

Зарубежный опыт
**ПОЛЬСКИЙ ЭКСПЕРТ
О РОССИЙСКОЙ АРТРОСКОПИИ**

Экспертная оценка
**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА –
В ПОМОЩЬ ОРТОПЕДУ**



След в истории
**ГУРАМ ЛАЗИШВИЛИ:
ПУТЬ ЭНТУЗИАСТА-
ПОДВИЖНИКА**

10 ЛЕТ АРТРОМАСТЕРАМ АМТЕС KAZAN!



Артрокомплекс 2020

Для операций на колене и плече
от 2 млн рублей



- **HD (720p) видеосистема**
с записью на USB
- **Осветитель LED200**
30 000 часов работы/ 100 000 люкс
- **Артроскоп \varnothing 4 мм, 30° Full HD**
возможность Trade-in
- **Монополярный аблятор**
- **Новая артропомпа с контролем давления в полости**
режим "Гемостаз"
- **Надежная шейверная система**
многоходовые фрезы и боры
- **Базовый набор инструментов**

Реальное импортозамещение

Гарантия бесперебойной работы
(специальная сервисная программа)

eleps.ru
8 800 700 8703
info@eleps.ru



Knee Preservation System™

Непрерывный шов для восстановления разрыва мениска любой формы, размера и сложности.

Sequent® Инструмент для шва мениска



- Методика «Всё внутри»: фиксаторы РЕЕК® и высокопрочная нить Hi-Fi. Возможность наложения до 6 непрерывных стежков для безузлового восстановления.
- Быстровоспроизводимая техника, снижает риск травматизации мениска и повреждения хряща.
- При разрыве мениска любой формы и размера: косого, продольного, горизонтального и др.



НЕПРЕРЫВНЫЙ ШОВ



ВСЁ ВНУТРИ



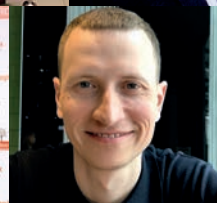
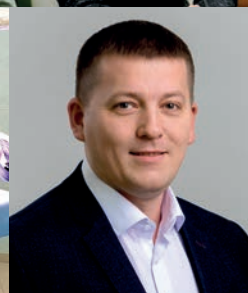
БЕЗУЗЛОВАЯ ТЕХНИКА



Подробнее об этих и других инновационных продуктах:
Тел.: +7 (495) 229-38-86
www.conmed.com
www.arthropower.ru
e-mail: info@arthropower.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Тренды в мире	6
Тренды в России	7
Тренды AMTEC KAZAN	8
В цифрах	
Артроскопия в AMTEC KAZAN	9
Экспертное мнение	
Нестабильность плечевого сустава. Концепция on-track и off-track	10
Томаш Пионьтек: «Врач должен быть как мастером, так и учеником»	16
Вадим Дубров: «Хирургия – это ремесло»	20
Навыки	
Последнее слово всегда за клиницистом	22
УЗИ в ортопедии: больше, чем картинка	24
Диагносту важно дружить с клиницистами	26
Что общего у столярного дела и ортопедии?	29
От трупа – к пациенту	30
Наглядность работы и результата	31
Экспертное мнение	
Лучшие инвестиции – в образование	32
Событие	
Вокруг торакальной хирургии за три дня	34
Культурный код	
Aliis inserviendo consumer: как врачу предотвратить эмоциональное выгорание	36
След в истории	
Гурам Лазишвили: «Важнее всего – желание врача работать»	39
Календарь	
Расписание курсов на 2020 год	42





Александр Дейнека, «Эстафета», 1947 г.

СЛОВО РЕДАКЦИИ

Мы начинаем этот год на позитивной ноте. 10 лет назад в AMTEC KAZAN стартовали первые курсы по артроскопии. С тех пор через них и другие образовательные мероприятия прошли тысячи специалистов со всей России. Здесь они получили первое знакомство с возможностями артроскопии, провели немало часов, совершенствуя свои навыки под началом настоящих мастеров своего дела, узнали о важных направлениях диагностики, без которых просто невозможна успешная клиническая практика. Некоторые из них впоследствии сами стали лидерами мнений, выступают в качестве экспертов AMTEC KAZAN. Они принимают эстафету у более маститых (пока!) коллег по цеху. И мы очень рады, что вносим свой вклад в развитие этого все еще молодого направления – если оценивать его с точки зрения истории медицины.

PS. И еще одна маленькая дата: год назад мы выпустили первый номер AMTEC KAZAN Info. С тех пор у нас появилась своя аудитория, думающая и современная, заинтересованная в саморазвитии и открытая всему новому. Мы научились поднимать действительно важные для медицинского сообщества вопросы, получили немало позитивных отзывов и конструктивной критики. А значит, все было не напрасно. Продолжение следует!

Редакция AMTEC KAZAN Info

Вызовы 2020 года

«Делойт», одна из ведущих международных компаний в сфере консалтинга и аудита, – о перспективах развития здравоохранения в нынешнем году.

Ежегодно аналитики компании описывают основные тренды развития отрасли, и вот некоторые из них (следим за развитием событий и сверяем часы):

1. Инновации в уходе за пациентом. Люди больше не являются пас-



сивными участниками медицинского обслуживания, они ждут от здравоохранения прозрачности, удобства и персонального подхода. Будут востребованы новые модели ухода и технологии, обеспечивающие раннюю диагностику, отслеживание реакций на лечение. Перспективы связаны с digital-решениями, позволяющими сегментировать запросы клиента, создавать 360-градусный взгляд на опыт пациента.

2. Цифровые решения и совместимость. Благодаря современным цифровым технологиям сегодня наблюдается переход от хранения данных к получению идей, которые можно монетизировать, в том числе в сфере управления здоровьем. При этом существуют проблемы с устаревшими платформами, высокой стоимостью ИТ и кибербезопасностью. Упорядочить оказание медицинской помощи, привести ее в соответствие с меняющимися предпочтениями потребителей призваны облачные вычисления, искусственный интеллект, так называемый интернет медицинских вещей и др.

3. Кадровое будущее. Разрыв между спросом на квалифицированных сотрудников и предложением продолжает увеличиваться, что создает проблемы как для государственных, так и для частных клиник. Вызовом для здравоохранения является поиск новых методов поиска, найма, обучения и удержания кадров. Статистика говорит сама за себя:

78 % врачей периодически или всегда испытывают чувство выгорания, 46 % думают о смене работы, 12 % хотели бы работать там, где им не придется иметь дела с пациентами. Некоторые медицинские организации предлагают более выгодные условия труда, альтернативные модели занятости и пр. Многие страны пытаются компенсировать нехватку рабочей силы путем предоставления стимулов для привлечения иностранных специалистов или поощрения при работе в отдаленных регионах. Добавим, кстати, что это справедливо и для России, вспомнить хотя бы программу «Земский доктор». Так что, как говорится, мы в тренде, и вызовы мирового здравоохранения касаются и нашей страны.

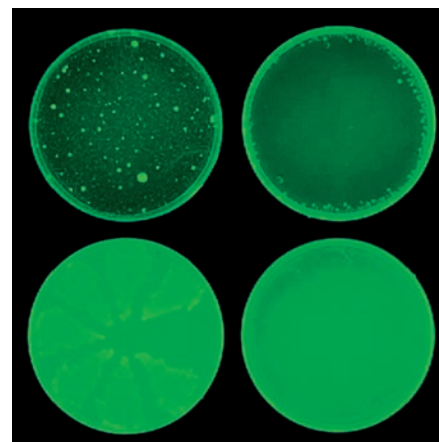
Антибиотик от нейросети

Ученые Массачусетского университета (MIT) впервые в мире смогли получить антибиотик с помощью нейросети, сообщает научный журнал *Cell*.

Проблема резистентности бактерий к антибиотикам – одна из наиболее актуальных в современной медицине. Разработка любого нового препарата требует миллионов долларов инвестиций при отсутствии каких-либо гарантий перехода от стадии лабораторных исследований к этапу промышленного производства. Таким образом прогресс в этой области тормозится в том числе и по чисто экономическим причинам. При этом, согласно прогнозам ученых, (O'Neill, 2014 г.), без разработки новых антибиотиков смертность от устойчивых инфекций к 2050 году достигнет 10

миллионов в год. Но вернемся к учебным из MIT. Попытаемся в упрощенном виде пересказать суть их работы. Вначале они научили искусственный интеллект предсказывать ингибирование роста кишечной палочки (любимая подопытная и хорошо изученная учеными бактерия) с использованием 2335 молекул, включая 1700 препаратов, одобренных FDA (Управление по контролю за продуктами и лекарственными средствами, США). Затем нейросеть применили для сканирования химических библиотек, содержащих более 107 млн молекул. Впоследствии из них были отобраны 9 веществ с выраженной антибактериальной активностью, причем структурно далеких от известных ранее антибиотиков. Наибольший интерес представляет препарат «Халицин», названный в честь системы искусственного интеллекта HAL из

фильма Кубрика «2001 год: Космическая одиссея». Антибиотик показал эффективность для лечения туберкулеза, псевдомембранозного колита, а также против энтеробактерий и актинобактерии Баумана. Таким образом, первые результаты применения искусственного интеллекта внушают вполне оправданный оптимизм.



Академический стандарт качества

В образовательную программу Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования вошли разделы о безопасности и качестве медицинской помощи.

Напомним, одним из самых резонансных высказываний нового министра здравоохранения Михаила Мурашко стали слова о том, что ежегодно около 70 тысяч человек получают тяжелые осложнения из-за неправильных действий медицинских работников. Кроме того, по словам главы ведомства, более 25 пациентов в год умирает из-за оши-

бок при использовании местного анестетика, 1-2 человека – из-за неправильного применения медицинских каталок на скорой помощи. Как руководитель службы Росздравнадзора он, вероятно, владеет наиболее актуальной статистикой.

Неким ответом можно считать новое учебно-методическое пособие «Протоколы по обеспечению безопасности медицинской помощи в многопрофильном стационаре», разработанное специалистами РМАНПО. По нему будут проходить профессиональную переподготовку врачи по специальностям «хирургия», «терапия», «организа-

ция здравоохранения и общественное здоровье», «клиническая фармакология», а также медицинские работники – «сестринское дело», «сестринское дело в хирургии», «сестринское дело в терапии».

Как следует из названия, данный труд призван обозначить основные принципы обеспечения безопасности оказания медицинской помощи и, в частности, профилактики внутрибольничных инфекций, правильного обращения с лекарственными средствами и медицинскими изделиями. Пособие доступно на портале Научной электронной библиотеки - www.elibrary.ru.



Хирурги страхуются профессионально

С 1 января этого года обязательным условием членства в Российском обществе хирургов стало участие в программе страхования профессиональных рисков.

Участие в корпоративной страховой программе включено в сумму ежегодного членского взноса. Партнером проекта выступила одна из крупнейших российских страховых компаний. Главной задачей является, в первую очередь, предотвращение возбуждения уголовного дела в отношении врача благодаря своевременному вмешательству членов Экспертного совета общества и квалифицированных адвокатов. Как показывает практика, юридическая защита наиболее эффективна в тот короткий период, когда жалоба на действия врача еще только

формируется или она передана в администрацию больницы, но уголовное дело еще не возбуждено. Тревожным звонком может служить вызов на допрос в качестве свидетеля. В этот момент врач должен обратиться на горячую линию юридической помощи Российского общества хирургов.

К сожалению, громкие дела в отношении врачей далеко не редкость. В медицинском сообществе все чаще говорят о полноценной антиврачебной кампании. Только за 9 месяцев прошлого года Следственный комитет направил в суды 260 уголовных дел в отношении 292 медицинских работников. Страхование – пожалуй, один из наиболее цивилизованных способов защиты от рисков, связанных с профессиональной деятельностью, успешно применяемый во многих странах.

Ассоциация в частном порядке

Крупнейшие частные клиники основали Национальную ассоциацию негосударственных медицинских организаций (НАНМО).

Во главе Ассоциации встал помощник министра здравоохранения Илья Шилькрот, заместитель – вице-президент «Опоры России», президент Ассоциации частных клиник Москвы и ЦФО Александр Грот. В правлении – топ-менеджмент компаний «Европейский медицинский центр», «Медицина», «Медси», «Онкостоп», «Семейный доктор» и других крупнейших игроков рынка медицинских услуг. В состав НАНМО могут войти негосударственные медицинские организации, объединения и т.д.

Главные цели новообразованной организации, как водится, самые благородные – повышение доступности и качества медицинской помощи, улучшение демографических показателей, в частности, увеличение продолжительности жизни населения.

Кроме того, очевидно, что НАНМО призвана отстаивать интересы бизнеса, в том числе участвовать в обсуждении вопросов регулирования отрасли, представлять позицию частных клиник в диалоге с Минздравом, Росздравнадзором, Роспотребнадзором. Что особенно актуально в свете последних инициатив в части дополнительного лицензирования негосударственных клиник и прочих нововведений.



Учиться, учиться и еще раз... скидка!

Собираетесь стать участником конференции Образовательного центра? Заинтересованы в стажировке? Планируете групповое посещение тренинга в AMTEC KAZAN? Теперь это не только полезно для повышения квалификации, но и выгодно!

Образовательный центр высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN официально заявляет: программе лояльности быть! Она касается как старых проверенных друзей, так и новых слушателей и участни-

ков мероприятий. Если вы еще раздумываете и подсчитываете, возможно, уже пора решаться! Итак, обо всем подробнее.

Программа лояльности действует до конца этого года и предоставляет одинаковые условия как для физических, так и для юридических лиц. Арифметика проста: при посещении второго образовательного мероприятия AMTEC KAZAN предоставляется скидка 3 %, третьего – 5 %, четвертого и более – 7 %. При этом речь идет об услугах, которые клиент оплачивает напрямую AMTEC KAZAN.

Что считается образовательным мероприятием? Действительно,

форматы обучения в AMTEC KAZAN бывают самыми разнообразными, поэтому не будет лишним перечислить: конференции, курсы, стажировки, тренинги, мастер-классы и т.д. Подробнее со всеми направлениями можно ознакомиться на сайте www.amtec-kazan.com.

Наконец, отдельные скидки предусмотрены и для медицинских учреждений при подаче групповых заявок на обучение:

- от 3 до 5 человек – 3 %,
- 6-10 человек – 5 %,
- 11-19 человек – 7 %,
- от 20 человек и более – 10 %.

Встречайте, эндоваскулярная хирургия

Если вы – начинающий хирург с небольшим опытом проведения основных эндоваскулярных вмешательств и хотите приобрести уверенность в выполнении диагностических и лечебных процедур, этот курс – для вас!

Лекции посвящены основным вопросам – наиболее частым заболеваниям артерий, выбору метода лечения, началу эндоваскулярной работы с пациентом, особенностям проведения ангиопластики, стентирования и т.д. Ежедневно на компьютерных симуляторах под руководством преподавателя проходит отработка практических навыков. В программу также включена возможность ознаком-

ления с ходом вмешательств при посещении операционной ЛПУ Казани. Обучение проходит в группах не более 12 человек, это позволяет каждому слушателю отработать навыки всех видов вмешательств с максимальной эффективностью. По окончании выдается удостоверение установленного образца о повышении квалификации (36 часов).

АРТРОСКОПИЯ В



АМТЕС • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

10

ЛЕТ ПРОВОДЯТСЯ
КУРСЫ ПО
АРТРОСКОПИИ



3200

УЧАСТНИКОВ



15

КРУПНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ



235

КУРСОВ
ПРОВЕДЕНО



49

РОССИЙСКИХ
РЕГИОНОВ БЫЛИ
ПРЕДСТАВЛЕНЫ



9

СТРАН



НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА. КОНЦЕПЦИЯ ON-TRACK И OFF-TRACK

Руслан Зайцев,

сопредседатель Школы «Артромастер»,
доцент кафедры общей
и специализированной хирургии МГУ
им. М.В. Ломоносова, к.м.н.;

Эдуард Рахманкулов,

сопредседатель Школы «Артромастер»,
заведующий отделением реконструк-
тивной и пластической хирургии
Городской клинической больницы №3
(г. Уфа), к.м.н.;

Алексей Маковский,

ассистент кафедры общей
и специализированной хирургии
МГУ им. М.В. Ломоносова;

Григорий Федорук,

заведующий отделением ортопедии
и сложной травмы Московского
клинического научного центра
им. А.С. Логинова, к.м.н.

Введение

Стабилизация плечевого сустава зависит не только от положения руки, но также от работы мышц, участвующих в движении плеча. Капсуло-связочный аппарат является основным стабилизатором движений плеча в крайних положениях конечности, в то время как отрицательное внутрисуставное давление и компрессия впадины являются основными стабилизаторами срединных движений плеча.

Существует два типа дефекта гленоида: потеря костного фрагмента (костный дефект) и эрозия. Костный дефект головки плечевой кости, известный как повреждение Хилл-Сакса (Hill-Sachs lesion, HSL), представляет собой компрессионный перелом головки плечевой кости, вызванный соударением с передним краем гленоида, когда головка плечевой кости смещается кпереди в сторону гленоида. У четырех из пяти пациентов с передней нестабильностью плеча имеются изменения по типу Хилл-Сакса, а также дефект гленоида, что называют биполярным поражением.

Когда рука приближается к максимальному отведению и наружной ротации или находится в положении различной степени отведения, максимальной наружной ротации плеча и максимального горизонтального разгибания, гленоид смещается вдоль заднего суставного края головки плечевой кости. Эта зона контакта гленоида с головкой плеча называется гленоидной дорожкой (glenoid track).

Поражение HSL, располагающееся на glenoid track (поражение on-track), не контактирует с гленоидом и не может вызывать смещение. С другой стороны, поражение HSL, которое находится вне glenoid track (поражение off-track), имеет риск зацепиться за гленоид и стать причиной вывиха по принципу зубчатого колеса. Клинические достоверные исследования показывают, что концепция «on-track/off-track» способна эффективно предсказать риск контакта HSL с гленоидом. Для поражений off-track в зависимости от размера дефекта гленоида и риска рецидива показано проведение ремплиссажа либо Латарже.

Стабильность плечевого сустава

Основная концепция стабильности плеча объясняется в первом разделе этой статьи, так что читателям будет легче понять следующее объяснение стабильности плечевого сустава. Плечевой сустав – шарообразный. Поскольку гленоид покрывает только одну четверть поверхности шара (головки плеча), плечевой сустав имеет наибольший диапазон движения среди всех суставов в теле [1]. Когда рука достигает максимальной амплитуды движения плеча, она определяется как конечный диапазон дви-

жения. Направление вытянутой руки, движущейся по максимальной амплитуде, создает большой круг вокруг плечевого сустава. Область, окруженная этим кругом, называется средним уровнем движений. При максимальной амплитуде движений часть плечевой капсулы натянута, что препятствует перемещению головки плечевой кости на гленоид [2]. С другой стороны, плечевая капсула расслаблена при среднем диапазоне движений, что позволяет свободно перемещать головку плеча в любом направлении относительно гленоида. Такое скольжение головки плеча вызывает расслабление связочного аппарата. Тесты переднего и заднего ящика (нагрузки и смещения) и тест борозды выполняются, когда рука производит движения средней амплитуды, чтобы выявить слабость структур плечевого сустава.

Стабильность плеча в среднем диапазоне движений обеспечивается отрицательным внутрисуставным давлением и эффектом компрессии впадины [3, 4]. Когда все мышцы плеча не работают (когда рука расслаблена), плечо оттягивается вниз под тяжестью руки. Это создает отрицательное внутрисуставное давление, которое присасывает головку плеча во впадину гленоида и предотвращает перемещение головки плеча вниз. Если рука опущена вниз (тест на борозду), головка плеча может смещаться в различной степени. Как правило, отрицательное значение внутрисуставного давления линейно возрастает с увеличением нисходящего усилия [4]. Это увеличение отрицательного значения предотвращает дальнейший сдвиг головки плеча, когда отрицательное давление и тяжесть руки приходят в равновесие. Восприимчивость внутрисуставного давления к внешней нагрузке

определяется объемом сустава, а также толщиной и состоянием окружающей оболочки мягких тканей, таких как суставная капсула и мышцы. Из-за различной степени восприимчивости внутрисуставного давления нет понятия нормы для слабости связочного аппарата плечевого сустава. У некоторых людей при средней амплитуде движений плечо находится в подвывихе или даже «почти-вывихе» из-за значительного расслабления связочного аппарата. Если этот подвывих или «почти-вывих» не сопровождается симптомами, это расслабление связочного аппарата является просто физиологическим и никакого лечения не требует.

Как только происходит сокращение мышц при поднятии руки, сила сокращения мышц плеча толкает головку плеча во впадину гленоида, что, в свою очередь, создает силу сопротивления против перемещения головки плеча. Этот стабилизирующий механизм называется эффектом компрессии впадины. Он зависит от глубины впадины гленоида и величины силы сжатия, создаваемой мышцами. Впадина глубже в два раза в направлении вверх и вниз, чем при вперед и назад. В результате сила, необходимая для перемещения головки плеча под постоянным сжимающим усилием, вдвое больше в направлении вверх и вниз, нежели в направлении вперед и назад. Отношение поступательной/сжимающей силы определяется как отношение устойчивости. Оно составляет от 0,33 до 0,35 в направлении вперед-назад (Anterior-posterior (AP)) и от 0,59 до 0,64 в направлении от верха к низу. Величина и направление результирующей силы мышц плеча зависят от активности и положения руки. Независимо от величины и направления, перпендикулярная составляющая результирующей силы против впадины гленоида, умноженная на коэффициент устойчивости, определяет силу сопротивления.

При максимальной амплитуде движений часть капсулы плечевого сустава становится натянутой и препятствует дальнейшему движению руки. Например, передне-нижняя часть капсулы, включающая нижнюю

глено-плечевую связку (IGHL), становится натянутой, когда рука находится в отведении, наружной ротации и горизонтальном разгибании. Если применяется сила, превышающая сопротивление IGHL, IGHL может разорваться, и головка плеча выходит из впадины гленоида. Это травматический вывих плеча.

Костный дефект гленоида

Что такое дефект гленоида по своей сути? Это очень фундаментальный вопрос. Когда авторы [47] впервые обратили внимание на эту проблему, количественных исследований биомеханики не проводилось. Сообщается, что необходимо восстанавливать костный дефект при дефекте от одной трети гленоида или более [9, 10]. Оценка одной трети является очень субъективной, а не количественной. Никто не может точно сказать, что такое треть гленоида. Пока мы используем субъективную оценку, например, одну треть или четверть, мы никогда не сможем определить критический размер дефекта, который необходимо лечить. Это послужило началом серийных исследований стабильности плеча, связанных с дефектами головки плеча и плечевой кости. Itoi E. с коллегами [47] пошагово создали передне-нижние дефекты гленоидных костей четырех разных размеров (9 %, 21 %, 34 % и 46 % от длины гленоидов) и измерили стабильность плеча после восстановления по типу Банкарта с каждым размером костного дефекта (рис.1)

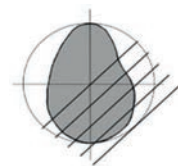


Рис. 1 Костные дефекты в передне-нижних отделах на позиции 4:30 условного циферблата.

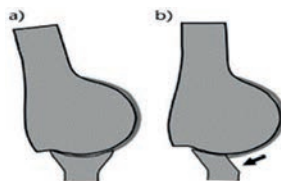


Рис. 2 Стабилизация при максимальной амплитуде движений: а) нормальное плечо, передняя часть капсулы натянута; б) при большом костном дефекте гленоида (стрелка) стабильность все еще хорошо сохраняется после восстановления Банкарта, потому что восстановленная капсула герметична и предотвращает передний вывих головки плечевой кости.

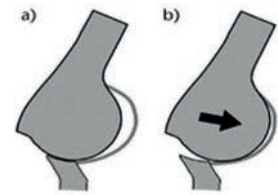


Рис. 3 Стабилизация при движениях средней амплитуды: а) капсула сустава расслаблена и не центрует головку плечевой кости; б) головка выходит за пределы впадины гленоида, т.к. впадина слишком маленькая из-за большого костного дефекта гленоида.

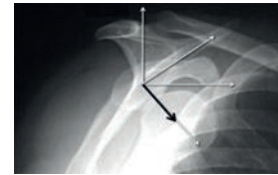


Рис. 4 Направление смещения. Головка вывихнута в передне-нижнем направлении по отношению к туловищу, но кпереди по отношению к лопатке.

Интересно, что стабильность плеча хорошо сохранялась даже при самом большом костном дефекте гленоида до тех пор, пока движения плеча были с максимальной амплитудой при отведении и наружной ротации. Это было связано с тем, что в этом положении восстановленная передне-нижняя часть капсулы натягивалась и препятствовала переднему смещению головки плечевой кости даже при большом дефекте гленоида (рис. 2). Однако, как только рука начинала двигаться со средней амплитудой, головка плечевой кости легко смещалась в передне-нижнюю часть с определенным размером дефекта гленоида, потому что больше не было стабилизирующего эффекта от натянутой капсулы, и впадина гленоида была слишком маленькой, чтобы удержать головку плеча во впадине (рис. 3). Этот размер дефекта составлял 21 % длины гленоида или 28 % ширины. Эти результаты ясно говорят нам, что костный дефект гленоида связан с нестабильностью при средней амплитуде движений, а не с нестабильностью при максимальной амплитуде движений.

После этого исследования определили точное местоположение дефекта гленоидной кости с помощью 3D-КТ [12]. Головка плечевой кости смещается в передне-нижнем направлении относительно туловища. Однако из-за переднего наклона лопатки направление вывиха головки плечевой кости относительно лопатки было почти передним (3:00 на «циферблате» правого плеча) (рис. 4).

Аналогичные биомеханические исследования повторили с костным дефектом, созданным в передней части гленоида (рис. 5). Во-первых, измерили стабильность кости, используя коэффициент стабилизации без какого-либо вклада мягких тканей [13], затем измерили стабильность плеча после восстановления Банкарта в контрольном исследовании [14]. Согласно этим исследованиям, критический размер дефекта гленоида составляет 25 % ширины гленоида.

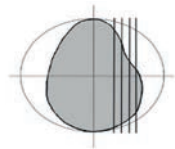


Рис.5. Костный дефект гленоида, созданный спереди на 3:00 условного циферблата.

Оценка степени дефекта гленоида

Существуют различные методы оценки костного дефекта гленоида, такие как рентгенография, КТ, 3D-КТ, МРТ и артроскопия [21]. В настоящее время эталонным методом является 3D-КТ [22], поскольку она обеспечивает наиболее точную оценку дефекта гленоида [23]. При внешней оценке гленоида мы должны определить две вещи: 1) метод, как мы решили оценить исходную форму гленоида; и 2) как выразить размер дефекта. Для первого есть два метода: 1) подобрать наиболее подходящий круг, описывающий гленоид (рис. 6) [20, 24, 25]; и 2) использовать контралатеральный гленоид в качестве эталона (рис. 7) [19, 26]. Поскольку при КТ-сканировании всегда доступны двухсторонние изображения плеч, а разность между сторонами составляет <1 % длины и ширины [27], использование контралатерального гленоида, по-видимому, является наилучшим методом, если только не имеется нестабильности в контралатеральном плече. В таком случае вместо этого можно использовать метод описанного круга. Относительно второго вопроса также существует два способа выражения размера дефекта: 1) измерение площади; и 2) линейное измерение размеров. Большинство людей предпочитают использовать линейные измерения (рис. 8), потому что это легче и никакого специального про-

граммного обеспечения не требуется. Для этого нужна только линейка.



Рис. 6. Метод «наилучший соответствующий круг». Лучше всего подходит круг, который идеально проходит по задней и нижней части гленоида. Этот круг считается близким к исходной форме гленоида.

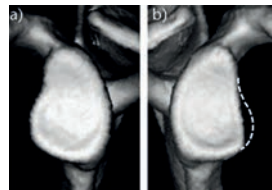


Рис. 7. Контралатеральный метод: контралатеральное плечо (а), если оно не повреждено, можно использовать в качестве контроля (пунктирная линия) (б).

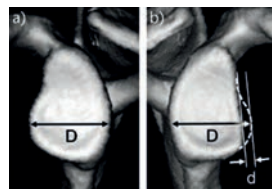


Рис. 8. Линейное измерение: а) это контралатеральный гленоид, который не поврежден. D – это ширина неповрежденного гленоида; б) это вовлеченная сторона с дефектом гленоида. D берется от противоположного плеча, а разница между шириной неповрежденного гленоида D и шириной дефектного гленоида составляет ширину дефекта d. Размер дефекта выражается как $d/D \times 100\%$.

Повреждение Хилл-Сакса (HSL)

HSL обычно встречается при передней нестабильности плеча. Распространенность HSL, как сообщается, составляет от 65 % до 67 % после первоначального вывиха и от 84 % до 93 % после повторного вывиха [28, 29].

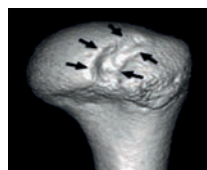


Рис. 9. Повреждение Хилл-Сакса (HSL): стрелки указывают на компрессионный перелом задней части головки плечевой кости, который называется HSL. Это поражение расположено вблизи большей бугристости.

Это компрессионный перелом головки плечевой кости, созданный передним краем гленоида (рис. 9). Он расположен в задней части головки плечевой кости, на удалении от 0 мм до 24 мм от верхушки головки. Обычно

маленьких размеров HSL расположен близко к большому бугорку, тогда как большой размер HSL расположен более медиально от большого бугорка. Небольшое и узкое повреждение HSL, но расположенное медиальнее, требует особого внимания при выборе оптимального варианта лечения (рис. 10) [31].

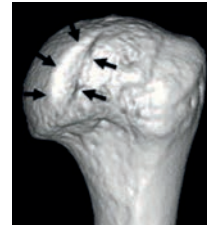


Рис. 10. Повреждение Хилл-Сакса (HSL), расположенное медиально: этот HSL узкий, но расположен медиально. Этот тип HSL имеет высокий риск стать «поражением off-track».

HSL не связан со стабилизацией при средней амплитуде движений, потому что зона повреждения Хилл-Сакса при средней амплитуде движений расположена далеко от гленоида (рис. 11). Когда рука максимально отводится назад или происходит максимальная наружная ротация, гленоид попадает в задне-боковую часть головки плечевой кости, где расположена зона HSL. Если HSL полностью перекрывается гленоидом, при этом положении руки не проявляется нестабильность (рис. 12). Однако если дефект находится вне зоны покрытия гленоида, он может зацепиться о передний ободок гленоида и вызвать вывих (рис. 13). Таким образом, в отличие от костного дефекта гленоида, HSL связан с нестабильностью при максимальной амплитуде движений.

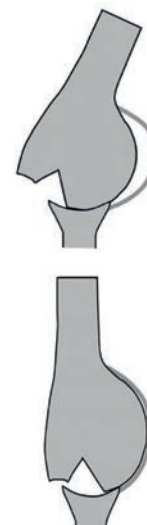


Рис. 11. Повреждение Хилл-Сакса (HSL) при средней амплитуде движений: оно не вызывает никакой нестабильности.

Рис. 12. Повреждение Хилл-Сакса (HSL) полностью перекрывается гленоидом при максимальной амплитуде движений: если HSL полностью перекрывается гленоидом, то нестабильности нет.

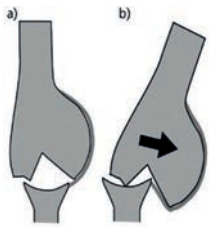


Рис. 13 Повреждение Хилл-Сакса (HSL), не полностью перекрывается гленоидом при максимальной амплитуде движений: а) передний край гленоида находится на HSL; б) он взаимодействует с HSL и происходит смещение.

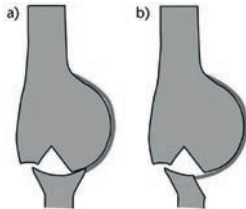


Рис. 14 Повреждение Хилл-Сакса (HSL) и гленоида: а) HSL полностью перекрывается гленоидом при максимальной амплитуде движений. Следовательно, нестабильности плеча нет; б) HSL такого же размера, как в (а), но не полностью перекрывается гленоидом из-за костного дефекта гленоида. Таким образом, появляется нестабильность плеча. Риск вовлечения HSL зависит от размера HSL по отношению к гленоиду.

Оценка рисков при повреждении Хилл-Сакса

Как мы можем оценить риск нестабильности, вызванной HSL? Каков критический размер HSL? Как упоминалось ранее, HSL связан с нестабильностью плеча при максимальной амплитуде движений. Это означает, что риск зацепления/вывиха зависит от относительного размера и расположения HSL по отношению к гленоиду (рис. 14). Существует два метода оценки риска нестабильности при HSL. Одним из методов является динамический тест. Во время артроскопической операции можно оценить взаимоотношение между HSL и гленоидом. Важно, чтобы динамический тест проводился после восстановления структур по типу операции Банкарта (рис. 15 и 16).

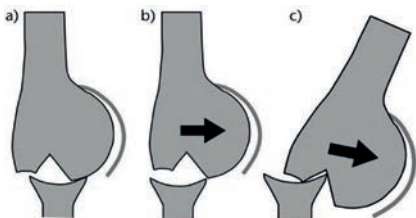


Рис. 15 Динамический тест перед восстановлением по типу Банкарта: а) плечо стабильно спереди из-за повреждения Банкарта; б) головка плеча движется вперед во время динамического теста; в) в результате HSL легко зацепляется за гленоид, а головка вывихивается.

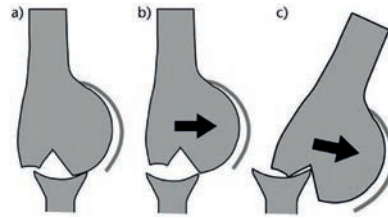


Рис. 16 Динамический тест после восстановления по Банкарту: а) повреждение Хилл-Сакса (HSL) (того же размера, что и на рисунке 15). Вывих не происходит, потому что плечо устойчиво из-за натянутой передней капсулы после восстановления Банкарта; б) этот HSL не заходит на гленоид после восстановления по Банкарту; в) HSL все равно цепляется за гленоид, и головка плечевой кости смещается даже после восстановления по Банкарту. Это настоящее «вовлеченное» повреждение HSL.

Имеет значение, взаимодействует ли HSL с гленоидом до восстановления Банкарта; нам нужно знать, есть ли остаточный риск взаимодействия после восстановления Банкарта. Это единственная цель проведения динамического теста при артроскопии.

Поэтому динамический тест следует выполнять после восстановления Банкарта. К сожалению, большинство исследователей проводят динамический тест перед восстановлением по Банкарту и называют повреждение HSL вовлеченным, если этот тест положительный [32-34]. Согласно этим сообщениям, распространенность вовлечения повреждения HSL составляла от 34 % до 52 %. Это неправильный способ определения вовлеченности HSL, поэтому встречаемость была явно завышена. Parke и др. [35] оценили взаимодействие до и после восстановления по Банкарту. В серии из 983 операций по стабилизации плечевых суставов 70 плечевых суставов показали положительный динамический тест после восстановления по Банкарту. Распространенность истинного «вовлеченного» HSL составила 7 % (70 из 983). Недостаток этого метода заключается в том, что существует риск повреждения проведенного восстановления по Банкарту при повторном динамическом тесте.

Второй метод заключается в использовании концепции glenoid-track. Риск зацепления HSL с передним краем гленоида наиболее высок, когда рука максимально отводится назад, потому что именно в этом положении гленоид перекрывает зону HSL. С целью оценки риска зацепления HSL за гленоид была введена концепция glenoid-track [36, 37].

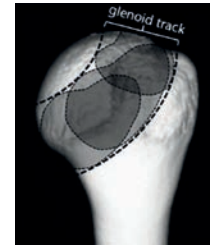


Рис. 17 Гленоидная дорожка (glenoid track): рука максимально отводится назад при максимальной наружном отведении и максимальном горизонтальном разгибании, гленоид движется вдоль задней суставной поверхности головки плечевой кости. Эта контактная зона определяется как «дорожка гленоида». (Itoi E, Yamamoto N. Нестабильность плеча: лечение потери костной ткани. Текущая практика ортопедии 2012; 23: 609-615,38)

Glenoid track, или гленоидная дорожка, – это область задней суставной поверхности плечевой кости, контактирующая с гленоидом, когда рука отводится максимально с наружной ротацией (рис. 17). Если зона HSL остается в пределах дорожки гленоида, зацепление/вывих не происходит. Однако если повреждение Хилл-Сакса выходит за пределы дорожки гленоида, передний край гленоида может провалиться в HSL, вызывая новый вывих. В исследовании ширина дорожки гленоида, определяемая как расстояние между медиальным краем дорожки гленоида и медиальным краем борозды прикрепления ротаторной манжеты плеча, составляла 84 % ширины гленоида в трупных плечевых суставах и составляла 83 % ширины гленоида у пациентов при отведении руки на 90° [36].

Авторы [47] в повседневной практике используют трехмерное изображение гленоидов и вид сзади вовлеченной головки плечевой кости в 3D-КТ [26, 38]. Сначала измеряется ширина неповрежденного гленоида и вычисляется 83 % ширины гленоида (0,83D) (рис. 18а). Затем это 83-процентное значение (0,83D) применяется к вовлеченному гленоиду (вид спереди) (рис. 18б). При наличии костного дефекта гленоида ширина дефекта d должна быть вычтена из значения 83 % (0,83D), чтобы получить истинную ширину дорожки гленоида (0,83D – d). Эту ширину (0,83D – d) накладывают на головку плечевой кости – вид сзади (рис. 18с). Если медиальный край HSL остается в пределах гленоидной дорожки, нет риска, что этот HSL зацепится за передний край гленоида. Если HSL простирается более медиально над медиальным краем дорожки гленоида,

существует риск зацеplения. Первый случай раньше назывался «невовлеченным HSL», а второй «вовлеченным HSL». Однако, как описано выше, эти термины почти всегда используются неправильно и вызывают много путаницы. Чтобы избежать этой путаницы, предложена новая терминология: «HSL on-track» и «HSL off-track» [26]. Если HSL расположен на дорожке гленоида (поражение on-track), риска зацеplения нет. Если HSL находится вне дорожки гленоида (поражение off-track), существует риск зацеplения и вывиха.

В последнее время есть несколько клинических исследований, показывающих обоснованность этой концепции on-track/off-track. Locher и соавт. [39] провели ретроспективный анализ 100 пациентов, которым была выполнена артроскопическая операция Банкарта. Среди этих 100 пациентов 88 имели HSL on-track и 12 – off-track HSL. У пациентов, получавших лечение, было 6 % рецидивов (пять из 88), но у пациентов, не принимавших участие, было 33 % (четыре из 12). Соотношение повторного вывиха у off-track пациентов к on-track пациентам составило 8,3. Shaha et al. также обследовали 57 пациентов, которые перенесли артроскопическую операцию Банкарта. Частота рецидивов составила 8 % у пациентов, получавших лечение, и 75 % у пациентов, не получавших лечение. Положительная прогностическая ценность концепции on-track/off-track для прогнозирования рецидива составила 75 %, тогда как оценка риску по степени дефекта гленоида > 20 % составила 43 %. Они пришли к выводу, что концепция on-track/off-track была точна, и использовали ее как обычную предоперационную оценку всех пациентов, находящихся на рассмотрении, для артроскопической стабилизации.

Стратегия лечения

Согласно концепции on-track/off-track, стратегия лечения заключается в следующем [26]. Для плечевых суставов on-track HSL и дефектом гленоида <25 % достаточно только восстановления мягких тканей. При on-track HSL и дефекте гленоида >25 % необходимо восполнить дефект гленоида, напри-

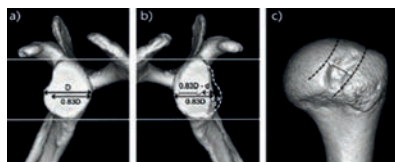


Рис. 18 Рисунок гленоидной дорожки: а) вид спереди – от неповрежденного гленоида подсчитано 83 % ширины гленоида (0,83D); б) на вовлеченной стороне есть дефект (d); белая пунктирная двуглавая стрелка). Ширина дорожки гленоида высчитывается путем вычитания d (двухточечная стрелка с черной точкой) из значения 83 % (0,83D - d); белая двуглавая стрелка); в) эта ширина дорожки гленоида (0,83D - d) применяется к заднему виду головки плечевой кости. В этом случае HSL расположено на дорожке гленоида, что мы назовем on-track HSL.

мер, с помощью процедуры Latarjet или костного блока. При off-track HSL и дефекте гленоидальной кости < 25 % ремплиссаж может быть хорошей процедурой. Однако если пациент спортсмен, которому требуется полный диапазон наружной ротации, или если пациент занимается контактным видом спорта с высоким риском рецидива, то процедура Latarjet является процедурой выбора, поскольку она может обеспечивать дополнительную стабилизацию плечевого сустава [41].

Костный дефект гленоида

Вышеупомянутая стратегия лечения предназначена для эрозивного типа дефекта гленоида. Иногда дефект гленоида сопровождается костным фрагментом, который называется костным повреждением Банкарта. Это наблюдается в 22–50 % случаев с рецидивирующей передней нестабильностью [19, 24, 43, 44]. Стратегия лечения при костном дефекте Банкарта остается спорной. Некоторые сообщают, что достаточно зафиксировать фрагмент обратно к гленоиду, даже если размер фрагмента был намного меньше размера дефекта гленоида [45]. Пятилетнее последующее исследование показало, что после фиксации небольшого фрагмента остаточный дефект заполняется новообразованной костной тканью, и в конечном итоге форма гленоида возвращается близко к первоначальной форме [46]. С другой стороны, другие исследователи сообщают, что чем меньше фрагмент, тем хуже контакт между фрагментом и гленоидом, что в свою очередь ухудшает результат [44].

Источник – Itoi E. «On-track» and «off-track» shoulder lesions // EFORT open reviews. – 2017. – Т. 2. – №. 8. – С. 343-351.

Список литературы

1. Hertz H. Significance of the limbus glenoidalis for the stability of the shoulder joint. Wien klin Wochenschr Suppl 1984;152:1-23. (In German)
2. Itoi E, Morrey B.F, an Kn. Biomechanics of the shoulder. In: Matsen FA, Wirth MA, Lippitt S.B., Rockwood CA, eds. The shoulder. Fourth ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2009:213-265.
3. Kumar V.P, Balasubramaniam P. The role of atmospheric pressure in stabilising the shoulder. An experimental study. J Bone Joint Surg [Br]1985;67-B:719-721.
4. Itoi E, Motzkin N.E, Browne A.O, et al. Intraarticular pressure of the shoulder. Arthroscopy 1993;9:406-413.
5. Matsen FA. III, Harryman FT. II, Sidles J.A. Mechanics of glenohumeral instability. Clin Sports Medicine 1991;10:783-788.
6. Itoi E. Pathophysiology and treatment of atraumatic instability of the shoulder. J Orthop Sci 2004;9:208-213.
7. Howell S.M, Galinat B.J. The glenoid-labral socket. A constrained articular surface. Clin Orthop Relat Res 1989;243:122-125.
8. Lippitt S.B, Vanderhooft J.E, Harris S.L., et al. Glenohumeral stability from concavity-compression: A quantitative analysis. J Shoulder Elbow Surg 1993;2:27-35.
9. Matsen FA. III, Thomas S.C. Glenohumeral instability. In: Evarts C, ed. Surgery of the Musculoskeletal System. Second ed. New York: Churchill Livingstone, 1990:1439-1469.
10. Matsen FA. III, Thomas S.C, Rockwood CA. Jr, Wirth M.A. Glenohumeral instability. In: The Shoulder. Rockwood CA. Jr, Matsen FA. III, eds. Philadelphia: W.B.Saunders, 1998:611-754.
11. Itoi E, Lee S.B, Berglund L.J, Berge L.L, an Kn. The effect of a glenoid defect on anteroinferior stability of the shoulder after Bankart repair: a cadaveric study. J Bone Joint Surg Am. 2000;82-A:35-46.
12. Saito H, Itoi E, Sugaya H, et al. Location of the glenoid defect in shoulders with recurrent anterior dislocation. Am J Sports Med 2005;33:889-893.
13. Yamamoto N, Itoi E, Abe H, et al. Effect of an anterior glenoid defect on anterior shoulder stability: a cadaveric study. Am J Sports Med 2009;37:949-954.
14. Yamamoto N, Muraki T, Sperling J.W., et al. Stabilizing mechanism in bonegrafting of a large glenoid defect. J Bone Joint Surg [Am] 2010;92-A:2059-2066.
15. Rokous J.R, Feagin J.A, Abbott H.G. Modified axillary roentgenogram. A useful adjunct in the diagnosis of recurrent instability of the shoulder. Clinical Orthop Relat Res 1972;82:84-86.
16. Bernageau J, Patte D., Debeyre J., Ferrane J. Value of the glenoid profil in recurrent luxations of the shoulder. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 1976;62:142-147. (In French)
17. Garth W.P. Jr, Slappeg C.E., Ochs C.W. Roentgenographic demonstration of instability of the shoulder: the apical oblique projection. A technical note. J Bone Joint Surg [Am] 1984;66-A:1450-1453.
18. Baudi P, Righi P, Bolognesi D., et al. How to identify and calculate glenoid bone deficit. La Chirurgia degli organi di movimento 2005;90:145-152. (In Italian)
19. Griffith J.F, Antonio G.E., Tong C.W., Ming C.K. Anterior shoulder dislocation: quantification of

Алгоритм коррекции нестабильных повреждений плечевого сустава

1. Без дефицита кости суставного отростка лопатки
реинсерция суставной губы → пластика клювоплечевой связки

2. С наличием дефекта Хилл-Сакса и без костного дефекта гленоида

без эффекта критической точки:
реинсерция суставной губы → пластика клювоплечевой связки

с критической точкой:
костная ауто(алло)пластика дефекта Хилл-Сакса (вид и технология зависят от расположения дефекта – медиальный или массивный)

3. С наличием биполярного костного дефекта

без эффекта критической точки:
костная пластика дефекта гленоида → свободный костный блок, Латарже

с критической точкой:
костная пластика дефекта гленоида → свободный костный блок, Латарже + костная ауто(алло)пластика дефекта Хилл-

Сакса (вид и технология зависят от расположения дефекта – медиальный или массивный)

4. С наличием гипоплазии суставного отростка лопатки
костная пластика дефекта гленоида → свободный костный блок, Латарже

5. С наличием гипермобильного сустава
операция Trillat + реинсерция суставной губы, артрография капсулы сустава

6. При наличии дефекта Хилл-Сакса

костная ауто(алло)пластика дефекта (вид и технология зависят от расположения дефекта – медиальный или массивный)

При наличии дефекта Хилл-Сакса критической точкой называют место пиковой, максимальной нагрузки только на восстановленную суставную губу или на перемещенную в область дефекта гленоида донорскую костную ткань. При этом нет распространения контакта головки плечевой кости на интактную костно-хрящевую часть суставного отростка лопатки.

- glenoid bone loss with CT. AJR Am J Roentgenol 2003;180: 1423-1430.
20. Huijsmans P.E., Haen P.S., Kidd M., et al. Quantification of a glenoid defect with three-dimensional computed tomography and magnetic resonance imaging: a cadaveric study. J Shoulder Elbow Surg 2007;16:803-809.
 21. Burkhart S.S., Debeer J.F., Tehrani A.M., Parten P.M. Quantifying glenoid bone loss arthroscopically in shoulder instability. Arthroscopy 2002;18:488-491.
 22. Provencher M.T., Bhatia S., Ghodadra N.S., et al. Recurrent shoulder instability: current concepts for evaluation and management of glenoid bone loss. J Bone Joint Surg [Am] 2010;92-A:133-151.
 23. Bishop J.Y., Jones G.L., Rerko M.A., Donaldson C. 3-D CT is the most reliable imaging modality when quantifying glenoid bone loss. Clin Orthop Relat Res 2013;471:1251-1256.
 24. Sugaya H., Moriishi J., Dohi M., Kon Y., Tsuchiya A. Glenoid rim morphology in recurrent anterior glenohumeral instability. J Bone Joint Surg [Am] 2003;85-A: 878-884.
 25. Huijsmans P.E., de Witte P.B., de Villiers R.V., et al. Recurrent anterior shoulder instability: accuracy of estimations of glenoid bone loss with computed tomography is insufficient for therapeutic decision-making. Skeletal Radiol 2011;40:1329-1334.
 26. Di Giacomo G., Itoi E., Burkhart S.S. Evolving concept of bipolar bone loss and the Hill-Sachs lesion: from "engaging/non-engaging" lesion to "on-track/off-track" lesion. Arthroscopy 2014;30:90-98.
 27. Shi L., Griffith J.F., Huang J., Wang D. Excellent side-to-side symmetry in glenoid size and shape. Skeletal Radiol 2013;42:1711-1715.
 28. Spatschil A., Landsiedl F., Anderl W., et al. Posttraumatic anterior-inferior instability of the shoulder: arthroscopic findings and clinical correlations. Arch Orthop Trauma Surg 2005;126:217-222.
 29. Yiannakopoulos C.K., Mataragas E., Antonogiannakis E. A comparison of the spectrum of intra-articular lesions in acute and chronic anterior shoulder instability. Arthroscopy 2007;23:985-990.
 30. Saito H., Itoi E., Minagawa H., et al. Location of the Hill-Sachs lesion in shoulders with recurrent anterior dislocation. Arch Orthop Trauma Surg 2009;129:1327-1334.
 31. Kurokawa D., Yamamoto N., Nagamoto H., et al. The prevalence of a large Hill-Sachs lesion that needs to be treated. J Shoulder Elbow Surg 2013;22:1285-1289.
 32. Cho S.H., Cho N.S., Rhee Y.G. Preoperative analysis of the Hill-Sachs lesion in anterior shoulder instability: how to predict engagement of the lesion. Am J Sports Med 2011;39:2389-2395.
 33. Haviv B., Mayo L., Biggs D. Outcomes of arthroscopic "remplissage": capsulotenodesis of the engaging large Hill-Sachs lesion. J Orthop Surg Res 2011;6:29.
 34. Zhu Y.M., Lu Y., Zhang J., Shen J.W., Jiang C.Y. Arthroscopic Bankart repair combined with remplissage technique for the treatment of anterior shoulder instability with engaging Hill-Sachs lesion: a report of 49 cases with a minimum 2-year follow-up. Am J Sports Med 2011;39:1640-1647.
 35. Parke C.S., Yoo J.H., Cho N.S., Rhee Y.G. Arthroscopic remplissage for humeral defect in anterior shoulder instability: Is it needed? [abstract] 39th Annual Meeting of Japan Shoulder Society, 2012.
 36. Yamamoto N., Itoi E., Abe H., et al. Contact between the glenoid and the humeral head in abduction, external rotation, and horizontal extension: a new concept of glenoid track. J Shoulder Elbow Surg 2007;16:649-656.
 37. Omori Y., Yamamoto N., Koishi H., et al. Measurement of the glenoid track in vivo as investigated by 3-dimensional motion analysis using open MRI. Am J Sports Med 2014;42:1290-1295.
 38. Itoi E., Yamamoto N. Shoulder instability: treating bone loss. Current Orthopaedic Practice 2012;23:609-615.
 39. Locher J., Wilken F., Beitzel K., et al. Hill-Sachs Off-track lesions as risk factor for recurrence of instability after arthroscopic Bankart repair. Arthroscopy 2016;32:1993-1999.
 40. Shaha J.S., Cook J.B., Rowles D.J., et al. Clinical validation of the glenoid track concept in anterior glenohumeral instability. J Bone Joint Surg [Am] 2016;98:1918-1923.
 41. Yamamoto N., Muraki T., An K.N., et al. The stabilizing mechanism of the Latarjet procedure: a cadaveric study. J Bone Joint Surg [Am] 2013;95:1390-1397.
 42. Neyton L., Young A., Dawidziak B., et al. Surgical treatment of anterior instability in rugby union players: clinical and radiographic results of the Latarjet-Patte procedure with minimum 5-year follow-up. J Shoulder Elbow Surg 2012;21:1721-1727.
 43. Guity M.R., Akhlaghpour S., Yousefian R. Determination of prevalence of glenoid bony lesions after recurrent anterior shoulder dislocation using the 3-D CT scan. Med J Islam Repub Iran 2014;28:20.
 44. Nakagawa S., Ozaki R., Take Y., Mae T., Hayashida K. Bone fragment union and remodeling after arthroscopic bony Bankart repair for traumatic anterior shoulder instability with a glenoid defect: influence on postoperative recurrence of instability. Am J Sports Med 2015;43:1438-1447.
 45. Sugaya H., Kon Y., Tsuchiya A. Arthroscopic repair of glenoid fractures using suture anchors. Arthroscopy 2005;21:635.
 46. Kitayama S., Sugaya H., Takahashi N., et al. Clinical outcome and glenoid morphology after arthroscopic repair of chronic osseous Bankart lesions: a five to eight-year follow-up study. J Bone Joint Surg [Am] 2015;97:1833-1843.
 47. Itoi E. 'On-track' and 'off-track' shoulder lesions //EFORT open reviews. – 2017. – Т. 2. – №. 8. – С. 343-351.

ТОМАШ ПИОНЬТЕК: «ВРАЧ ДОЛЖЕН БЫТЬ КАК МАСТЕРОМ, ТАК И УЧЕНИКОМ»



Европейским взглядом на российскую артроскопию в эксклюзивном интервью AMTEC KAZAN Info поделился Томаш Пионьтек, эксперт Школы «Артромастер», врач Reha Sport Clinic (г. Познань, Польша), доктор медицинских наук.

- Уважаемый Томаш, какими новыми знаниями вы поделитесь с участниками «Артромастера-2020»? Какие актуальные проблемы травматологии и ортопедии, их решения будут вами рассмотрены?

- В настоящее время чаще всего пациенты обращаются к ортопеду с проблемами в коленном суставе – в основном это острые или хронические повреждения хряща, особенно повреждения менисков. Их, как правило, сопровождают повреждения связок или мультисвязочные повреждения. В остром периоде травмы показаны процедуры, которые позволяют пациентам довольно быстро вернуться к физической активности, но у тех, кто приходит с хроническими повреждениями или в преклонном возрасте, эти изменения очень трудно вылечить. Идея ортопедов во всем мире, как в России, так и в других странах, заключается в том, что эти повреждения нужно восстанавливать так, чтобы пациенты смогли вернуться к прежней активности. Часто это люди в возрасте 40-50 лет, которым раньше были показаны спокойный образ жизни, обезболивающие препараты и на позднейшей стадии эндопротезирование. Думаю, в настоящее время новой идеей – и этим я хотел бы поделиться с моими коллегами на курсах – является изготовление биологических протезов. То есть нужно стараться восстанавливать ткани, чтобы они снова стали живыми и выполняли свою функцию. Речь идет о восстановлении повреждения менисков, которые до сих пор считались невосстанавливаемыми, выполнении реконструкции хрящей и связок, и все это во время одной процедуры, одноэтапно. Я хочу поделиться своим опытом таких многоэлементных операций, которые позволяют защитить мениск, хрящ, связку, выполнить необходимую остеотомию так, чтобы колено

функционировало правильно и как можно дольше. То есть мы хотим максимально отсрочить эндопротезирование, чтобы его выполняли только один раз в жизни. Именно этим я хотел бы поделиться.

- В предварительной программе указано, что вы будете рассказывать о применении коллагеновой мембраны. В чем преимущества этой технологии? Как вы оцениваете результаты ее клинического применения, какие показатели могут говорить об эффективности этого метода?

- В настоящее время мы применяем коллагеновую мембрану одного из ведущих производителей. Она состоит из коллагена I и III типа в виде двухслойной матрицы: гладкий и шершавый слой. Эта мембрана создает очень благоприятные условия для клеток. Плюрипотентные клетки, которые находятся в коленном суставе и подаваемые в виде костного мозга, покрывают мембрану и размножаются. Скафорд (так мы это называем) служит для улучшения регенерации, заживления структур в самом коленном суставе. Эту мембрану впервые применили для лечения гиалинового суставного хряща, то есть мышцелков или надколенника. Более чем за 20 лет получены довольно хорошие и очень хорошие результаты, которые представлены во многих научных работах. Я менял свой метод работы, используя результаты собственных десятилетних наблюдений. Сегодня я стараюсь больше не применять микрофрактуринг для получения этих клеток, использую только коллагеновую мембрану, насыщенную костным мозгом или другими носителями клеток, что на самом деле дает лучшие результаты для защиты субхондрального слоя. Тот же самый метод служит для заживления мениска, который поврежден в белой зоне и имеет слабый потенциал заживания. Мы покрываем его мембраной с клетками, образуя закрытое пространство, через некоторое время в мениске, отделенном от коленного сустава, благодаря свойствам этих клеток начинается заживление. Методика является подтвержденной, результаты – более 300 оперированных пациентов, пяти- и восьмилетние результаты



очень хорошие, они опубликованы в журнале Cartilage. Исследования показывают, что десятилетняя выживаемость таких менисков около 88 %. Согласно данным литературы, после нормального сшивания мы можем рассчитывать, что 50 % менисков «выживет» в течение 10 лет. Мы увеличили этот показатель почти до 90 % – это очень большое достижение. Мы хотим поделиться с вами этими результатами, убедить, что не следует удалять мениск, поскольку это всегда приводит к быстрому артрозу и необходимости в эндопротезировании. Конечно, если придет человек с дегенеративными изменениями на такой стадии, когда восстановить структуры просто невозможно, ясно, что ему показано эндопротезирование. Но если к вам приходит пациент, и есть вероятность заживления, разумеется, следует воспользоваться этой возможностью. Но при этом нужно рассматривать пациента как единое целое. Если у него нарушена ось, тогда следует сделать остеотомию, если имеется нестабильность – сделать реконструкцию связки и дополнительно лечить хрящ, мениск. Все это можно сделать одноэтапно, я считаю, что за этим будущее ортопедической техники.

- Вы уже не первый год выступаете экспертом Школы «Артромастер». Как вы оцениваете российских коллег, их знания

и навыки? Что вы вынесли для себя из общения с участниками «Артромастера», другими экспертами?

- Я очень рад тому, что могу быть здесь, потому что вижу огромный прогресс и невероятные возможности, которыми обладают русские доктора. Сравнивая первые курсы, в которых я принимал участие, и последующие, проходившие в прошлом году, можно заметить существенную разницу, в том числе с точки зрения организации. Это очень профессиональные курсы – одни из лучших в Европе. Мне есть с чем сравнивать, потому что я очень много езжу в качестве тренера для компаний Smith & Nephew, Artrex по коленному, бедренному суставам, голеностопу. Я проводил достаточно много таких курсов, и именно курсы в Казани я считаю одними из лучших. Способности у докторов очень высокие, они впитывают знания и делятся своим опытом. Для меня это тоже очень полезно, встречи за операционным столом дают невероятную возможность обмена знаниями, умениями, навыками. Каждый хирург может показать другому хирургу свои трюки, которые позволяют повысить уровень профессиональных знаний. Я здесь получаю многое как от русских врачей, так и от коллег, которые приезжают со всего мира. Именно это является очень ценным и для преподавателя, и для участника, в этом без сомнений преимущество курсов в Казани. Следует отметить отличную

организацию мероприятия: трехчасовые тренировочные блоки с группой на кадаверах, выполнение всех процедур, которые являются привлекательными для врачей, возможность использовать оборудование. Компании здесь очень открытые, дают возможность практического применения любой технологической новинки – все это позволяет развиваться как преподавателю, то есть тренеру, так и участнику. И даже не знаю, кому в большей степени.

- В чем секрет успешной практики современного травматолога-ортопеда? Сколько времени он должен уделять развитию своих профессиональных компетенций, обучению, научной деятельности? Специализированные конференции, образовательные курсы, интернет-ресурсы, медицинская литература и многое другое – на ваш взгляд, какие из источников знаний сегодня наиболее ценные?

- Мне уже 50 лет, мой опыт работы 25 лет, и я считаю, что если мы хотим быть хорошими специалистами, следует соединить все элементы. В первую очередь, оказывать помощь большому количеству пациентов, так как это обязанность врача – лечить людей. Врач должен много времени посвящать исследованиям, наблюдениям этих пациентов до и после лечения, быть открытым для разных других аспектов, связанных с травматологией. Не только знакомиться с техническими новинками для того, чтобы лучше лечить – имплантами, техниками, – но также обратить особое внимание на реабилитацию. Именно реабилитация является основой лечения, орган движения лечится с помощью движения. На мой взгляд, это мы служим реабилитации как ортопеды, а не реабилитация служит ортопедам в деле лечения пациентов. Я считаю, что именно врач отвечает за то, чтобы организовать самостоятельно или с помощью учреждения, в котором работает, хорошую реабилитацию, контролировать этот процесс. Конечно, мы не проводим с пациентом все время в зале, но мы должны наблюдать, контролировать, ухаживать, обучаться сами и обучать физиотерапевтов новым техникам, объяснять им, корректировать



сроки возвращения в спорт, согласовывать с физиотерапевтом критерии такого возвращения. Хороший травматолог-ортопед, помимо заботы о пациентах, интересуется их здоровьем, контролирует, тем самым исправляя на основе полученных результатов и свои ошибки. Но если его работа не связана с наукой, то она превращается исключительно в ремесло. Врач должен заниматься научной деятельностью, делиться своим опытом с другими, благодаря этому его знания не пропадают, а передаются младшим поколениям. Следует помнить, что профессия врача заключается в том, чтобы быть как мастером, так и учеником. Если у мастера нет учеников, на самом деле он не мастер, он просто не может им быть! Научная, практическая, дидактическая работа врачей, студентов, клинических ординаторов должна объединяться в одно общее целое, а это занимает очень много времени. Именно в этот момент появляется еще одна трудность – нужно помнить и о себе, о своей семье, все держать под контролем. Помните: если ортопед не будет счастлив в семейной жизни, однажды это чувство разочарования

проявится в профессиональной деятельности.

Если говорить об источниках знаний, мне кажется, все они очень важны. Мы получаем много пользы от конференций, курсов, а интернет представляет собой практически неограниченный источник знаний. Сегодня мы все ищем в сети – хорошую литературу, статьи, журналы на разных сайтах. Благодаря этому можно подготовиться к операциям, выбрать лучший метод лечения. Все элементы важные, гармоничные и образуют современную теоретическую платформу.

- Что бы вы пожелали своим коллегам из России и участникам Школы «Артромастер»?

- Моим российским коллегам и всем участникам «Артромастера» я желаю замечательных моментов, когда они воспользуются полученными знаниями. Чтобы каждый нашел то, за чем он сюда приехал, чтобы мы все обменялись нашими знаниями, так как мы являемся одной ортопедической семьей. В России, Китае, во всей Европе и во всем мире – знания бесценны и не имеют границ. Все мы служим тому, чтобы люди были здоровее.

Программа
повышения
квалификации

ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

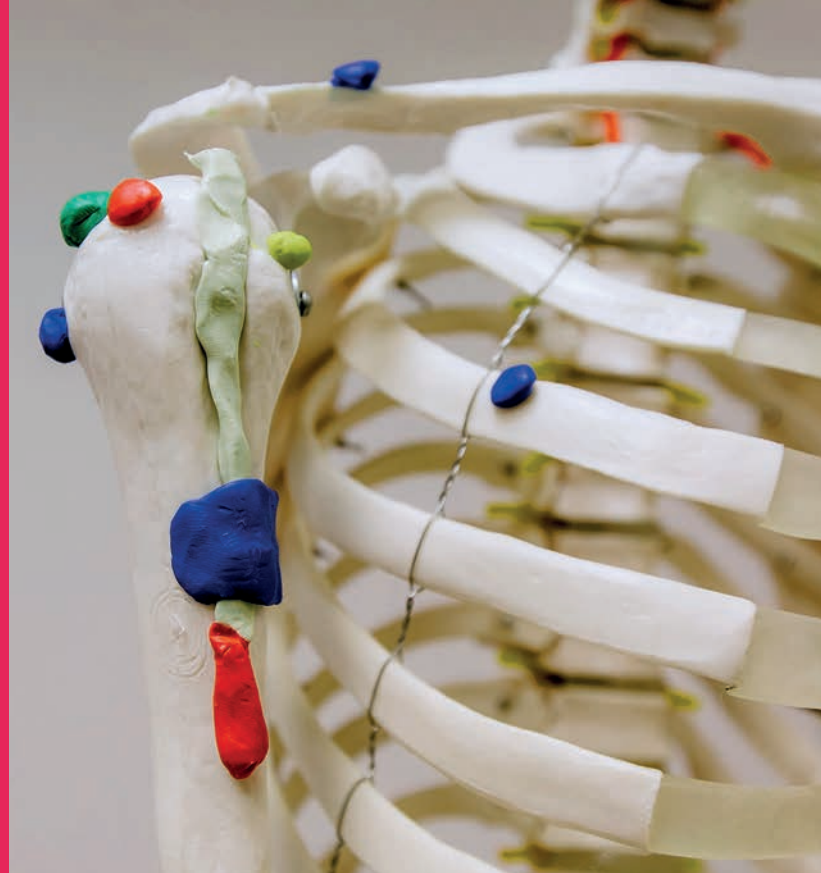
Курс проходит в учебной
лаборатории Cadaver Lab



15–16 мая 2020 г.



Казань



КУРС ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ НА ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА



Хирургическая анатомия плечевого пояса, доступы к переломам лопатки, проксимального отдела плечевой кости, преимущества и недостатки методов, показания для их использования.



Применение современных инструментов, имплантатов и технологий от ведущих мировых производителей на практике.



Способы фиксации переломов проксимального отдела плеча и лопатки, показания и техники эндопротезирования плечевого сустава.

Способы предотвращения ошибок, возникающих при лечении переломов проксимального отдела плеча.

Нестандартные ситуации при проведении вмешательств.

Навыки артроскопической и малоинвазивной хирургии плечевого сустава.

ПРЕПОДАВАТЕЛИ КУРСА:

Антон Жаглин, заведующий ортопедо-травматологическим отделением ЦКБ «РЖД-Медицина», Москва

Андрей Миронов, заведующий отделением политравмы и повреждений таза
Городской клинической больницы им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Вадим Найданов, заведующий отделением ортопедии №1 Федерального центра травматологии,
ортопедии и эндопротезирования, Барнаул

Образовательный центр высоких медицинских технологий
AMTEC KAZAN, Оренбургский тракт, д. 138, блок 9.

Контакты: Наталья Самотуга Тел.: 8 (843) 237-84-69 (доб. 105)
nsamotuga@amtec-kazan.com



AMTEC • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

ВАДИМ ДУБРОВ: «ХИРУРГИЯ – ЭТО РЕМЕСЛО»



В преддверии Школы «Артромастер» АМТЕС KAZAN Info поговорил о роли профессионального сообщества в работе хирурга с Вадимом Дубровым, главным травматологом Москвы, заведующим кафедрой общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ, профессором, д.м.н.

- Вадим Эрикович, с чем вы придете на «Артромастер»?

- Пожалуй, самое интересное для экспертов Школы – это составление про-

граммы, выбор наиболее востребованных на данный момент разделов, наконец, выбор темы лекции. Затем решить, кто из экспертов сможет пред-

ставить выбранную тему наиболее интересно, – нужно не только знать и ориентироваться в предмете, но и уметь увлечь аудиторию. Таким образом построенная программа «Артромастера» должна быть не только актуальной, но и увлекательной, причем самое увлекательное, с моей точки зрения, – интерактивные дискуссии, в которых мне и предстоит участвовать.

- И что самое интересное в программе этого года?

- Темы периодически меняются. Это связано с тем, что «Артромастер» – это не школа, где каждый год повторяется одно и то же. Все организаторы заинтересованы, чтобы врачи узнали про разные направления работы и могли к ним (и к нам) вернуться через несколько лет. Развитие «Артромастера» идет по спирали. В этом году мы решили больше сконцентрироваться на плече.

- Потому что колено – более изученный объект?

- И да, и нет. Во-первых, плечо более инструментально насыщено – в работе с ним используются более сложные инструменты, больше фиксаторов, в плече очень много элементов, которые можно восстанавливать, реконструировать, замещать различными способами. Да, артроскопия начиналась с коленного сустава, но нельзя сказать, что оно более изучено. Ведь практическая хирургия, с моей точки зрения, – это не столько наука, во многом это и ремесло. Нужно понять трюки – как взять инструмент, как его держать, как смотреть, что и как прошивать. Но в то же время в артроскопии одновременно изучаются две вещи: что нужно делать и почему, а второе – как именно это происходит, постольку поскольку многие наши действия направлены не только на восстановление, но и на

реконструкцию. Пожалуй, в этом и есть ключевое отличие «Артромастера» от других конференций – обычно очень много говорят, что нужно делать, а тут подробнейшим образом еще и практически изучается, как это сделать...

- В том числе на кадаверном материале, когда можно своим руками все пощупать, ощутить?

- Понимаете, пощупать, ощутить – очень хорошие слова, но они несколько вульгарны. Доктору важно работать, понимая, как именно расположен больной, как инструмент лежит в руке, как перемещаются ткани – все это должно происходить максимально естественным образом. В артроскопии есть понятие обратной связи, когда ты понимаешь, как ткани отвечают на твои действия. В нашей работе очень многое завязано именно на этих ощущениях.

- На ваш взгляд, в артроскопической хирургии за последние годы появились новые технологии, методы, про которые можно сказать, что они перевернули вашу работу?

- То, что всерьез переворачивает хирургию, появляется раз в два-три десятилетия, и я бы не сказал, что что-то такое произошло в последнее время. Но, безусловно, возможностей стало намного больше – у нас есть новый шовный материал, фиксаторы,



новые инструменты. Но их путь к нам не так короток, как хотелось бы. Например, новый шовный материал должен пройти большой путь – создание, оценка экспертами, регистрация за рубежом и в России. Все это занимает несколько лет.

- Что важно знать о работе врачу, делающему первые шаги в артроскопии?

- Есть Российское артроскопическое общество, оно объединяет несколько сотен человек, занимающихся этим видом хирургии. Это некое содружество, где подсказывают, чем стоит заниматься, а чем не стоит, на каком уровне можно подходить к решению тех или иных проблем. Разумеется, неопыту стоит начинать не со слож-

ных вмешательств, а с наиболее простых манипуляций. Недаром отдельные курсы существуют для молодых докторов, отдельные – для экспертов или докторов среднего уровня, которые продолжают развиваться на профессиональном поприще. Но на любом этапе важна поддержка сообщества, без него ничего не получится. И то, что делают два больших энтузиаста – создатели Школы Эдуард Рахманкулов и Руслан Зайцев при многолетней поддержке ANTEC KAZAN, – все это вносит существенный вклад в развитие артроскопического сообщества. Поэтому, пожалуйста, не считите за рекламу, но важно ездить в AMTEC KAZAN. И не только сюда, но появляться везде, где есть что-то новое. Я недавно прилетел из Санкт-Петербурга, с конференции, где, кроме всего прочего, проводился мастер-класс по аппаратам внешней фиксации, и был очень рад встретить там своего аспиранта. Я не говорил ему про этот курс, но он сам его нашел, приехал и целый день отработал. Нельзя все время ориентироваться на руководителей, старших товарищей, нужно проявлять инициативу. Конечно, вам обязательно помогут, подскажут, что и как следует делать. И это касается не только плеча или колена, о которых мы с вами говорили, но и более фундаментальных проблем – за пациентом важно видеть всю систему медицинской помощи. Очень важна инициатива – чем больше вы будете стремиться делать что-то новое, тем больше у вас будет получаться.





СПОДВИЖНИКИ: ЛУЧЕВАЯ

С развитием технологий все более плотным становится сотрудничество представителей смежных специальностей. Так, травматологу-ортопеду не обойтись без поддержки коллег, в частности специалистов

ПОСЛЕДНЕЕ СЛОВО ВСЕГДА ЗА КЛИНИЦИСТОМ



Рентген позволяет визуализировать костные структуры и – косвенно – прилегающие мягкие ткани. С помощью ультразвукового исследования проводят анализ мягкотканых структур, например, плечевого сустава и костной поверхности, с возможностью проведения функциональных проб.

- Для чего ортопеду погружаться в эту сферу, если есть узкие специалисты?

- Во-первых, ортопед должен понимать, когда и на какое исследование лучше направить пациента. Во-вторых, любой протокол исследования от узкого специалиста – это некое умозаключение человека, часто весьма далекого от ортопедии. И оно может не соответствовать тем клиническим проявлениям, которые видит ортопед. Чтобы не путаться в этих заключениях, ортопеду необходимо знать как минимум характеристики повреждений и изменений, которые позволяют ему судить о патологических изменениях в той области человеческого тела, которую он собирается лечить. Например, рентгенолог сделал заключение об изолированном повреждении верхней плечелопаточной связки. Но клинически еще присутствуют проявления нестабильности сухожилия длинной головки бицепса с вовлечением в процесс сухожилий интервала вращателей. Ортопед входит в массив данных исследования и, сопостав-

Для чего ортопеду знания в лучевой диагностике, если есть узкий специалист – диагност? Мнение Андрея Степанченко, заведующего отделением лучевой диагностики ГКБ No7 Москвы, к.м.н.

- УЗИ, МРТ, КТ, рентген – какой метод наиболее соответствует задачам ортопеда?

- Это зависит от поставленной клинической задачи. Так, основное досто-

инство магнитно-резонансной томографии – визуализация мягкотканых структур, компьютерной томографии – визуализация костных структур.

ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИИ

лучевой диагностики. Что должен знать сам ортопед, а когда пора обращаться за поддержкой диагностов, сложности такого взаимодействия мы обсудили с экспертами Школы «Артромастер».

ляя клинические данные, при детальном анализе изображений приходит к мнению, что, действительно, кроме повреждения верхней плечелопаточной связки, имеются еще и проявления нестабильности длинной головки бицепса. Подход к лечению этих двух изменений разнится.

Обратите внимание, в последнее время все коммерческие организации стали делать такую приписку – «Данное заключение не является клиническим диагнозом, требует согласования с лечащим врачом». Вот и ответ – узкий специалист, лучевой диагност, высказал свое мнение о процессе, который он видит, и предположение, чем он вызван. А клиницист сопоставляет данное заключение с анамнезом, клиническими проявлениями, лабораторными данными, с изменениями биомеханики того или иного сустава, физиологией и делает собственный вывод, который может несколько отличаться от мнения лучевого диагноста. Ведь в этом случае ортопед осознанно подходит к лечению пациента. В случае недовольства пациента лечением мы не будем слышать, что все так получилось, потому что рентгенолог написал такое заключение.

Когда я только начал трудовую деятельность, я ходил на операции, смо-

нием дел, и грустно, когда не соответствовали действительности. А позднее уже ортопеды стали ко мне приходить, и мы вместе обсуждали визуальные проявления происходящих изменений. Когда исследование подтверждается клиникой – это намного интереснее и продуктивнее. Хотя на самом деле есть два варианта подтверждения изменений, определенных при лучевых методах, – это операция и аутопсия. До второго, конечно, не хочется доводить.

- То есть при проведении исследования последнее слово остается за клиницистом?

- Конечно! Я не думаю, что абсолютно любой лучевой диагност знает все приемы, функции, пробы, которые есть в арсенале ортопедов. Но все изыскания начинаются с клинической задачи. Выбор метода исследования и сроки его проведения определяются имеющимися проявлениями заболевания. Ортопед должен знать о возможностях диагностики, чтобы правильно определить, в каком случае на какое исследование направлять пациента. К сожалению, подавляющее большинство пациентов, которые к нам приходят, говорят: «Я пришел к ортопеду, он велел сделать МРТ

даже головную боль не лечат без МРТ! Даже щелкающий палец – буквально на днях был случай, когда я пытался объяснить, что в этом случае целесообразнее динамическое наблюдение на УЗИ. Или плечевой сустав – он более доступен для ультразвука. Но ведь доктор написал МРТ, значит, нужно МРТ и никак иначе.

- Как выйти из этой ситуации?

- Во-первых, необходимо изменение подхода к образовательному процессу еще на уровне вуза. Необходимо переформатировать подходы к вопросу применения того или иного метода лучевой диагностики, в том числе для исключения взаимозаменяющих методов исследования. Сейчас технологии так продвинулись вперед, нужно понимать, что, зачем, когда и почему лучше всего использовать.

Во-вторых, нужна стандартизация исследований. Например, МРТ как метод тем и уникален, что там есть множество последовательностей, которые предназначены для визуализации той или иной патологии. А на практике часто выходит так, что стараются подвести все под единый стандарт, а это может быть неприемлемо к данному конкретному случаю. Стандарт необходим во время укладки пациента и при планировании осей сканирования. Я довольно часто смотрю исследования из других учреждений. К сожалению, не все проводят исследования, учитывая эти особенности, что затрудняет описание и тем более сравнение при проведении повторного исследования. Нужно разбираться со стандартизацией проведения исследований именно в этом направлении и затем уже определять необходимые последовательности.

ЛЮБОЙ ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТ УЗКОГО СПЕЦИАЛИСТА – ЭТО УМОЗАКЛЮЧЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА, ДАЛЕКОГО ОТ ОРТОПЕДИИ.

трел, что предполагали врачи, ориентируясь на мои заключения, и что обнаруживалось в действительности. Мне было радостно, когда мои заключения совпадали с реальным положе-

и возвращаться с его результатами». Но кроме МРТ есть другие методы! Просто это некий модный последние 5-10 лет тренд, который продвигается в широкие народные массы. У нас



СПОДВИЖНИКИ: ЛУЧЕВАЯ

УЗИ В ОРТОПЕДИИ: БОЛЬШЕ, ЧЕМ КАРТИНКА



О роли ортопедов в развитии костно-мышечного ультразвука – Ирина Турдакина, врач ультразвуковой диагностики, член Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине и Международной ассоциации специалистов костно-мышечного ультразвука, к.м.н.

Новый уровень для ортопеда

Сегодня в арсенале врачей имеются УЗ-аппараты различного класса с возможностью применения их в разных условиях, от крупногабаритных стационарных до мобильных и переносных, которые могут работать без проводов через вай-фай.

Ультразвуковому методу диагностики может обучиться врач-ортопед,

и это выведет его работу на новый уровень: даст возможность самостоятельно проводить простую первичную диагностику, определиться с выбором наиболее адекватного ситуации метода диагностики, а также вести наблюдение за развитием заболевания, что позволяет составить наиболее оптимальный план лечения. Отметим также, что УЗИ практически лишено противопоказаний.

Увидеть своими глазами

Есть два коренных отличия УЗИ от всех других методов диагностики. Во-первых, оно позволяет оценивать состояние структур сустава в движении. Для опорно-двигательного аппарата это чрезвычайно важно. Да, МРТ позволяет сделать множество снимков в разных плоскостях, но все равно это будут статичные картинка. Иногда для понимания причины заболевания требуется динамическое исследование, а УЗИ позволяет выполнить диагностику в режиме реального времени. Еще одним неоспоримым преимуществом ультразвука в ортопедической практике является навигация при выполнении малоинвазивных вмешательств: пункции, аспирации, тенотомии и др.

Когда пора учиться?

В какой момент травматолог-ортопед понимает, что уже пора приобрести навык работы с ультразвуком? Это каждый решает сам. Инициатива может исходить от руководства клиники или же в определенный момент сам травматолог-ортопед понимает, что ему на амбулаторном приеме не хватает независимой самостоятельной диагностической визуализации. Так что это сугубо индивидуальный вопрос. Обучение на наших курсах начинается с азов: от понимания физики ультразвука, артефактов и до специфики костно-мышечного ультразвука именно в ортопедии.

Не разделять, а сочетать

В медицинских вузах, к сожалению, мало внимания уделяют опорно-двигательному аппарату на каждом из этапов обучения. Это относится не только

ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИИ

к нашей стране, это общемировая проблема. На уровне постдипломного образования курсу костно-мышечного УЗИ уделяется мало времени или не уделяется вообще. Другая проблема касается непосредственно врачей лучевой диагностики. Они неохотно осваивают ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата, так как считается, что это сложно.

Весь этот комплекс проблем приводит к недоверию УЗИ костно-мышечной системы, недопониманию его как метода, незнанию его возможностей, неумению работать с его результатами. Это порождает огромные препятствия, хотя сам по себе метод просто исключительный. Но нужно понимать, что среди существующих методов диагностики – рентген, РКТ, МРТ, УЗИ – ни один не хуже и не лучше, каждый из них должен применяться строго по показаниям.

ПРЕИМУЩЕСТВА УЛЬТРАЗВУКА:

- **ОТСУТСТВИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ;**
- **ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ СТРУКТУР В ДВИЖЕНИИ, ЧТО ОСОБЕННО ВАЖНО В РАБОТЕ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫМ АППАРАТОМ;**
- **ДОСТУПНОСТЬ – И В ФИНАНСОВОМ ПЛАНЕ, И В ФИЗИЧЕСКОМ – МОБИЛЬНЫЙ УЗ-АППАРАТ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАМ И ТОГДА, КОГДА ЭТО УДОБНО И НЕОБХОДИМО;**
- **ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

Почему АМТЕС KAZAN?

В Образовательном центре уже сложилась школа обучения ортопедов, нацеленная на отработку практических навыков. Важно, что у врачей имеется возможность обучения на кадаверном материале, то есть они могут отработать практические навыки в условиях, максимально приближенных к жизненным. Это уменьшает волнение при работе с пациентами и позволяет избежать врачебных ошибок.

Важные детали

Основные направления использования УЗИ в диагностике заболеваний костно-мышечной системы.

Ревматология

Деформация плечевого сустава, связанная с воспалением диартроза, незаметна при осмотре. Ультразвук позволяет выявить и разграничить экссудацию и инфильтрацию, которые возникают в воспаленном суставе. Также ультразвук играет важную роль в качестве средства наведения для получения аспирата с целью проведения дифференциальной диагностики синовита.

Параартикулярные образования

Клиническое исследование дает очень низкую точность диагностики таких пораже-

ний, поэтому трудно переоценить роль УЗИ. Одна из первых и наиболее важных задач – дифференциация тканевого образования от жидкостной структуры.

Опухолевые образования

Дифференциальный ряд достаточно широкий, сузить его помогает УЗИ – с его помощью можно, например, определить компрессию при давлении датчиком, установить наличие и тип васкуляризации, особенности внутренней экоструктуры. В ряде случаев уточнить диагноз позволяет биопсия под ультразвуковым контролем.

Травматическая псевдоаневризма кровеносного сосуда

С помощью цветового картирования можно выявить

травматическую псевдоаневризму. В клинической практике для устранения подобного осложнения используются компрессия псевдоаневризмы и введение тромбина в ее полость под ультразвуковым наведением.

Заболевания и повреждения сухожилий ротаторной манжеты плеча

УЗИ имеет высокую точность в диагностике поврежденной сухожилий ротаторной манжеты плеча, сравнимую с МРТ.

Субакромиальный импинджмент

При компрессии воспаленной субакромиальной сумки пациенты жалуются на болезненное отведе-

ние плеча. Динамическое УЗИ позволяет определить локализацию ущемления: под акромиально-ключичным суставом, по латеральному краю акромиального отростка или под клювовидно-акромиальной связкой. Для каждой зоны есть свои особенности выявления патологии.

Сухожилие длинной головки бицепса

Ультразвук позволяет дифференцировать нестабильность, обусловленную дисплазией костной борозды или повреждением стабилизирующих структур.

Металлоостеосинтез

В отличие от МРТ, УЗИ позволяет визуализировать мягкие ткани в области металлоостеосинтеза для оценки воспаления или нагноения.



СПОДВИЖНИКИ: ЛУЧЕВАЯ

ДИАГНОСТУ **ВАЖНО** ДРУЖИТЬ С КЛИНИЦИСТАМИ



Кто больше выиграет от такой дружбы? Обе стороны, уверена Юлия Хамидуллина, врач-рентгенолог ГKB No5 г. Тольятти.

- В чем достоинства МРТ перед другими методами лучевой диагностики?

- Магнитно-резонансная томография – это уникальный метод в клинической диагностике, эффективный, при этом неинвазивный и безвредный. Его достоинства обусловлены высокой контрастностью мягкотканых структур. Применяя различные режимы (T1, T2, протонно-взвешенная плотность и другие), мы получаем различные сигнальные характеристики от тканей и таким образом можем судить об их морфологической структуре. В ортопедии магнитно-резонансная томография эффективна для

оценки фиброзно-хрящевых структур, связок, сухожилий, параартикулярных мягких тканей и, конечно, костного мозга. В том, что касается костного мозга, МРТ является так называемым золотым стандартом для визуализации, потому как фактически только с ее помощью можно увидеть зоны его отека и инфильтрацию. В свою очередь это позволяет нам дифференцировать нагрузочные изменения, стресс-переломы, определять «свежесть» компрессионных переломов тел позвонков, что особенно актуально в педиатрической практике, а также дифференцировать опухоли костей

– как первичные, так и вторичные. В целом МРТ – это метод, который позволяет получать детализированные изображения органов и структур в различных плоскостях. Причем это могут быть не только статичные серые картинки, мы можем делать динамическую (кинематическую) МРТ. А еще – оценивать диффузию в тканях, перфузию, определять активацию участков коры головного мозга, ответственных за работу определенной части тела, и многое другое.

- В чем особенности применения МРТ?

- Чтобы ответить на этот вопрос, нужно понимать, как проходит исследование. Пациент помещается в очень мощное постоянное магнитное поле с последующим сверхвысокочастотным воздействием. По сути это большой магнит, который притягивает к себе металлические объекты, но не все, а только ферромагнетики (сталь, железо). Титан и никель не притягиваются к аппарату, соответственно, современные эндопротезы, изготовленные из их сплавов, не являются противопоказанием к МРТ и жизни пациента не угрожают. Сюда же можно отнести стенты, спицы, пластины – они не смещаются во время исследования и могут лишь незначительно нагреваться. Кроме того, сейчас существуют специализированные программы, которые позволяют в некоторой степени нивелировать металло-артефакты и получать изображения хорошего качества.

Существует два типа противопоказаний для проведения магнитно-резонансной томографии: абсолютные и

ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИИ

относительные. Абсолютные противопоказания – это те, при которых проведение исследования недопустимо. К ним относится наличие кардиостимуляторов – они с большой вероятностью могут выйти из строя, а это реальная угроза для жизни пациента. А также к этой категории можно отнести наличие импланта внутреннего и среднего уха, нейростимулятора или инсулиновой помпы – они также могут быть повреждены во время исследования. Кроме того, встречаются периорбитальные ферромагнитные инородные тела (металлическая стружка), они могут смещаться во время исследования и вызывать неприятные ощущения у пациента.

К относительным противопоказаниям относятся:

- *первый триместр беременности;*
- *клаустрофобия.* В таких случаях есть возможность провести исследование с анестезиологическим пособием в условиях медикаментозного сна либо следует предпочесть альтернативный метод исследования, например, КТ;

- *лишний вес пациента* – стандартный диаметр туннеля рассчитан на вес не более 120–130 кг;

- *выраженный болевой синдром.* Исследование может занимать около 40 минут, и в вынужденном положении даже здоровому человеку трудно соблюдать полную неподвижность в течение такого времени. Поэтому перед исследованием иногда мы просим клиницистов позаботиться о купировании болевого синдрома у пациента.

- Чем определяется выбор тактики проведения лучевой диагностики?

- Наши иностранные коллеги давно разработали алгоритмы диагностики, где прописан каждый шаг: в какой конкретной клинической ситуации какой метод исследования будет наиболее оптимален для того, чтобы поставить правильный диа-

гноз с минимальными затратами на исследование и с минимально возможной лучевой нагрузкой. Эти критерии уместности есть в свободном доступе – их можно найти на сайте Американского колледжа радиологии (<https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria>). В России общий принцип таков – если речь идет о патологии мягкотканых структур, головного мозга, спинного мозга, межпозвоночных дисков, органов малого таза и брюшной полости, связочного аппарата, то методом выбора является МРТ или УЗИ. Если речь идет о костной патологии, то это КТ и классический рентген. К сожалению, МРТ не слишком чувствительна к переломам, особенно если речь идет о мелких костных фрагментах, авульсионных переломах или, например, переломах костей черепа и лицевого скелета.

Также хочется отметить, что МРТ не является скрининговым методом для выявления рака. В связи с тем, что метод становится все более доступным, к нам довольно часто обращаются с вопросом, можно ли сделать МРТ всего тела для профилактики. Так вот, мы не можем обнаружить рак *in situ*, то есть на ранних стадиях, априори.

- Каков минимум знаний МРТ-диагностики, необходимый для врача травматолога-ортопеда?

- Сложно сказать. Дело в том, что у докторов разный уровень подготовки. На курсе в апреле мы планируем разделить участников на группы – начальный уровень и так называемый «про-уровень» (доктора с опытом просмотра МРТ-исследований), так, думаю, обучение пройдет наиболее плодотворно. Для нас программа-минимум – заинтересовать клиницистов самим интерпретировать МРТ-исследования, не полагаясь на предоставленные заключения. А программа-максимум – научить это делать эффективно, ориентироваться в магнитно-резонансной

анатомии и патологии и 100 % попадать в диагноз.

- Какая самая большая сложность в работе рентгенолога с травматологами-ортопедами?

- Отсутствие прямого контакта. Минимум проблем у тех диагностов, кто держит постоянную связь с клиницистами, причем в любой специализации. Ортопеду, думаю, чуть проще, он может сопоставить клиническую картину с тем, что видит на томографии и на артроскопии. Рентгенолог же чаще всего замкнут в исследованиях и клинику пациента оценить может далеко не всегда. Поэтому ему очень необходима обратная связь для того, чтобы понимать ошибки и правильность своих заключений.

- Инициатива такого сотрудничества должна исходить от рентгенолога?

- Да, но если клиницист заинтересован в качественной интерпретации исследования, было бы хорошо донести важную информацию до рентгенолога. Особенно когда речь идет о постоперационных исследованиях. Одно дело – состояние после удаления опухоли головного мозга, там все видно и понятно сразу. В суставах картина другая – иногда мы можем только догадываться о том, что было оперативное вмешательство, по наличию артефактов от металлической стружки. Самый простой пример – это шов мениска или микрофрактурирование хряща. Если нет исходной информации, рентгенолог может даже и не догадаться о проведенных манипуляциях. В целом, если специалист всерьез нацелен на диагностику, нужно работать в тандеме, это самый оптимальный вариант. И я могу сказать, что в последнее время так и происходит – клиницисты плотно сотрудничают с диагностами. Наверное, это связано с тем, что сейчас многие врачи очень осознанно подходят к своей практике, и это не может не радовать.



AMTEC • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

#amtec_kazan
amtec-kazan.com

17-19 апреля 2020 г.

17-19 апреля 2020 г.

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ



Программа повышения квалификации
для травматологов-ортопедов
и радиологов








НОВЫЕ ГРАНИ ВАШЕГО МАСТЕРСТВА

По итогам обучения вы:

- | Узнаете принцип действия МРТ
- | Ознакомитесь с основными импульсными последовательностями и оптимальными протоколами сканирования в МР-артрологии
- | Разберётесь с прикладной МРТ-анатомией суставов
- | Освоите мультимодальный подход при корреляции УЗИ/МРТ с клиническими тестами
- | Узнаете, откуда берутся расхождения в диагнозах
- | Поймете, что такое артефакты и как с ними бороться
- | Получите практические рекомендации от экспертов-практиков МРТ и УЗ-диагностики
- | Ознакомитесь со спектром потенциальных ошибок, возможных при анализе исследований
- | Обретете навыки самостоятельного анализа исследований МРТ, постановки заключений

Получите удостоверение установленного образца о повышении квалификации

Формат обучения:

-  Лекции
-  Разбор кейсов
-  Постановка заключений
-  Практикумы
-  Просмотры МРТ
-  Проверка экспертами полученных знаний в формате практических заданий на корректный анализ исследований
-  Клинические примеры применения методов

Продолжительность: 3 дня (очная форма)

Забронируйте место в группе

Следите за новостями



amteckazan

#amtec_kazan | amtec-kazan.com

+7 843 237-84 72

nsamotuga@amtec-kazan.com

ЧТО ОБЩЕГО У СТОЛЯРНОГО ДЕЛА И ОРТОПЕДИИ?



Разные пути приводят врачей к профессии, которую без преувеличения можно назвать делом жизни. Для Дениса Тихомирова, главного травматолога-ортопеда Министерства здравоохранения Пермского края, заведующего отделением травматологии ГКБ №4 г. Пермь, доцента кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, к.м.н., путь к артроскопии начался со... столярного кружка.

- Денис Александрович, почему ортопедия?

- Я с детства любил работать руками, в определенный момент родители при-

вели меня на станцию «Юных техников», где я прикоснулся к столярному искусству. Но я всегда знал, что буду хирургом, приоритет был отдан травматологии и ортопедии. Оказалось, что это очень знакомо и в чем-то близко к тому, что я всегда любил делать. Ведь что такое травматология и ортопедия по сути? Ты работаешь с разрушенными тканями, восстанавливаешь нарушенную анатомию и функции – и огромное удовольствие приносит, когда видишь, что результат полностью оправдывает затраченные усилия. Так увлечения детского возраста закономерно переросли в интерес к специальности «травматология и ортопедия».

- Что для вас самое сложное в работе?

- Наша профессия сложна вообще, здесь нет простых вещей. Пожалуй, самое сложное для меня в настоящее время – внедрение новых методов лечения, что очень часто заставляет идти путем проб и ошибок. Однако в конечном итоге, когда осваиваешь метод и существенно улучшаешь качество оказания помощи, результаты лечения пациентов, понимаешь, что все усилия были не напрасны.

- Какие направления в ортопедии вы считаете наиболее перспективными? Какие новые техники, технологии внедряются в вашем отделении?

- Сейчас мы создаём мультидисциплинарные бригады для оказания медицинской помощи. Так, к лечению пациентов с гонартрозом мы пригласили сосудистых хирургов, которые посредством сосудистого доступа подходят к патологическим очагам и «выключают» их с помощью специальных технологий. Для лечения пациентов с новообразованиями опорно-двигательного аппарата привлекаем онкологов, сосудистых хирургов. В настоящее время в отделении проводится

работа по развитию реконструктивно-пластического направления с применением микрохирургического метода. Одним из приоритетных направлений является развитие артроскопии тазобедренного сустава.

- Какой формат обучения представляется вам наиболее эффективным – с точки зрения специалиста и как руководителю отделения? Чтение литературы, курсы, конференции, трансляции операций, вебинары – сейчас выбор велик как никогда...

- Во-первых, самообразование, в том числе изучение иностранных языков, преимущественно английского. Во-вторых, отработка практических навыков в специальных лабораториях на биологическом материале. В-третьих, участие в конференциях, общение с коллегами. Безусловно, необходимо использовать современные информационные технологии (вебинары, трансляции операций, онлайн-консультации).

- Какой из пройденных вами образовательных курсов показался вам наиболее полезным?

- Думаю, что самым запоминающимся и полезным для меня был курс «Артроскопия коленного сустава: от диагностики к пластике ПКС» под руководством Руслана Зайцева, проведенный в центре АМТЕС KAZAN в 2009 году. Именно этот курс позволил мне начать осваивать метод артроскопического лечения патологии суставов.

- Что бы вы хотели сказать своим коллегам?

- Я бы хотел пожелать коллегам больших успехов и удачи в оказании помощи пациентам, эффективного творческого поиска, большого желания в обучении и стремлении стать специалистом травматологом-ортопедом.

ОТ КАДАВЕРА – К ПАЦИЕНТУ



Максим Бессараб, травматолог-ортопед ГКБ им. Ф.И. Иноземцева (г. Москва), к.м.н., завсегда́тай «Артромастера», – о своем подходе к обучению.

О начале пути

Во время учебы в университете по ночам я дежурил в хирургическом отделении в одной из подмосковных больниц. Заместителем главного врача этого лечебного учреждения был очень известный ортопед и травматолог А.А. Артемьев, он один из немногих в России занимается коррекцией и удлинением нижних конечностей. Посетив несколько его операций, я понял, что точно хочу заниматься лечением заболеваний и травм костей и суставов. Это было на пятом курсе. А дальше была ординатура, аспирантура и защита диссертации в военном госпитале, работа в городской больнице, дежурства, стажировки в разных клиниках. Вначале я больше занимался травматологией, но в последние годы все больше фокусируюсь на артроскопии, малоинвазивной хирургии и реконструктивных вмешательствах на стопе.

Я работаю в городской клинической больнице Москвы. Каждый врач, независимо от того, чем он занимается в дневное время, должен дежурить и лечить

острую травму. Вероятно, в этом подходе есть достаточно большой смысл, так как многие ортопеды на бейджике указываются как травматологи, хотя могут заниматься только артроскопией или эндопротезированием и на протяжении многих лет не оперировать пациентов с тяжелой сочетанной травмой. В своем стационаре мы с единомышленниками занимаемся хирургией стопы, спортивными травмами, а также артроскопией суставов. По этому направлению в специально оборудованной отдельной операционной мы выполняем до 800 операций в год. Лично мне больше всего нравятся эндоскопические операции на плечевом суставе, а также реконструкции стопы при плоскостопии.

О сложностях в работе

Как и любой врач, я стараюсь достигать максимального результата при лечении пациентов. Соответственно, если доволен пациент, рады и мы. Что же до сложностей – их в медицине достаточно, это подтвердит любой врач. К счастью, проблем с обеспечением необходимым медицинским оборудованием и расходными материалами в последние годы нет. Но нагрузка и темп работы, по моим наблюдениям, за последние десять лет увеличились в несколько раз.

Об обучении

Мы живем в абсолютно открытом мире, у нас есть возможность беспрепятственно ездить за границу на учебу, существуют специализированные соцсети для врачей, благодаря этому мы можем многое увидеть и перенять у коллег. Врачи за рубежом регулярно проходят обучение

ЛЮБЫЕ НОВЫЕ ОПЕРАЦИИ ВРАЧ ДОЛЖНЫ ОТРАБОТАТЬ НА КАДАВЕРНОМ МАТЕРИАЛЕ И ТОЛЬКО ПОТОМ ПРИБЛИЖИТЬСЯ К ПРАКТИКЕ НА ПАЦИЕНТАХ.

в кадаверных лабораториях, таких центров много повсеместно. В России только один подобный центр – в Казани. Я абсолютно уверен, что любые новые опера-

ции врач вначале должен отработать на кадаверном материале и только потом приступать к практике на пациентах. Это же касается и обучения молодых врачей и ординаторов. Поэтому я и мои коллеги несколько раз в год посещаем образовательные курсы в Центре AMTEC KAZAN.

Но не стоит забывать о самообразовании. Обычно хорошо работает комплексный подход. Например, ты берешь какую-то проблему. Смотришь видеоматериалы, например, на Youtube и Vumedi, читаешь статьи в авторитетных журналах по данной тематике, затем пробуешь то, о чем узнал, на кадаверном материале. Не зря говорят, что дьявол кроется в деталях, – многие тонкости и трюки, которые могут значительно облегчить выполнение даже самой сложной операции, можно почерпнуть только из общения с коллегами. Для этого важно посещать конференции и мастер-классы, которых в последнее время проводится достаточно много. Конечно, для всего этого необходимо владеть английским языком. Поэтому очень важно начинать серьезно учить его еще в школе и университете.

О пройденных курсах

Какие курсы я прошел? Легче перечислить курсы, где я не был! В течение пяти лет я посетил практически все курсы AMTEC KAZAN по моей специальности. Самые запоминающиеся, пожалуй, – это базовые по плечевому и локтевому суставам. Это те знания, которыми пользуешься каждый день. Важно, что после пройденного обучения есть возможность поддерживать контакт с коллегами. Очень приятно, что всегда можно созвониться или списаться, чтобы обсудить сложный клинический случай, с преподавателями курсов Ириной Турдакиной, Русланом Зайцевым, Эдуардом Рахманкуловым.

Сейчас я собираюсь посетить курс по артроскопии тазобедренного сустава – очень интересная тема, которая недостаточно развита в России. Также меня интересует совершенствование моих навыков в артроскопии лучезапястного сустава и хирургии кисти.

НАГЛЯДНОСТЬ РАБОТЫ И РЕЗУЛЬТАТА



Поговорили с Дмитрием Смирновым, травматологом-ортопедом Городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова (г. Самара), о том, за что он любит ортопедию, и о дружбе с коллегами из других городов.

- Начнем с начала. Дмитрий, почему вы выбрали именно ортопедию?

- Я погружался в тему постепенно, начал работать еще со студенчества – дежурил в травматологическом стационаре. Мне интересно работать с костно-мышечной системой, с суставами – все очень

четко, наглядно, хорошо видно на рентгене. Сейчас мы в основном занимаемся артроскопическими операциями, все чаще работаем со швом мениска. Раньше было принято его резецировать, сейчас пытаемся накладывать швы. Артроскопия коленного сустава, пожалуй, самое часто вмешательство. Операции на плече тоже проводим, но намного реже. Вообще операций – самых разных – очень много, каждый раз что-то новенькое, интересное. Радуют результаты – когда пациенты возвращаются к активной жизни, к спорту. Особенное удовольствие – наблюдать за их достижениями после операции.

- Расскажите о своем подходе к обучению.

- За последние восемь лет я одиннадцать раз был в Казани на курсах АМТЕС KAZAN по разной тематике. Самый последний – по остеотомии полтора года назад. Но, пожалуй, самым полезным для меня был

водителями, другими курсантами, с одной стороны, появляются новые вопросы, с другой стороны, многое в голове проясняется.

- Вы поддерживаете контакт с преподавателями и другими курсантами за пределами занятий?

- Обязательно! Регулярно встречаемся с преподавателями на конгрессах, на конференциях, на «Артромастере» – как правило, приезжают одни и те же люди, так что поддерживаем контакт. А еще ездим друг к другу в гости, обращаемся за консультациями или приглашаем к себе, в том числе на операции в особо сложных случаях. Например, я столкнулся с необходимостью пластики задней крестообразной связки. Это достаточно редкая травма, и прежде у меня такого опыта не было. Пригласил Руслана Валерьевича Зайцева на помощь, он приехал. Мы успешно провели операцию,

КАК ТОЛЬКО ВОЗНИКАЕТ ВОПРОС В РАБОТЕ – ЗНАЧИТ, ПОРА УЧИТЬСЯ.

авторский курс доктора Зайцева, он дал много прикладной информации. К тому моменту я на протяжении 2–3 лет уже занимался артроскопией, так что начальные навыки у меня были. А при личном общении с маэстро новая информация усваивается проще, быстрее. По возвращении я сразу начал применять полученные знания на деле – все, что касается пластики связки и шва мениска, другие манипуляции.

- Как определить момент, когда пора учиться?

- Как только возникает вопрос в работе – значит, пора. Когда приезжаешь на курсы, встречаешься с руко-

и теперь мы работаем с такими травмами уже самостоятельно.

- В каком направлении вы планируете развиваться в дальнейшем?

- Сейчас интересный курс по ультразвуковому исследованию суставов. Вообще технологии сейчас стремительно развиваются и внедряются в практику, очень быстро появляются результаты – как положительные, так и отрицательные, коллеги готовы делиться информацией, и это очень интересно. Мой план на этот год – приехать в Казань на «Артромастер» и еще на отдельный курс, посвященный артрозам и другим заболеваниям суставов.

ЛУЧШИЕ ИНВЕСТИЦИИ – В ОБРАЗОВАНИЕ

Очень важно говорить с экспертами на одном языке, уверен Денис Туголуков, заведующий отделением травматологии и ортопедии городской больницы No1 Краснодара, основатель и главный редактор научно-образовательного портала Calcaeus.ru. Он рассказал AMTEC KAZAN Info о сотрудничестве со Школой «Артромастер» и перспективах выхода российских ортопедов на международную арену.



- Что вас связывает с «Артромастером»?

- Давняя крепкая дружба. В течение трех лет я присутствую на всех мероприятиях «Артромастера», меня, пожалуй, можно назвать самым лучшим слушателем этого мероприятия. В последнее время мои коллеги-организаторы обращаются ко мне за советом, что может быть интересно аудитории. Это мой – пусть маленький – вклад, но в большое дело, я вижу в нем колоссальную перспективу. Я вообще за все образовательные проекты в стране, радуюсь, когда они растут и развиваются.

- Действительно, таких нишевых проектов, которые помогают получить эксклюзивные и полезные для работы материалы, наперечет. Как развивается ваше информационное партнерство с «Артромастером»?

- Нам очень нравится сотрудничать, более того, есть новые проекты. Например, мы открыли первую в нашей стране травматологическую студию совместным с «Артромастером» эфиром. По признанию профес-

сора Дуброва и сопредседателя школы Руслана Зайцева, именно эта работа смогла повлиять на мнение травматологов-ортопедов в очень важном вопросе – лечении нестабильности голеностопного сустава. Еще одно большое достижение прошлого года – первое ток-шоу для врачей – стало возможным благодаря совместному труду экспертов школы «Артромастер» и портала Calcaeus. Тема очень важная для травматологии – реконструкция мениска. Вопрос, нужно или нет это делать, до сих пор занимает специалистов, и мы вплотную подошли к решению этого вопроса. Это большая, емкая и интересная тема, я уверен, что наша передача поменяла отношение многих докторов в сторону сохранения мениска. Кстати, именно этой теме был посвящен «Артромастер-2019». Я считаю, что нашей передачей мы поставили жирную точку в этой теме. Увидеть ее можно на нашем канале на Youtube.

«Артромастер» – один из немногих проектов на русском языке, и он при-

влекает в основном русскоязычных экспертов. Я считаю это чрезвычайно важным. Пять лет назад, когда я начал работать над Calcaeus, было очень большой проблемой найти русскоязычного эксперта, готового делиться своими знаниями и навыками открыто. Тогда, в 2014 году, я обратился к редакторам одного из крупнейших порталов по травматологии и ортопедии, наши иностранные коллеги откликнулись на мою просьбу, и первые полтора десятка публикаций были переводами работ американских специалистов. За эти годы качество контента, который генерируют наши эксперты на русском языке, значительно улучшилось. Впору выходить за пределы русскоязычного пространства, и это наша задача на ближайшие два года – переводить доклады и операции на английский язык, у нас уже и редакторы для этого готовы. Уверен, за пределами страны есть доктор, которым наш опыт будет важен и нужен.

Свой вклад в развитие национального экспертного сообщества – абсо-

лютно конкурентоспособного, – без- условно, внес «Артромастер». Учиться у классных экспертов, которые гово- рят с тобой на одном языке, – доступ- ное, проще, удобнее и, в конце концов, приносит больше пользы. С другой сто- роны, в определенный момент пора начинать самому делиться наработан- ным опытом и полученными знаниями.

- Что важнее – учить других или учиться самому?

- Для меня ответ прост – я делаю это прежде всего, чтобы разобраться самому, ведь когда ты искренне стараешься в чем-то разобраться сам, и делаешь это в формате авторской программы, ты автоматически пере- носишь свои знания на твою аудито- рию. При этом преподаватель всегда запоминает материал лучше, чем его ученик. Поэтому мой принцип таков – разбирайся в тонкостях своей про- фессии и делись своими знаниями с коллегами. Не бойся открывать свои секреты, это не сделает тебя беднее, наоборот, только поделившись навы- ками и знаниями, ты будешь готов при- нять новую информацию. А образова- ние – самые лучшие инвестиции.

- Расскажите подробнее, как это работает на практике? Вы не только практикующий врач, но и руководитель отделения...

- Долгое время хирургия плечевого комплекса в нашем регионе была представлена парой специалистов. Несколько лет назад я поставил перед собой задачу понять и освоить это направление. В тот момент этот сустав был для меня терра инкогнита. Мы ставили несуществующие диагнозы – некие плече-лопаточные периар- триты, связывали боль в плечевом суставе с шейным остеохондрозом, отдавая этих пациентов в руки невро- логов, которые в большинстве своем проблему не решали, все это вылива- лось в хронические состояния, ино- гда пациенты возвращались к нам с осложнениями. Первые шаги в этом направлении я сделал, пройдя обуче- ние в АМТЕС KAZAN, это был базовый курс по хирургии плечевого сустава. Я получил теоретическую базу и пер- вые практические навыки. Я понимал, что в первое время будет нелегко.

Во-первых, ты не понимаешь всей прелести и возможностей техноло- гий, которые у тебя в руках. Но кроме того, что тебе не хватает практиче- ского опыта, нет и команды. В этой ситуации главное взять волю в кулак и продолжать учиться. К счастью, у меня под рукой всегда есть мой пор- тал. Я делился своими проблемами с нашими докторами, начал изучать, как оперируют иностранные кол- леги, в тот момент в доступе были именно они. Но для первых шагов

например, хирургия кисти, артро- скопия коленного сустава, хирургия стопы, вкладывают в образование и развиваются именно в этом направ- лении.

- Каковы ваши планы на ближайшую перспективу?

- Мы готовимся к открытию нового направления нашей деятельности – Calcaeus publish. Наш сайт бесплатен для врачей, но есть контент, правооб- ладатель которого не готов делиться

НЕ БОЙСЯ ОТКРЫВАТЬ СВОИ СЕКРЕТЫ, ЭТО НЕ СДЕЛАЕТ ТЕБЯ БЕДНЕЕ, НАОБОРОТ, ТОЛЬКО ПОДЕЛИВШИСЬ НАВЫКАМИ И ЗНА- НИЯМИ, ТЫ БУДЕШЬ ГОТОВ ПРИНЯТЬ НОВУЮ ИНФОРМАЦИЮ.

был нужен человек, который говорит по-русски. Им стал доктор Доколин, тоже, кстати, эксперт Школы «Артро- мастер». За несколько дней работы с ним в голове все упорядочилось. Я понял, что такое команда, насколько высока роль анестезиолога, реабилитолога. К Сергею Доколину пое- хала целая делегация наших врачей. Стало понятно, что анестезиолог дол- жен поддерживать низкое давление – в этом случае картинка в артроскопе улучшается, ты можешь видеть иде- ально намечать ориентиры, как от них отталкиваться, в каких направле- ниях нужно выполнять определенные манипуляции, их последовательность – есть множество тонкостей, которые тебе может рассказать только человек на русском языке, если ты не владе- ешь английским идеально, и только на рабочем месте. Вернувшись домой, первую операцию мы сделали осоз- нанно, за 30 минут, вышли с прекрас- ным настроением, и стало очевидно, насколько инвестиции в наше обу- чение были своевременны. Мы стали третьей командой в нашем регионе, кто занимается этим направлением. Соответственно, наша больница стала более конкурентоспособной.

Если ты чем-то занимаешься, ты как врач должен вырастить в себе эксперта, стать лучшим в выбранной узкой специальности. Сейчас мно- гие доктора выбирают направление,

просто так – в его создание вложены значительные ресурсы. И мы подгото- вили инструмент, чтобы опубликовать его за небольшую подписку. Первым партнером, с которым мы начинаем работать в таком формате, – «Артрома- стер». Аудитория сможет ознакомиться с полным контентом Школ 2017, 2018 и 2019 годов, мы протоколировали все мероприятия, так что теперь у каждого есть уникальная возможность полу- чить эксклюзивные знания.

Работу с платной подпиской мы опробовали на изучении англий- ского языка. Уже сейчас на нашем портале мы помогаем нашим ортопе- дам-травматологам выучить англий- ский – интернациональный язык для общения с коллегами. Пятиминутные сюжеты по травматологии мы пере- водим на русский язык, формируем небольшой словарик. Оказалось, что 70 % информации – это хорошо извест- ная нам еще с первого курса латынь. 15 % – слова, которые уже в обиходе. 10 % – новые слова, но они повторя- ются из сюжета в сюжет. Я думаю, через год работы с нашими роликами врач сможет читать специальную литера- туру, общаться со своими иностран- ными коллегами. Мой план на 2020-й – сделать эту работу постоянной, регулярной, без заминок. Мы всегда рады обратной связи с любой кри- тикой, даже самой жесткой, и готовы меняться в соответствии с ожидани- ями нашей аудитории.

ВОКРУГ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЗА ТРИ ДНЯ



В конце февраля в Казани уже в девятый раз прошел Российско-Европейский образовательный симпозиум по торакальной хирургии имени академика М.И. Перельмана.

В чем секрет успеха симпозиума? Прежде всего это участники: каждый год в стенах Образовательного центра высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN встречаются люди, искренне любящие свое дело и заинтересованные в продуктивном общении с единомышленниками. География слушателей широка, но еще больше впечатляет география спикеров. В этом году среди экспертов симпозиума были представители европейского и азиатского сообществ сердечно-сосудистой и торакальной

хирургии, в мероприятии принял участие весь цвет российской торакальной хирургии.

Программа симпозиума рассчитана на три дня, в течение которых у участников была возможность прослушать доклады экспертов, а также увидеть их работу в операционных, погрузиться в практику, получить бесценный опыт самостоятельной работы. Важно, что обучение выходит за рамки лекций, в процессе обучения обе стороны – эксперты и участники – находятся в постоянном диалоге. Так, все операции

проходят в интерактивном режиме, транслируются на большой экран конференц-зала, и непосредственно во время вмешательства слушатели могут задавать вопросы, обсуждать тактику хирургического лечения.

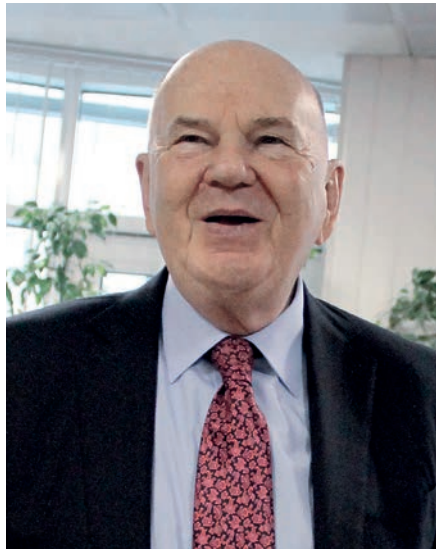
Чем же занимались участники? На практике отработывали мануальные навыки наложения анастомозов – пищеводных, бронхиальных, сосудистых; говорили о современных методах диагностики, обсуждали особенности дифференциальной диагностики заболеваний легких с точки зрения торакального хирурга.

Удачное хирургическое вмешательство – это всегда работа команды. На симпозиуме традиционно большое внимание уделяется смежным направ-

лениям: пульмонологии, анестезиологии и реаниматологии, лучевой и инвазивной диагностике, послеоперационной реабилитации.

Тут можно не только поговорить...

Владимир Порханов, главный врач НИИ Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского (г. Краснодар), академик РАН, д.м.н., – один из ключевых экспертов торакального симпозиума. В перерыве между занятиями АМТЕС KAZAN Info удалось задать ему несколько вопросов о пути торакального хирурга.



- Владимир Алексеевич, в чем особенность симпозиума в Казани?

- Три раза в год в России проходят мероприятия, посвященные торакальной хирургии, – в Казани, в Санкт-Петербурге и в Краснодаре. Симпозиум в Казани отличается, пожалуй, тем, что проходит на базе республиканской больницы. Лекционные залы, помещения, где проводятся занятия по всем видам хирургии, операционные – все рядом. Так что есть возможность не только поговорить, получить теоретические знания, но и наблюдать за операциями, которые проводят эксперты. Я бывал на подобных конференциях в Штатах, там информация идет одновременно из 18 операционных, огромное количество экранов, которые позволяют разглядеть все детали. К сожалению, у нас пока нет такого масштаба, но я думаю, со временем станет лучше с оснащением техникой.

- Вы считаете, важна возможность интерактива и непосредственного общения с экспертами?

- Безусловно! Тут было до 30 человек, которые смотрели показательную операцию, затем отработывали ее на биоматериале. Много вопросов – например, спрашивали, каким должно быть расстояние между швами. Иван Сократович (Стилиди – прим. ред.) показывал, как делается анастомоз. Показали, как работать с ранением сердца, легкого, с трахеей, устьем бронхов, как накладывать шов на сосуды. Обсуждали больных. Я приехал сюда не один, с командой. Я работаю много лет и всегда на

НЕЛЬЗЯ ПОЛУЧИТЬ ХИРУРГА ЧЕРЕЗ ДВА ГОДА ОРДИНАТУРЫ! УЧИТЬСЯ НУЖНО ВСЕГДА.

подобные мероприятия стараюсь брать с собой хирургов, чтобы они видели, как это работает, чтобы ассистировали; анестезиологов, операционных сестер. Вся наша команда тут работает. Наши специалисты выступают с докладами. Наш пульмонолог был здесь – рассказывал, для чего хирургам нужна пульмонология.

- Действительно, успех операции не только в руках хирурга, ему нужна команда...

- Да, мы бы провели еще несколько операций, но нам уже говорят, что нужно отдыхать. Здесь есть учебный класс, хирургу мало видеть, нужно уметь делать самому.

- Что бы вы порекомендовали молодым коллегам?

- Закончить институт даже на отлично, написать труды, поступить в ординатуру и через два года стать торакальным хирургом – такого быть не может. Нужно, чтобы хирурги были поливалентными, как за границей. 5 лет проходили резидентуру со всеми видами хирургии: ожоги, гнойная, торакальная, сосудистая... Это самое сложное время, они приходят к 4 утра на работу. После этого они сдают экзамен, и, например, чтобы стать кардиохирургом, учатся еще два года. 7–8 лет – это тот срок, за который человек получает необходимую практику, и только после этого он может называться хирургом и делать все. Это как в африканском племени, человек может сказать «Я масай!», только убив льва.

Я знаю человека, который учился в США, он армянин, работает в Ереване кардиохирургом. Когда возникает, например, стеноз пищевода после трахеостомы, он спокойно сам открывает трахею и сшивает. Он никого не вызывает для этого, все делает сам, потому что прошел эту школу, очень жесткую. Например, мне для этого нужно присутствовать на нескольких операциях, ассистировать, и все это понимают. Хотя и мы в свое время были студентами, у нас была ординатура, аспирантура. Быстрее обучить врача нельзя, толку от этого не будет. Но в любом случае, независимо от статуса, учиться нужно всегда, нельзя останавливаться.



ALIIS INSERVIENDO CONSUMOR*: КАК ВРАЧУ ПРЕДОТВРАТИТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ



Камиль Бахтияров,
профессор кафедры акушерства,
гинекологии и перинатологии Первого
Московского государственного
медицинского университета
им. И.М. Сеченова, д.м.н.

Анна Хасина,
директор «МАС-менеджмент»,
эксперт по пациентоориентированности
и медицинской коммуникации.

«Врач выгорел»... Как часто в последнее время мы слышим эти слова? Половина всех жалоб пациентов – на невнимательное отношение, грубость, равнодушие доктора. Как случается, что у профессионального, опытного врача «потухли глаза»? Скорее всего этот доктор столкнулся с серьезной проблемой профессионального выгорания, и ему самому нужна срочная помощь. Из-за чего врачи «сгорают» и можно ли как-то исправить ситуацию – разбираемся в статье.

Доктор, на что жалуетесь, или Что такое эмоциональное выгорание

В начале 2019 года «Вестник Гарвардского института глобального здравоохранения» опубликовал доклад, где назвал выгорание врачей «кризисом

общественного здравоохранения, который срочно требует действий».

Согласно данным Medscape.com, о тревожных симптомах – депрессии, истощенности, неудовлетворенности работой и ощущении безразличия – сообщает каждый третий английский

врач и каждый второй американский. К сожалению, мы не обладаем статистикой относительно российских врачей – ни Минздрав, ни Росстат подобные данные не собирают. Можно лишь предположить, что дела обстоят не более оптимистично.

Термин «выгорание» ввел американский психиатр Герберт Фрейденбергер. Он первым заметил, что профессионалы социомических профессий (то есть связанных со взаимодействием с другими людьми) в наибольшей степени подвержены выгоранию. Угадайте, кто находится на первом месте по готовности к выгоранию? Правильно, врачи.

*Света другим, сгораю сам (лат.)

Выгорание – это состояние, возникающее вследствие длительного, непреодолимого стресса, связанного с работой. Психолог Э. Морроу сравнил синдром выгорания с «запахом горячей психологической проводки».

Классическая триада признаков выгорания:

- эмоциональное истощение – чувство опустошенности, разочарованности в профессии, усталость, пассивность или раздражительность, стресс-ассоциированные болезни;
- деперсонализация – усиливающееся равнодушие к своей работе и к пациентам, цинизм, грубость;
- редукция личных достижений – недовольство собой, обесценивание своей работы, обида на коллег, чувство «меня не ценят».

Работа любого доктора основана на серьезных эмоциональных, интеллектуальных и физических вложениях. Согласно новому курсу Минздрава, врач в любой ситуации должен оставаться пациентоориентированным, а это требует недюжинного психического здоровья. Есть ли у российских врачей такой ресурс?

История болезни, или Как наступает выгорание

Развитие профессионального выгорания связано с постоянным воздействием целого ряда травмирующих факторов:

- излишняя бюрократия;
- отсутствие признания со стороны руководства;
- отсутствие командной работы и поддержки в коллективе;
- авторитарный стиль руководства;
- недостаточная оплата труда;
- страх быть наказанным за ошибки;
- чрезмерный объем работы или неопределенность рабочей ситуации;
- «двойные стандарты», необходимость притворяться, невозможность высказать свое мнение открыто;
- плохая организация труда, недостаток оборудования и других материалов;
- отсутствие возможностей для профессионального роста;

- претензии и жалобы со стороны пациентов, в особенности необоснованные;

- конфликты как с пациентами, так и внутри коллектива.

Попробуйте прямо сейчас оценить выраженность каждого фактора по десятибалльной шкале. Если хотя бы два фактора получили оценки 9 или 10, настало время бить тревогу: вы – в группе риска по эмоциональному выгоранию.

Сегодня мы наблюдаем непростую ситуацию в медицинской отрасли. Руководители клиник зачастую ставят во главу угла не качественный лечебный процесс, а получение прибыли. В то же время аналитики отмечают рост консюмеризма и потребительского экстремизма среди пациентов. Для врачей не редкость ненормированный рабочий график, необходимость заполнения огромного количества бумаг, постоянное давление со стороны руководства и пациентов и отсутствие полноценного отдыха. Все это ведет к физическому и эмоциональному истощению.

В психологии есть понятие «оставаться в ресурсе». Действительно, чтобы качественно помочь людям, нужно иметь возможность перезарядки. Если врач постоянно находится в цейтноте, принимает пациентов «на потоке», не имеет возможности полноценно отдохнуть, он неизбежно начинает ошибаться.

«Самое страшное, что выгорание может привести к неправильной диагностике», – отмечает Пол Гринер,

почетный профессор Школы медицины и стоматологии Университета Рочестера (Нью-Йорк) и автор книги «Сила историй пациента: моменты обучения в медицине». «Пациенто-ориентированный подход требует, чтобы врачи проявляли эмпатию к своим пациентам: вовлекали в диалог, задавали вопросы, внимательно слушали и находили точки соприкосновения. Невозможно делать это эффективно, если ты выгорел».

Статистика подтверждает слова профессора. Согласно данным, опубликованным в 2018 в Mayo Clinic Proceedings, врачи, совершавшие ошибки, чаще имели симптомы выгорания (77,6 % против 51,5 %), усталости (46,6 % против 31,2 %) и испытывали суицидальные намерения (12,7 % против 5,8 %).

Врачи, у которых наблюдались признаки выгорания, в 2,2 раза чаще совершали медицинские ошибки, говорится в статье Элисон Мотлак «Совершают ли больше ошибок эмоционально выгоревшие доктора?», опубликованной в CMAJ в 2018 году. В обсуждении этих данных высказывается гипотеза, что эта связь имеет не причинно-следственный, а циклический характер: выгорание приводит к ошибкам, а ошибки в свою очередь способствуют еще большему выгоранию. Очевидно, выгорание врачей приводит к увеличению медицинских, юридических, финансовых и репутационных рисков для всех участников медицинского процесса. Если вы руководитель медицинской

ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ?



организации, где работают выгоревшие врачи, вы буквально сидите на пороховой бочке.

Лекарство от выгорания, или Как уберечь себя и сохранить любовь к своему делу

Утверждается, что тезис «Болезнь легче предотвратить, чем вылечить» принадлежит Гиппократу. Эта максима в полной мере относится и к синдрому эмоционального выгорания.

В первую очередь важно помнить: при наличии признаков депрессии и суицидальных намерений необходимо как можно скорее обратиться к специалисту – психиатру или психологу. Своевременная маршрутизация и назначение адекватной терапии очень важны и помогут не только остаться в профессии, но и спасти жизнь.

Если ситуация еще не зашла так далеко, однако уже начинает выходить из-под контроля, можно применить способы самопомощи. В первую очередь они направлены на достижение равновесия в эмоциональном состоянии. Однако нужно быть готовым к тому, что придется принимать решительные меры для изменения условий работы и жизни.

В статье West et al «Вмешательства по предотвращению и уменьшению выгорания врача: систематический обзор и мета-анализ», опубликованной в журнале «Ланцет», был проведен мета-анализ вмешательств, направленных на уменьшение выгорания врачей. Авторы проанализировали 2617 научных статей, из которых 15 были рандомизированными исследованиями. Самыми полезными стратегиями для предотвращения эмоционального выгорания были признаны практики внимательности, управление стрессом и обмен опытом с коллегами в небольших группах.

Ниже представлен набор рекомендаций для предотвращения эмоционального выгорания – что можете сделать вы сами.

- Полноценно отдохните, снимайте напряжение и усталость. Мы советуем пациентам высыпаться и вести здоровый образ жизни, но сами часто не следуем своим советам. Критически важны 8-часовой сон, прогулки на воздухе, спорт, здоровое полноценное питание. Алкоголь, увы, не помо-

гает бороться с выгоранием, а наоборот, усугубляет его. Смена обстановки, поездка в отпуск, время с друзьями и близкими – вот что действительно восстанавливает силы и заряжает энергией.

- Проанализируйте ваши ожидания от работы и то, насколько они оправдываются. Получаете ли вы то, к чему стремитесь, – развитие, комфорт, доход, достижения, признание и т.д.? Поддерживает, понимает ли вас руководство? Какова обстановка в коллективе? Ответьте себе честно на вопрос, любите ли вы то, чем занимаетесь. Если нет – что хотели бы делать в идеале. Определите ваши краткосрочные и долгосрочные цели. Подумайте, что можно сделать, чтобы реализовать свои амбиции. Возможно ли это на нынешнем рабочем месте, и если нет, как и куда двигаться дальше?
- Совершенствуйтесь в профессии. Учитесь, посещайте семинары, стажировки, курсы. Общайтесь, обменивайтесь информацией и опытом с коллегами. Не думайте, что если вы закончили институт и прошли ординатуру, проработали лет 5–10, вы уже все знаете. Медицина развивается непрерывно – развивайтесь вместе с ней, осваивайте новые навыки. Бывайте на конференциях и симпозиумах. По возможности учитесь не только в России, но и за границей у опытных практиков.
- Развивайте свой эмоциональный интеллект и эмпатию. Пациентам

нужен не просто грамотный доктор, но человек, которому можно довериться, с которым можно вести конструктивный диалог. Пациент – это ваш партнер, которому нужно уметь сочувствовать, сохраняя внутреннее спокойствие и уверенность для быстрого принятия правильных решений в его пользу.

- Удерживать ощущение внутреннего покоя бывает непросто. В развитии этого навыка поможет йога и медитация. Вы можете пойти на групповые занятия или практиковаться самостоятельно, например, с помощью видео-уроков из Youtube или приложений на смартфоне.
- Развивайте открытость и умение общаться с самыми разными людьми, в том числе в конфликтных ситуациях. Учитесь методикам преодоления стресса и качественного расслабления, старайтесь мыслить в позитивном ключе. Посетите тренинг по медицинской коммуникации, читайте книги, ищите руководства в открытом доступе. Обменивайтесь опытом с коллегами – у всех были непростые пациенты, но только некоторые смогли выстроить эффективное общение.

Главный фактор предотвращения эмоционального выгорания в российских условиях – активная жизненная позиция врача. Мы сами ответственны за свое эмоциональное благополучие и психическое здоровье. Мы нужны своим семьям и своим пациентам!



ГУРАМ ЛАЗИШВИЛИ: «ВАЖНЕЕ ВСЕГО — ЖЕЛАНИЕ ВРАЧА РАБОТАТЬ»

Сегодня артроскопия в России — динамично развивающееся направление со своими школами, лидеры которых делятся с молодыми врачами своим опытом. Но так было не всегда. Относительно недавно артроскопия была уделом энтузиастов, которые решили посвятить ей свою жизнь. Одним из таких первопроходцев в нашей стране стал Гурам Лазишвили, который поделился с АМТЕС KAZAN Info своими воспоминаниями.



- Как произошло ваше первое знакомство с артроскопией?

- В мировой практике артроскопия начала активно развиваться и внедряться в 80-е годы прошлого века. Это стало настоящей революцией в травматологии и ортопедии в Америке, Европе, Японии. В результате эндоскопические методы стали рутинными в диагностике и лечении патологии суставов. В Россию же они пришли несколько позже, в 90-х, и одними из первых эти технологии стали внедрять специалисты Центрального института травматологии и ортопедии. Так получилось, что я попал на один из самых первых семинаров по артроскопии, который проводила ведущая мировая компания-производитель.

И тогда я понял, что за этими технологиями большое будущее. Надо сказать, что время тогда было непростое, и это направление было крайне сложно поднимать. Не было полноценного оборудования, инструментария. Я часто говорю молодым врачам, если бы в наши годы были такие возможности, как у вас! Как бы мы могли работать! Но так или иначе я познакомился с артроскопией, впоследствии обучался на тренингах, мастер-классах, причем в основном за рубежом, потому что в России тогда просто негде было этому обучаться.

- Речь идет о 90-х годах?

- Да, это было время перестройки, когда в здравоохранении было гораздо меньше средств, чем сейчас. Эндоскопия – это не только врач, но и его оборудование. От технической стороны в артроскопии зависит очень многое. Для примера случай из моей практики. Когда начинали заниматься этим направлением, мы прекрасно понимали, что никто нам ничего просто так не даст, оснащение наших клиник оставляло желать лучшего. Поэтому собирали все сами – по крупицам, откладывая с зарплаты. Помню, чтобы приобрести артроскопическую помпу и полноценно работать, я продал свои

«Жигули» шестой модели. После этого пришлось два года ездить на метро. Но я абсолютно не жалею об этом! Это был осмысленный шаг, который позволил мне существенно продвигаться вперед. Таким же путем шли все врачи-энтузиасты, с кем мы начинали, такие как Анатолий Орлецкий, Андрей Королев, Вадим Дубров и многие другие наши соратники. Все чем-то жертвовали ради того, чтобы двигаться вперед.

- Эти жертвы оправдали себя?

- Конечно! Они окупились опытом, новыми знаниями, научными достижениями. Мы получили возможность для развития, смогли внедрять самые современные на тот момент артроскопические технологии.

- Получается, вы были пионером этого направления?

- Сказать, что я был пионером – это слишком громко. Пионерами я считаю людей, которые развивали артроскопию в мировой практике, с нуля. Мы же были в числе первых, кто начал широко этим заниматься в России. И наши достижения – это результат долгого и кропотливого труда, постоянной практики, анализа своей работы и ошибок, осложнений. Потому что, повторюсь, в России нам особенно не у кого было проконсультироваться, поучиться.

- Когда вы начинали, не было ли у вас страха сделать что-то не так, навредить пациенту?

- Такие мысли у нас были постоянно. Мы постоянно сомневались в правильности того, что мы делаем. Главное, что может помочь в такой ситуации – это самоанализ. Нужно критически подходить к своей работе, уметь признавать свои ошибки и учиться на них. У нас тогда не было возможности отрабатывать навыки в условиях кадаверной лаборатории. Вместо этого мы просчитывали каждый свой шаг, рисовали схемы операций, прописывали все до миллиметра. Именно это позволяло перебороть страх. Но он есть и сегодня. Технологии не стоят на месте, и самое плохое, что может быть, – это абсолютно бесстрашный врач, считающий себя царем и Богом. Такой специалист может нанести



НАШИ ДОСТИЖЕНИЯ – ЭТО РЕЗУЛЬТАТ ДОЛГОГО И КРОПОТЛИВОГО ТРУДА, ПОСТОЯННОЙ ПРАКТИКИ, АНАЛИЗА СВОЕЙ РАБОТЫ И ОШИБОК.

пациенту очень много вреда. Понятно, что с опытом многие манипуляции проводишь на автомате, но кропотливая подготовка, предоперационное планирование актуальны всегда.

- Каким образом шло внедрение новых технологий в таких непростых условиях? Как вы обновляли свой «арсенал»?

- Понемногу приобретали инструменты, что-то удавалось привезти из зарубежных поездок. Помню, как с Вадимом Дубровым мы были на специализированном конгрессе в Штатах и купили там шейвер – резектор для удаления тканей. Как правило, при крупных зарубежных конференциях работает большая выставка. На ней есть 1-2 маленьких стенда, на которых продается «секонд-хенд». Мы довольно долго с Вадимом Эриковичем работали на этом шейвере, сейчас он хранится в качестве исторического экспоната.

- То есть вы привозили из-за рубежа не только знания, удавалось приобрести и что-то материальное?

- Да, и порой доходило до забавного. Однажды я был в Америке, на конгрессе AAOS (Американская академия хирургов-ортопедов). Там была огромная выставка оборудования. На одном из стендов я заметил большую стеклянную чашу, в которой лежали биорасса-

сывающиеся винты. Это было то, о чем мы так мечтали! А они просто лежали здесь россыпью, в прозрачных целлофановых упаковках. Я подошел к стенду, положил горсть винтов себе в карман и отошел. Никто не обратил на это внимания. Сделав еще один круг, я взял еще несколько винтов. В итоге ими у меня были набиты все карманы. Я был просто счастлив! Позже я встретился со своим коллегой Фёдором Лазко и похвалился «трофеями». Он посмотрел на меня и, улыбаясь, сказал: «Я тоже их раздобыл. А ты знаешь, что это такое? Леденцы!». Потом я еще две недели эти «винты» сосал.

- Если говорить о сегодняшних реалиях, на ваш взгляд, какие возможности для развития есть у молодых врачей?

- В наше время основной проблемой было то, что нам не у кого было учиться. Часто ездить за рубеж не удавалось, а к нам никто особо не приезжал. Сегодня все кардинально изменилось. Во-первых, стала заметной заинтересованность государства в таких операциях, они стали неким рычагом в оказании высокотехнологичной помощи. Соответственно, улучшилась материальная база наших клиник, закуплено крупное оборудование.

Во-вторых, на рынке появилось огромное количество медицинских



производителей, которые заинтересованы во внедрении современных артроскопических технологий. Они часто проводят семинары, мастер-классы с участием наших коллег, зарубежных специалистов.

В-третьих, сегодня проводится большое количество специализированных конгрессов, конференций, школ, на которых постоянно идет обмен опытом. Именно такие встречи во многом определяют наше видение того, что мы делаем.

Конечно, нужно отметить те возможности для самообучения, которые дает

интернет. В нем масса научной и практической информации, можно изучать, как оперируют коллеги со всего мира и многое другое.

Наконец, я хотел бы отметить, что сегодня в российской артроскопии очень много врачей, имеющих богатейший опыт, который они передают молодому поколению. Я всегда говорю коллегам: «Не надо жадничать! Знаниями нужно делиться». В России появилось много образовательных площадок. Одна из них – АМТЕС KAZAN. И я горжусь тем, что один из моих учеников – Руслан Зайцев – сегодня успешно занима-

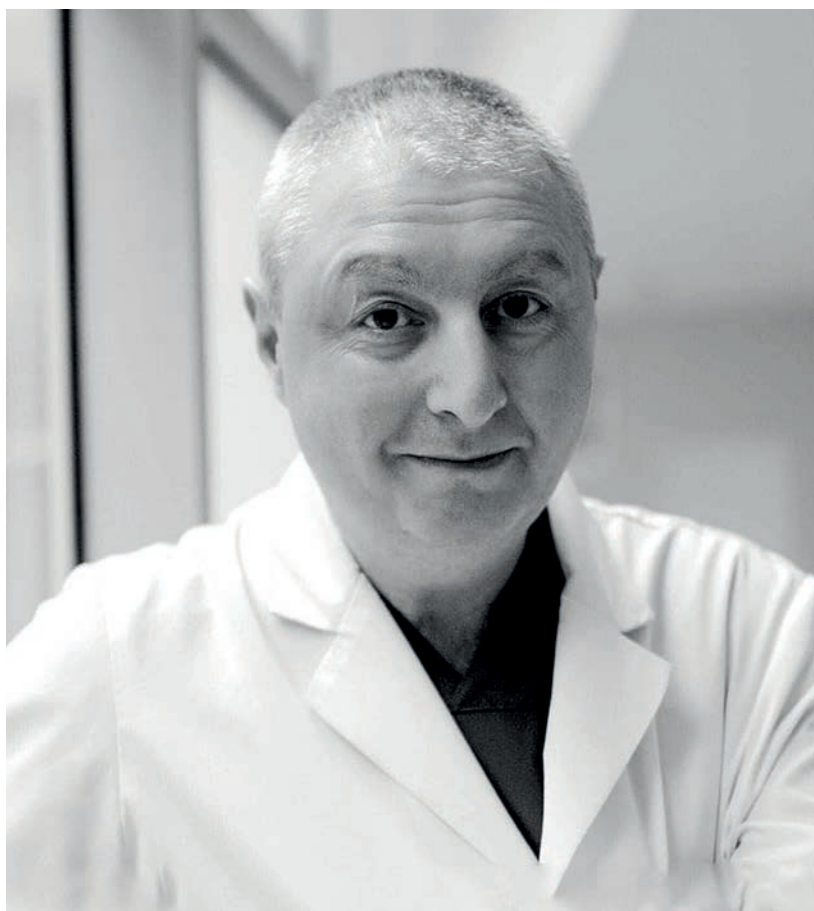
ется обучением врачей. Они создали просто блестящую школу.

- Что сегодня все-таки важнее – мастерство травматолога-ортопеда или его техническая оснащенность, доступность современного инструментария, материалов?

- Важнее всего – желание врача работать, идти вперед, совершенствовать свое мастерство. Время, когда мы начинали, я называю каменным веком артроскопии. Но мы все равно нашли возможности для развития. Сегодня врачу доступны самые современные технологии, но если он по-настоящему не заинтересован, он не сможет полноценно реализовать себя в профессии. Главное, чтобы душа горела любимым делом!

- Что еще вы хотели бы пожелать своим коллегам?

- Я хотел бы пожелать нашим врачам, в первую очередь, беречь себя, не забывать о том, что наше здоровье тоже не железное. И в тоже время постоянного профессионального роста. Если быть врачом, то только хорошо! Желаю успехов школе АМТЕС KAZAN. На сегодня она стала одной из лидирующих в стране, пусть и впредь она сохраняет за собой статус одного из базовых центров артроскопической подготовки врачей.



Визитка

Гурам Лазишвили, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, руководитель учебно-практического центра по артроскопии, член ESSKA (Европейское общество спортивной травматологии, хирургии коленного сустава и артроскопии), ICRS (Международное общество регенерации хряща), ASTAOR (Ассоциация спортивных травматологов, артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов), Российского артроскопического общества, д.м.н.

Автор более 200 научных работ, шести книг («Коленный сустав. Повреждения и болевые синдромы», «Деформирующий артроз коленного сустава», «Методы диагностики посттравматического гонартроза», «Повреждения и заболевания мышц, сухожилий и связок», «Повреждения передней крестообразной связки коленного сустава: диагностика, лечение, реабилитация», «Современный остеосинтез в травматологии»).

РАСПИСАНИЕ КУРСОВ НА 2020 ГОД

МАРТ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

- 23.03 – 27.03** Эндоскопическая хирургия в урологии
- 28.03 – 29.03** Тренинговый курс «Осложнения лапароскопии в гинекологии»

АПРЕЛЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

- 03.04 – 04.04** Артроскопическая хирургия локтевого и голеностопного суставов
- 09.04 – 11.04** Диагностика внутриматочной патологии. Гистероскопия, гистерорезектоскопия
- 13.04 – 17.04** Эндоскопическая хирургия в гинекологии
- 17.04 – 19.04** МРТ в диагностике повреждений и заболеваний крупных суставов
- 17.04 – 19.04** Артроскопическая хирургия коленного сустава. Продвинутый курс
- 20.04 – 24.04** Базовые навыки в эндоскопической хирургии
- 20.04 – 24.04** Ультразвуковая диагностика в ортопедии
- 20.04 – 24.04** Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии
- 24.04 – 26.04** Хирургическое лечение дегенеративных заболеваний коленного сустава
- 28.04 – 29.04** Тренинговый курс «Осложнения лапароскопии в гинекологии»

МАЙ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

- 15.05 – 17.05** Артроскопическая и малоинвазивная хирургия плечевого сустава. Продвинутый курс. Профилактика интра- и послеоперационных осложнений
- 15.05 – 16.05** Хирургия повреждения плечевого пояса
- 18.05 – 22.05** Знать как управлять – значит, управлять эффективно
- 19.05** VI Саммит медицинских сестер «Медицинская сестра – шаг в будущее»
- 20.05 – 21.05** V Практическая школа по хирургии основания черепа (транскраниальные и эндоназальные эндоскопические доступы), кадаверный курс
- 21.05** Образовательная школа по стереотаксической радиохирургии / радиотерапии (SRS / SRT)

- 21.05 – 23.05** Диагностика внутриматочной патологии. Гистероскопия, гистерорезектоскопия
- 25.05 – 29.05** Эндоскопические операции в торакальной хирургии
- 29.05 – 31.05** Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

ИЮНЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

- 01.06 – 05.06** Ультразвуковая диагностика в ортопедии
- 05.06 – 07.06** Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс
- 09.06 – 14.06** Ультразвуковая диагностика периферической нервной системы
- 12.06 — 14.06** Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс
- 17.06** Международная конференция «Безопасность пациента»
- 19.06 — 20.06** Летняя школа «Артромастер», г. Сочи

АВГУСТ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

- 14.08 – 16.08** Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс
- 17.08 – 21.08** Ультразвуковая диагностика в ортопедии
- 17.08 – 21.08** Базовые навыки в эндоскопической хирургии
- 22.08 – 23.08** Ревмоартрология
- 24.08 – 28.08** Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии
- 28.08 – 30.08** Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс
- 31.08 – 01.09** Первичная реанимация новорожденных детей

СЕНТЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

- 03.09 – 05.09** Диагностика внутриматочной патологии. Гистероскопия, гистерорезектоскопия
- 07.09 – 11.09** Эндоскопическая хирургия в гинекологии
- 11.09 – 13.09** Артроскопическая хирургия коленного сустава. Продвинутый курс
- 18.09 – 19.09** III Международная школа «Тренды и традиции в оперативной проктологии»
- 20.09** Школа медицинского лектора
- 21.09 – 25.09** Ультразвуковая диагностика в ортопедии
- 21.09 – 25.09** Базовые навыки в эндоскопической хирургии
- 25.09 – 27.09** Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс
- 28.09 – 02.10** Эндоскопическая хирургия в урологии

В расписании возможны изменения. Для уточнения актуальной информации просим звонить по тел.: 8 (800) 234-30-88 либо посетить сайт www.amtec-kazan.com (раздел «Курсы»).

ЛЕТНЯЯ ШКОЛА «АРТРОМАСТЕР»

ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ С ЦКБ РАН



19–20 июня 2020 г.



Сочи,
Красная поляна

КЛЮЧЕВАЯ ТЕМА: «ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ»

Ревизионная хирургия
коленного, плечевого сустава.

Лечение осложнений.
Как их избежать?

Первый месяц после
эндопротезирования крупных
суставов.

Инфекционные
осложнения.

Риски
реабилитации.

МРТ послеоперационный
контроль.



AMTEC • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

Где: Многофункциональный комплекс «Роза холл», Сочи, пос. Эстосадок,
Набережная Лаванда, д. 6.

Вопросы участия: Арина Халяпина

Тел.: +7 (843) 237 84 70

ahalyapina@amtec-kazan.com