряд преимуществ перед традиционными способами вмешательства. Предложенная операция является усовершенствованным способом операции на грудном отделе позвоночника за счет эндоскопической техники и специального инструмента.

Л и т е р а т у р а

1. Коваленко К.Н. Хирургия костно - суставного туберкулеза // Проблемы туберкулеза. - 2001. - №9. - С. 45-47.
2. Мицкевич В.А. Торакоскопия позвоночника. - М., 2004.
3. Мушкин А.Ю. Принципы оценки и возможности хирургической коррекции кифозов при туберкулезном спондилите у детей // Роль хирургических методов в лечении внелегочного туберкулеза. - СПб., 2000. - С. 13-14.

4. Ракишев Г.Б., Аманжолова Л.К., Дюсембаев К.А. Хирургическое лечение туберкулезного спондилита // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. - 2001. - С. 178.

5. Струков А.И., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях. - М., 1989.

6. Талантов В.А. Патологическая анатомия туберкулеза позвоночника: дис. ... д-ра мед. наук. - Л., 1965.

7. Schmaus H. Vorlesungen uber die pathologische Anatomie des Ruckenmarks. - Wiesbaden. - 1991.

Координаты для связи с авторами: Белов Сергей Анатольевич — врач-хирург торакального отделения Приморского противотуберкулезного диспансера, тел.: 8-902-529-69-90; Бобырева Марина Геннадьевна — зав. 4-м легочным хирургическим отделением Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, тел.: 8-914-790-49-28.



УДК 616.12 - 06 - 008.331.1 - 053.9(571.56)

И.Ф. Баннаев², А.М. Пальшина¹, Г.А. Пальшин¹, А.Н. Комиссаров²

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова¹, 677000, ул. Беллинского, 58, тел.: 8(4112) 35-20-90, e-mail rectors-syfu@ysu.ru;
Республиканская больница №2² - Центр экстренной медицинской помощи, г. Якутск

В России 40,8% взрослого населения страдает артериальной гипертензией (АГ) [2, 8, 9]. В возрастной группе старше 50 лет у 30-33% женщин и 22-24% мужчин диагностируется остеопороз (ОП) [1, 4]. У пациентов с тяжелым течением остеопороза первое место занимают переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) [3, 5]. ППОБК характеризуется смертностью 12-40% в течение первого года, инвалидностью 60% и высокой стоимостью лечения [4]. Из числа выживших 78% пациентов, спустя год, и 65,5% после двух лет нуждаются в постоянном уходе [7].

В г. Якутске частота ППОБК на фоне ОП в среднем составляет 162,2 на 100 тыс. чел. за 1 год [3, 5] и превышает общероссийские показатели (105,9 на 100 тыс. чел.) [1] в 1,5 раза. 67% больных с осложненным ОП страдают АГ [6]. Для достижения целевого уровня АД 75% пациентам требуется комбинированная терапия [10, 11].

Попадая в стационар, больные АГ пожилого и старческого возраста с ППОБК испытывают большой дискомфорт от новой обстановки. Болевой синдром, гиподинамия, изменение психоэмоциональной сферы, кровопотеря на фоне перелома бедренной кости, нарушение водно-электролитного баланса в совокупности приводят

к декомпенсации хронических заболеваний и появлению фатальных и нефатальных осложнений органов и систем. Для ранней активизации, снижения осложнений и декомпенсации сопутствующих заболеваний, улучшения качества жизни этой группы больных нами разработан алгоритм комплексной терапии.

Материалы и методы

В 2003-2008 гг. 120 (102 женщины, 18 мужчин, средний возраст — 75,6±0,6 лет) больным АГ с осложненным ОП проведена комплексная терапия. Стационарный этап комплексной терапии состоит из компонентов: адекватного обезболивания, снижения эмоционального напряжения, антигипертензивной терапии, профилактики тромбозомболических осложнений, лечения и профилактики обострений хронических заболеваний, лечения остеопороза и ППОБК. При наличии декомпенсированных заболеваний проводили консультации специалистов (кардиолог, эндокринолог, невролог, физиотерапевт, клинический фармаколог, психотерапевт), дополнительные исследования (ЭхоКГ, УЗИ сосудов, рентгеновская томография и т.д.) и лечение заболеваний.