Комментарий к статье Д.В. Чугаева с соавторами «Наш подход к оперативному лечению застарелых повреждений ахиллова сухожилия. Существует ли простое решение?»

Травматология и ортопедия России. 2018;24(1):44-52.

Berezhnoy S.Yu. Commentary on “Our Approach to Treatment of Neglected Achilles Tendon Ruptures. Is there a Simple Solution?”

Traumatology and Orthopedics of Russia. 2018;24(1):44-52.

Тема статьи Д.В. Чугаева с соавторами актуальна для травматологов-ортопедов, многие из которых регулярно сталкиваются с проблемой выбора способа лечения застарелых разрывов ахиллова сухожилия. Работа имеет практический характер. Прочитав ее, хирург должен получить достаточно информации, чтобы решить, насколько сложна описываемая авторами методика, очевидны ли ее достоинства, каковы недостатки, стоит ли ее осваивать. При всей ценности исследования, обусловленной новизной представленной техники, для многих отечественных травматологов последнее, на наш взгляд, имеет ряд недостатков, неточностей и недоговоренностей, на некоторых из которых нам бы хотелось остановиться.

• В разделе «Введение» говорится: «В литературе приводятся различные сроки, указывающие на переход разрыва ахиллова сухожилия в категорию застарелых — от 4 нед. до 3 мес. и более с момента получения травмы». Авторы не указывают, с какого же срока они сами начинают относить разрывы сухожилия к застарелым. А ведь это важно, учитывая такой разброс в данных литературы.

• Говоря о происхождении описываемого метода, предложенного в 1974 г. A. Perez Teuffer, авторы пишут: «В оригинальной методике сухожилие отсекали дистально от места фиксации, проводили через отверстие в пяточной кости и выполняли пластическое замещение дефекта ахиллова сухожилия». В действительности в вышеупомянутой статье речь шла о лечении свежих разрывов, а не о пластике дефектов. Неточность, вроде бы, незначительная, но все же…

Здесь же, во «Введении», авторы утверждают, что модернизировали авторскую методику и применили ее у 13 пациентов. В чем заключалась модернизация авторской методики? К сожалению, об этом в тексте ничего не сказано. А если и сказано, то никак для читателя не обозначено. Интересно также было бы знать, какие недостатки авторской методики заставили авторов модернизировать ее еще до выполнения первой операции?

• Раздел «Материал и методы»: «Сравнение между двумя группами было проведено по следующим параметрам: объем интраоперационной кровопотери, продолжительность операции…». Кровопотеря при операциях на ахилловом сухожилии маленькая. Для чего сравнивать не имеющие клинического значения показатели? Если же говорить о продолжительности операции, то в работе не указано, в течение какого срока проводилось исследование, сколько было оперирующих хирургов. Если каждым из 7 соавторов выполнено по 2 пластики, говорить об их продолжительности бессмысленно, поскольку речь будет идти о самом начале кривой обучения. Если же пластики выполнялись более опытными хирургами, а первичные операции — более молодыми, то в этом случае сравнение некорректно ввиду разницы в опыте.

• Описывая технику выполнения оперативного вмешательства, авторы акцентируют внимание на том, что «растворами антисептиков обрабатывали обе конечности, чтобы при выполнении шва ахиллова сухожилия создать натяжение, идентичное натяжению сухожилия на контралатеральной конечности (рис. 1)». Какими приемами достигалось идентичное натяжение сухожилий? В описании техники операции об этом важном для читателя моменте ничего не сказано. Техника вмешательства вообще описана очень схематично. Нет фотографий этапов. На наш взгляд, одним из моментов операции, требующих детализации, являлась мобилизация и выведение аутотрансплантата сухожилия короткой малоберцовой мышцы в рану. Иллюстрирующий данный этап рисунок 3а никакой смысловой нагрузки не несет.

• В тексте статьи авторы неоднократно подчеркивают, что ни в одном из случаев иммобилизация не была выполнена в эквинусном положении стопы. Почему так важно было избежать иммобили-

зации хотя бы в положении легкого подошвенного сгибания стопы, привычного для большинства травматологов? К сожалению, авторы не приводят собственное пояснение данного положения и не дают ссылок на соответствующие источники литературы.

• Защищая выбор сухожилия короткой малоберцовой мышцы для лечения застарелых разрывов ахиллова сухожилия, авторы пишут об одном из наиболее распространенных, хорошо изученных и технически простых вмешательств (транспозиции сухожилия длинного сгибателя большого пальца) следующее: «Применение этих методик требует значительного опыта хирурга и технически трудно исполнимо [25, 26]». Здесь авторы лукавят, поскольку одна из работ, на которую они ссылаются — [25], посвящена эндоскопически ассистируемому выполнению вмешательства, а другая [26] — минимально инвазивной технике. Понятно, что подобные модификации технически сложны. Выполняемая же через обычный доступ транспозиция длинного сгибателя первого пальца технически проста и требует всего один доступ вместо трех при используемой авторами методике.

И в заключение о названии статьи. Авторы пишут о «собственном подходе к оперативному лечению застарелых повреждений ахиллова сухожилия». Но ведь никакого «подхода» не было. В маленькой группе из 13 пациентов применена одна на всех хирургическая методика. Статья могла бы быть названа «Наш опыт применения транспозиции сухожилия короткой малоберцовой мышцы для лечения застарелых разрывов ахиллова сухожилия». Такое изменение позволило бы авторам сконцентрироваться на действительно важном для читателя детальном описании техники вмешательства.

Бережной Сергей Юрьевич
д-р мед. наук, врач травматолог-ортопед
филиала «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России
e-mail: Doktor@Berezhnoi.ru