

РЕЦЕНЗИЯ

на книгу J. C. McCarthy

**“РАННІ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.
СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ ТА МАЛО ІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ”****REVIEW OF THE BOOK “EARLY HIP DISORDERS. ADVANCES IN DETECTION
AND MINIMALLY INVASIVE TREATMENT”**

by J. C. McCarthy

Книга J. C. McCarthy “Early hip disorders. Advances in detection and minimally invasive treatment” – New York : Springer, 2003. – 207 р. написана колективом із 28 авторів (25 – із США, 2 – з Великобританії, 1 – з Австралії) під загальним керівництвом одного з провідних спеціалістів США в патології кульшового суглоба (КС) професора J. C. McCarthy і присвячена актуальній проблемі діагностики та малоінвазивного лікування патології КС на ранніх стадіях.

У передмові J. C. McCarthy відмічає, на його думку, два важливих парадокси: незважаючи на успіхи промислових методів діагностики, зокрема МРТ, велика кількість пацієнтів страждає від болей у КС без встановленого діагнозу, у той час як ортопеди-травматологи недостатньо поінформовані про діагностичні можливості артроскопії (АС) КС, її безпечність та малу інвазивність.

На основі досвіду 1400 АС КС, що були виконані у Баптистському госпіталі у Новій Англії (NEBH), у якому працюють 8 співавторів монографії, її редактор J. C. McCarthy вважає, що точний діагноз можливо і необхідно встановлювати шляхом малоінвазивної, високочутливої та специфічної АС КС, що і є метою (надметою) написання книги, що рецензується.

Книга складається з 4 частин (20 глав).

У *першій частині* описано обстеження та рання диференційна діагностика патології КС – “болочого” КС.

Автори вважають, що золотим стандартом діагностики та лікування больового синдрому, обумовленого внутрішньосуглобовою патологією є артроскопія, звичайно, попередньо мають бути виключені інші можливі причини болю: грижі, лімфаденіт, невралгії, синдром грушоподібного м'яза тощо.

Перша частина закінчується узагальнюючою главою “Treatment alorytm”. Її автори Ch. P. Christiansen, J. C. McCarthy, J. A. Lee сформулювали діагностично-лікувальний алгоритм болочого КС у молодих пацієнтів без проявів коксартриту. Фраза “молоді та без артрити” (non-arthritic) дуже важлива. Авторі не протиставляють артроскопію ендопротезуванню. Ці методи не конкурентні, а мають, на думку авторів, достатньо чітку межу. При вираженому артриті в осіб похилого віку ендопротезування суглоба є операцією вибору.

У *другій частині* (6 глав) описано анатомію, показання, знеболення, хірургічна техніка та інструментарій.

Показаннями до АС КС, на думку авторів, є післятравматичні сторонні тіла, хондроматоз, пошкодження суглобової губи, хряща, зв'язки головки стегна, асептичний некроз, колагенози, артропатії, патологія капсули та зв'язок, остеоартроз I стадії, післятравматичний або післяопераційний больовий синдром (у тому числі після ендопротезування), параартикулярна патологія (бурсити, контрактури тощо). Тобто діапазон показань до АС дуже широкий, у тому числі і у сполученні з іншими відкритими оперативними втручаннями (артротомія).

Хто ж має виконувати артроскопію кульшового суглоба? Артроскопіст широкого профілю чи хірург, який спеціалізується на патології КС? Це питання дуже важливе для США, де диференціація спеціалістів дуже висока. Матеріали монографії, особливо другої частини, віддають перевагу спеціалістам з КС. Між іншим, J. C. McCarthy був президентом Hip Society у 2005–2006 роках. Звичайно, ідеальний спеціаліст зобов'язаний мати високу кваліфікацію в обох перелічених галузях ортопедичної хірургії. Це питання стає актуальним і для України.

У нашій країні є спеціалісти (іх поки небагато) по артроскопічним операціям на колінному суглобі. Ми вважаємо, що така спеціалізація при усій її привабливості і для хірурга, і для пацієнтів, повинна передбачати обов'язкову компетентність “артроскопіста” у виконанні також і більш інвазивних оперативних втручань, хоча б на цьому ж суглобі, щоб при потребі перейти до “відкритої” операції, чи, наприклад, поєднати дебрідмент суглоба з корекційною остеотомією, а не розділяти ці операції на 2 етапи.

У *третьій частині* (5 глав) наводяться приклади АС при пошкодженнях суглобової губи та вертлюгової западини, патологічних змінах головки стегнової кістки, синовіальної капсули та внутрішньосуглобової патології, а також при травмах і захворюваннях у дітей.

Особливий інтерес представляє досить об'ємна (на 21 сторінку) глава 12 “Патологія хрящової губи та вертлюгової западини”, що написана на основі аналізу літератури, секційних досліджень та 436 АС, які були виконані у провідних клініках США. Дуже переконливо показана роль патології хрящової губи у подальшому розвитку та прогресуванні дегенеративно-дистрофічних процесів у КС, що в подальшому вимагатиме ендопротезування.

На нашу думку, у цьому випадку існує аналогія з пошкодженнями менісків, які у ряді випадків не мають вираженої симптоматики (ущемлення, блоки колінного суглоба), проте їх показано видалити (артроскопічно) для попередження розвитку гонартрозу.

Вельми перспективною, на нашу думку, є АС КС у дітей, котра вперше була виконана у 1997 році R. Qwes, хоча ця тема і залишається дискусійною та потребує подальшої наукової розробки. Такі операції можна виконувати при септичному та ревматоїдних артритях, юнацькому епіфізолізі та хворобі Пертеса, пошкодженнях суглобової губи та наслідках травм.

У *заключній четвертій частині* монографії (функціональні результати АС) описано післяопераційну реабілітацію пацієнтів, підкреслюється її важливість для досягнення доброго результату лікування, значного спрощення та скорочення тривалості реабілітації та функціонального відновлення хворих після АС у порівнянні з відкритими операціями.

Ускладнення при АС КС трапляються частіше ніж при артроскопічних втручаннях на інших суглобах. Анатомія КС складніша для АС, ніж анатомія інших суглобів. Зокрема, навіть для розташування порталів потрібно визначити зону безпеки (Safe Zone). Більшість ускладнень (від 20 до 75%) неврологічні, обумовлені тракцією, особливо тривалою (більше 2 годин). Хоча, операцію, котра триває більше 2–3 годин можна назвати малоінвазивною лише умовно. Решта ускладнень не відрізняються від ускладнень, що виникають при артроскопії інших суглобів. Більшість ускладнень у авторів, які мають великий досвід АС КС, відмічається на початку освоєння методу, в подальшому ускладнення зустрічаються у 2–3 рази рідше, що свідчить про їх ятрогенну природу.

Монографію закінчує коротка глава 20 “Підсумки та перспективи”. J. C. McCarthy вважає, що подальше удосконалення технічного забезпечення АС КС (зокрема, створення інструментів з відповідною до форми головки стегна кривизною, термічної та лазерної артроскопії, фібро-волоконної оптики) та удосконалення хірургічної техніки шляхом проведення курсів підвищення кваліфікації (місцевих, регіональних, національних та, можливо, інтернаціональних), публікації статей і оглядів у спеціалізованих журналах дозволить суттєво розширити показання до таких оперативних втручань, особливо при пошкодженнях хрящової губи кульшового суглоба, знизити відсоток ускладнень та покращити результати лікування. Мініміально інвазивні оперативні втручання особливо ефективні на ранніх стадіях, коли вони попереджують розвиток “вторинної” патології, і є елементом патогенетичної терапії.

Таким чином, книга, яку ми рецензуємо, є монографічним дослідженням, що висвітлює практично усі найважливіші аспекти АС КС.

Книга чудово видана та багато ілюстрована 166 чорно-білими та 115 кольоровими малюнками, які роз'яснюють та підтверджують висловлені у книзі положення. Кожна з глав закінчується списком літератури, в основному англійською мовою. Їх порівняно небагато і видані ці роботи переважно після 90 років ХХ століття, що підтверджує актуальність питання.

Рецензенти вельми позитивно сприйняли цю монографію, разом з тим вважаємо за необхідне висловити деякі зауваження. На відміну від авторів книги, які активно пропагують МРТ з контрастуванням, ми скептично ставимось до переваг магніто-резонансної променевої діагностики на теренах України. Зокрема, рецензенти широко застосовують сонографічне дослідження, у тому числі функціональне, для діагностики ушкоджень рентген неконтрастних м'яких тканин, включно суглобової губи кульшового суглоба. Сонографічна навігація дозволяє візуалізувати судини і нерви перед і під час АС. За даними анатомічних досліджень, що базуються на нормальній анатомії, розроблена безпечна зона (Safe Zone) для формування артроскопічних порталів, проте існують анатомічні варіанти, а у випадку показаних для АС варіабельність збільшується.

Ми підтримуємо показання до терапевтичної АС, що викладені у монографії, і навіть вважаємо за доцільне їх розширити за рахунок поєднання АС з відкритими оперативними втручаннями. Але ми виступаємо проти діагностичних АС взагалі та зокрема на КС, у всякому випадку у найближчі роки в Україні. Тому що у США, судячи з монографії, умови страхової медицини роблять АС діагностику “більш вигідною”, можливо, навіть для пацієнта. Але в наших умовах робити АС для діагностики слід лише у виключних випадках і лише у закладах де АС КС вже виконувалась 50 і більше разів (таких закладів і тим більше таких хірургів на Україні поки що немає).

У монографії не описано АС КС без дистракції. Цей метод застосовується як у США так і у Європі. Звичайно, без дистракції доступною для огляду і лікувальних процедур є лише передньо-латеральна частина КС. Однак автори, які використовують цю методику, і ми у тому числі, стверджуємо, що не менше ніж у половині випадків без неї можна обійтись (пошкодження сулобової губи, імпіджмент синдром, крайова деструкція), а тривалість оперативного втручання скорочується удвічі.

Рецензенти сподіваються, що їх скромна праця дасть інформацію зацікавленим лікарям про можливості АС КС і слугуватиме розповсюдженню метода в Україні.

*Старший науковий співробітник відділення мікрохірургії та реконструктивно-відновлювальної хірургії верхньої кінцівки
ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України”
канд. мед. наук **Руслан Олексійович Сергієнко***

*Молодший науковий співробітник, відділення мікрохірургії та реконструктивно-відновлювальної хірургії верхньої кінцівки
ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України”
канд. мед. наук **Олександр Сергійович Страфун***