Таким образом выбор способа лечения пациента должен быть разумным, основываться на анамнезе, результатах объективного обследования и соответствовать реальным возможностям лечебного учреждения.

1. Siddle H.J., Hodgson R.J., Hensor E.M.A., Grainger A.J., Redmond A.C., Wakefield R.J., Helliwell P.S. Plantar plate pathology is associated with erosive disease in the painful forefoot of patients with rheumatoid arthritis. BMC Musculoskelet. Disord. 2017 doi: 10.1186/s12891-017-1668-0.
2. Бережной С.Ю. Возможности минимально инвазивной хирургии в лечении сложных деформаций переднего отдела стопы при ревматоидном артрите / С.Ю. Бережной // Травматология и ортопедия России. – 2016. – № 1. – С. 46-54.
3. Бережной С.Ю. Передний отдел стопы: обследование; основы чрескожной хирургии: иллюстрированное руководство / С.Ю. Бережной. – Москва: Медпрактика-М, 2018. – 274 с. – ISBN 978-5-98803-395-0
4. Кетов М.С. Оперативная коррекция ригидных вывихов пальцев стоп / М. С. Кетов, Н. В. Загородний, В. Г. Процко, А. А. Панов, А. В. Мазалов // Кафедра травматологии и ортопедии. – 2016. – № 4. – С. 33-36.

Расулов М.Ш., Куляба Т.А., Корнилов Н.Н., Петленко И.С.
Тотальное эндопротезирование коленного сустава у пациентов с
артроскопической операцией в анамнезе

*ФГБУ «НМИЦ ТО им. Р.Р.Вредена» Минздрава России
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/lj-05-2020-14

idsp: ljjournal-05-2020-14

Цель исследования. Сравнить особенности хирургического вмешательства, динамику восстановления функции и клинические результаты первичного ТЭКС у пациентов с наличием артроскопии в анамнезе и без таковой.

Материалы и методы. Работа основана на сравнительном анализе особенностей оперативного вмешательства, раннего послеоперационного периода и функциональных результатов первичного ТЭКС у 54 пациентов с гонартрозом 3 стадии в возрасте от 30 до 81 года (в среднем – 62 года). Тотальная артропластика всем пациентам выполнена в отделении патологии коленного сустава ФГБУ «Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена» в период с 2015 по 2018 годы. Для реализации поставленной цели была проведена сплошная выборка 54 прооперированных больных, разделённых на две группы: основная группа (а) - 27 пациентов, которым выполнялось ТЭКС при наличии в анамнезе артроскопической операции по поводу повреждения менисков и группа сравнения (б) - 27 пациентов без предшествующих оперативных вмешательств на коленном суставе. Распределение больных по полу: 40 женщин (74%) и 14 мужчин (26%).

Для выявления особенностей оперативного вмешательства и послеоперационного периода были изучены данные медицинской документации всех больных (истории болезни, амбулаторные карты). Анализировали следующие показатели: продолжительность операции, величину кровопотери, степень механической связанности между компонентами установленного эндопротеза, необходимость использования модульных элементов эндопротеза (металлические блоки, интрамедуллярные ножки), длительность послеоперационной антибиотикопрофилактики, длительность госпитализации, частоту и особенности возникновения интра- и послеоперационных осложнений. Для изучения влияния артроскопии на функциональные результаты первичного ТЭКС всем пациентам проведено клинко-рентгенологическое обследование и функциональная оценка коленного сустава перед операцией, а также через 6 и 12 месяцев после операции с

использованием адаптированных русскоязычных версий бальных шкал KOOS, KSS (Knee score и Function score) и FJS-12. В соответствии с методикой оценки результатов, полученных при использовании указанных шкал, увеличение суммарного количества баллов указывает на улучшение функции оперированного сустава.

Результаты. Сравнение особенностей операции и послеоперационного периода продемонстрировали следующие результаты:

- показатели интраоперационной кровопотери, длительности госпитализации и антибиотикопрофилактики послеоперационных осложнений в обеих группах были сходными;
- длительность операции у основной группы была на 10,1% (8 минут) больше, чем в группе сравнения;
- в основной группе у одного пациента был имплантирован эндопротез с повышенной степенью механической связанности между компонентами (данный больной после артроскопии продолжал активно заниматься спортом и получил повреждение коллатеральных связок коленного сустава), но это было статистически не значимо.

Оценку динамики восстановления функции коленного сустава до операции, через 6 и 12 месяцев после операции были произведены с помощью шкал KOOS и KSS (Knee score и Function score).

По шкале KOOS отмечается следующая динамика по оцениваемым показателям:

- боль – у пациентов основной группы выраженность боли перед операцией была несколько меньше, чем в группе сравнения (на 5 баллов), тем не менее, к 6 месяцам снижение болевого синдрома происходило существенно быстрее в группе сравнения (48 баллов в гр. b против 25 в гр. a), к 12 месяцам показатели в обеих группах сравнялись;
- симптомы – коленный сустав беспокоил больше пациентов основной группы (отёк, хруст, блокады, ограничение движений) (55,4 балла в гр. a против 62,2 в гр. b), восстановление функции сустава к 12 месяцам существенно не отличалось (улучшение на 33,6 балла в гр. a против 30,8 в гр. b), но динамика восстановления функции в основной группе была медленнее в течение первых 6 месяцев (7,6 баллов в гр. a против 12,8 в гр. b) и существенно увеличивалась во второй половине года после тотального эндопротезирования (26 баллов в гр. a против 18 в гр. b);
- быт – затруднения в быту, испытываемые пациентами обеих групп до операции были одинаковыми, динамика улучшения бытовой деятельности так же практически не отличалась, но в группе сравнения (b) она была несколько выше (на 4-5 баллов);
- спорт – пациенты обеих групп не занимались спортом и другими видами физической деятельности, предъявляющей крайне высокие требования к больному суставу, как до, так и в течение года после операции;
- оцениваемое качество жизни до операции было в два раза ниже у пациентов группы сравнения (14 баллов в гр. b против 26 в гр. a), у них же оно улучшалось быстрее и в большей степени по сравнению с основной группой после ТЭК (97 баллов в гр. b против 90 в гр. a).

Отмечено улучшение функции коленного сустава в обеих группах по обеим разделам шкалы KSS (Knee score и Function score) без статистически значимых различий между группами, но со следующими особенностями:

- улучшение функции сустава происходит преимущественно за счёт роста суммы баллов по шкале Knee score – более 52 баллов (уменьшение боли и увеличение амплитуды движений) и в меньшей степени за счёт роста

суммы баллов по шкале Function score – 13-15 баллов (улучшение показателей ходьбы по ровной поверхности и лестнице);

- функциональное восстановление сустава происходит в течение первых 6 месяцев после эндопротезирования, в дальнейшем положительная динамика не существенна.

Балльная оценка удовлетворённости пациентов результатами ТЭКС была проведена по опроснику FJS-12 (шкала «забытого сустава») через 6 и 12 месяцев после эндопротезирования. Отмечается рост удовлетворенности состоянием коленного сустава после ТЭКС в обеих группах пациентов через 6 и 12 месяцев после эндопротезирования при следующей их динамике:

- как через 6 месяцев, так и через 12 месяцев удовлетворенность результатами ТЭКС в группе сравнения существенно выше, чем в основной группе (69 баллов в гр. b против 54 в гр. a через 6 месяцев (> 15) и 88 баллов в гр. b против 60 в гр. a через 12 месяцев (> 28);
- динамика роста удовлетворенности состоянием оперированного сустава в период от 6 до 12 месяцев после тотального эндопротезирования у пациентов группы сравнения (b) в три раза выше, чем в основной группе (a): 19 баллов в гр. b против 6 в гр. a.

Такие показатели свидетельствуют о том, что пациенты основной группы предъявляют к своему суставу значительно большие требования как до ТЭКС (это способствовало принятию решения об выполнении артроскопии с целью улучшения функционального состояния сустава), так и после эндопротезирования, стремясь вернуться к активному образу жизни и высоким физическим нагрузкам.

Обсуждение. В отечественной и зарубежной литературе встречаются различные мнения о влиянии предшествующей артроскопии на особенности хирургического вмешательства, частоту возникновения интра- и послеоперационных осложнений и функциональные результаты первичного тотального эндопротезирования коленного сустава.

По мнению Piranoli A. С соавторами (2012), предыдущая артроскопия коленного сустава в анамнезе приводит к более высокой частоте послеоперационных осложнений при первичном ТЭКС по сравнению с группой без предшествующей операции. Авторы, оценив результаты артропластики коленного сустава у 1119 пациентов без предшествующей операции (группа А) и 146 больных с наличием артроскопии коленного сустава (группа В), при среднем сроке наблюдения за пациентами 120 месяцев, продемонстрировали более высокие показатели частоты развития послеоперационных осложнений в группе В - 32 наблюдения (29%) и 9 наблюдений (13%) ревизионных вмешательств, в то время как в группе А – 119 наблюдений послеоперационных осложнений (10,17%) и 33 наблюдения ревизионного вмешательства (2,95%). Проведенное нами исследование при сроке наблюдения за пациентами 12 месяцев не выявило случаев возникновения послеоперационных осложнений в обеих группах больных.

Viste A. с соавторами (2017) был проведен ретроспективный анализ результатов ТЭКС у 320 пациентов: 160 больным ранее выполнялась артроскопическая операция (без реконструкции связок), у другой группы (также 160 пациентов) операций на коленном суставе не было. Сравнение функциональных результатов с помощью шкал KSS (KS и FS), амплитуды движений и частоты развития послеоперационных осложнений показало, что предыдущая артроскопия не влияет на результаты артропластики коленного сустава при сроках наблюдения от 2 до 15 лет (в среднем 9 лет).

Проведенное нами сравнительное исследование результатов ТЭКС продемонстрировало улучшение функции коленного сустава в обеих группах пациентов (перенесших артроскопию (a) и без таковой в анамнезе (b) по шкале KSS (KS

и FS) без статистически значимых различий между группами, преимущественно за счёт роста суммы баллов по шкале Knee score - более 52 баллов (в основном за счёт уменьшения боли и увеличения амплитуды движений) и в меньшей степени за счёт роста суммы баллов по шкале Function score - 13-15 баллов (в основном за счёт улучшения показателей ходьбы по ровной поверхности и лестнице). Необходимо подчеркнуть тот факт, что в обеих группах пациентов функциональное восстановление сустава происходило в течение первых 6 месяцев после эндопротезирования и в дальнейшем положительная динамика была не существенной. Полученные нами данные крайне интересны в плане динамики восстановления функции коленного сустава после его тотального замещения. Это наглядно продемонстрировано при оценке функции коленного сустава до и после артропластики с использованием балльной шкалы KOOS. Так коленный сустав перед операцией беспокоил больше пациентов основной группы (отёк, хруст, блокады, ограничение движений) (55,4 балла в гр. а против 62,2 в гр. б) при несколько меньшей выраженности боли в основной группе по сравнению с группой сравнения (на 5 баллов). Этот факт можно объяснить меньшей выраженностью деструктивных изменений сустава у пациентов основной группы, так как до артропластики у них предпринималась попытка снижения неприятных симптомов заболевания в суставе (отёк, хруст, блокады, ограничение движений) при не очень сильно выраженном болевом синдроме с помощью эндоскопической операции. К 6 месяцам снижение болевого синдрома происходило существенно быстрее в группе сравнения, то есть у пациентов с исходно худшими клинико-рентгенологическими характеристиками сустава (48 баллов в гр. б против 25 в гр. а). Также в группе сравнения быстрее восстанавливалась функция сустава в течение первых 6 месяцев (12,8 в гр. б баллов против 7,6 в гр. а). В основной группе существенного улучшения функции следует ожидать во второй половине года после тотального эндопротезирования (26 баллов в гр. а против 18 в гр. б). К 12 месяцам показатели в обеих группах сравнивались как по выраженности симптомов, так и степени и частоте болевого синдрома. Динамика улучшения бытовой деятельности так же практически не отличалась, но в группе сравнения (б) у пациентов с исходно худшим суставом она была несколько выше (на 4-5 баллов). Оцениваемое пациентами качество жизни до операции было в два раза ниже у пациентов группы сравнения (14 баллов в гр. б против 26 в гр. а), у них же оно улучшалось быстрее и в большей степени по сравнению с основной группой пациентов с исходно клинико-рентгенологически лучшим коленным суставом (97 баллов в гр. б против 90 в гр. а).

При оценке удовлетворённости больных результатами ТЭКС по шкале FJS-12 через 6 и через 12 месяцев после эндопротезирования показатели в группе сравнения были существенно выше, чем в основной группе (69 баллов в гр. б против 54 в гр. а через 6 месяцев (↑ 15) и 88 баллов в гр. б против 60 в гр. а через 12 месяцев (↑ 28)). Динамика роста удовлетворённости пациентов состоянием оперированного сустава в период от 6 до 12 месяцев после тотального эндопротезирования у пациентов группы сравнения (б) в три раза выше, чем в основной группе (а): 19 баллов в гр. б против 6 в гр. а. Таким образом, и степень, и динамика роста удовлетворённости состоянием коленного сустава после эндопротезирования существенно выше у пациентов с исходно клинико-рентгенологически худшим коленным суставом. Больные с меньшей степенью выраженности дегенеративно-дистрофического поражения сустава (ранее предпринимавшие попытку его артроскопического лечения) предъявляют к своему суставу существенно выше требования, что способствует меньшей их удовлетворённости результатами ТЭКС.

Заключение. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- артроскопия коленного сустава в анамнезе не оказывает статистически значимого влияния на объем интраоперационной кровопотери,

длительность госпитализации и оперативного вмешательства, особенности антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений и на степень механической связанности между компонентами установленного эндопротеза;

- ранее перенесенная артроскопия не оказывает статистически значимого влияния на функциональные результаты ТЭКС через год после операции;
- уменьшение боли и восстановление функции сустава после эндопротезирования происходит значительно быстрее у пациентов без артроскопии в анамнезе (у них исходные клиничко-рентгенологические проявления деструктивных изменений сустава более выражены), у пациентов перенесших артроскопическую резекцию менисков существенного улучшения функционального состояния сустава следует ожидать в период 6 - 12 месяцев после артропластики;
- удовлетворенность результатами ТЭКС по шкале FJS-12 значительно выше у больных без артроскопии в анамнезе с исходно более выраженными деструктивными изменениями сустава, при этом основная положительная динамика у них достигается во втором полугодии после ТЭКС;
- установленные закономерности динамики болевого синдрома и функционального восстановления сустава крайне важны при планировании и проведении реабилитационных мероприятий в первый год после ТЭКС.

1. Pinaroli A., Servien E., Neyret P. [TKA outcomes after prior bone and soft tissue knee surgery]. *Knee Surg Sports Traumatology* (2012).
2. Viste A., Abdel M.P., Ollivier M., Mara K. C., Krych A.J., Berry D.J. [Prior Knee Arthroscopy Does Not Influence Long-Term Total Knee Arthroplasty Outcomes and Survivorship]. *The Journal of Arthroplasty* (2017).

Семенкин В.Ф.^{1,2}

Определение проблем и основных направлений реформирования системы здравоохранения

¹*ФГБУ Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России*

²*Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодёжи и туризма
(Россия, Москва)*

doi: 10.18411/lj-05-2020-15

idsp: ljjournal-05-2020-15

Аннотация

Статья посвящена исследованию проблем и перспектив реформирования системы здравоохранения России на основании принципов глобализации сферы. Автором отмечено, что национальная политика в области здравоохранения основывается признание государством права каждого гражданина на охрану здоровья, обеспечении его защиты и гарантии всем гражданам реализации их прав в области здравоохранения. Выявлено, что глобализация, которая закономерно приводит к перераспределению власти и ее влиянию на становление новых форм политической жизни, предусматривает создание новых политических институтов и форм политической организации жизни общества, а, следовательно, к формированию глобальной системы управления здравоохранением мира в целом. На основании