

ПАНЧЕНКО
Денис Владимирович

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ
ОБОСНОВАНИЕ ЗАДНЕБОКОВОГО ШЕЙНОГО
ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Волгоград – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
СЛЕТОВ Александр Анатольевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
заведующий хирургическим отделением №4
(опухолей черепно-челюстно-лицевой области)

Отдела опухолей головы и шеи

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

АЗИЗЯН Рубен Ильич

доктор медицинских наук, доцент кафедры
оперативной хирургии и топографической анатомии,
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России

МАЛЕЕВ Юрий Валентинович

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России

Защита состоится 27 апреля 2018 г. в 10 часов на заседании диссертационного Совета Д 208.008.03 по присуждению ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Волгоградском государственном медицинском университете по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1), а также на сайте: <http://www.volgmed.ru>

Автореферат разослан «___» марта 2018 года.

Учёный секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Вейсгейм Людмила Дмитриевна

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы. Последние десятилетия характеризуются ростом числа пациентов с хирургической патологией органов шеи. По мнению ряда специалистов, рост заболеваемости во многом обусловлен совершенствованием диагностических методов исследования. С целью получения достоверной информации, широко используются визуальные методы диагностики, что позволяет детализировать топографические особенности исследуемых структур шеи. Комплексный анализ результатов визуальных и клинических исследований, позволяет уточнить локализацию, размер патологического процесса, его взаимоотношения с иными структурами краниовертеброфациального сочленения (А.Д. Каприн, 2016; И.В. Решетов, 2015; В.В. Крылов, 2015; Е.В. Григорьев; А.И. Небожин, 2014).

Развитие медицинской науки и совершенствование диагностических технологий способствует повышению качества хирургического лечения, в том числе патологических процессов локализующихся в шее. Однако использование современных диагностических тестов не позволяет прогнозировать исход хирургического лечения, что, по мнению ряда специалистов, обусловлено нерациональным использованием существующих оперативных доступов. По их мнению, с целью повышения эффективности хирургического лечения необходимо разделить гистологические и анатомо-топографические принципы классифицирования патологических процессов шеи (С.С. Дыдыкин; А.А. Воробьёв; И.В. Решетов). При этом структурировать понимание анатомо-топографических, морфологических, возрастных, гендерных особенностей организма на этапах развития заболевания, учитывая показатели физического и психологического здоровья пациента (А.Н. Коновалов, 2013; Л.Б. Новикова, 2013; В.И. Петров, 2015). Углубленный анализ и своевременная коррекция, которых позволит рационально планировать и прогнозировать результаты хирургического лечения (А.В. Гуцин, 2014; С.А. Ефименко, 2013; А.А. Новик, 2015; В.И. Петров, 2017).

Степень разработанности темы

Прогрессивно развивающиеся методы диагностики и анатомо-топографические знаниями о патологических процессах, способствуют совершенствованию оперативных методов лечения, которые определяют эффективность реабилитации пациентов в целом. Современные тенденции хирургического лечения направлены на максимально раннее и радикальное воздействие на патологический процесс, сохранение целостности анатомических структур, и восстановление их функциональной активности. Достигнуть положительных результатов лечения возможно при использовании рутинных визуальных методов диагностики ещё на этапе планирования вмешательства. (А.П. Поляков, 2017; И.В. Решетов, 2014, Н.Н. Мальгинов, 2014; В.В. Старинский, 2016). В тоже время для достижения высококачественных результатов необходимо использовать интраоперационные методы диагностики, позволяющие объективно оценить уровень хирургической агрессии, и степень функциональных нарушений органов и тканей, вовлечённых в патологический процесс. Проблема сохранения анатомической целостности и функциональной активности структур шеи после проведения объёмных хирургических манипуляций в настоящее время не решена (В.В. Крылов, 2017; А.Ю. Дробышев, 2017; I. V. Reshetov, 2016; C. Gillis, 2015; S. 2016). На современном этапе развития хирургии предлагаются малоинвазивные хирургические методы, которые направлены на восстановление нарушенной целостности биологических структур и их функциональной активности. Широко используются скальпели

с нано покрытиями, физические и лазерные способы препарирования тканей, снижающие дисфункциональные рубцовообусловленные нарушения. По мнению специалистов, коррекция уровня хирургической агрессии любым из способов направлена на оптимизацию качества жизни в послеоперационном периоде (W. Yang, 2017; L. Jiang, 2016; Е.В. Попова, 2016; в.и. Петров , 2017).

В тоже время результаты многочисленных исследований обосновывают необходимость разработки и внедрения в клиническую практику органосохраняющих оперативных способов с привлечением разно профильных специалистов. (И. В. Решетов, 2013; Н. С. Сергеева, 2014; С. М. Баринов, 2016, В.А. Путь, 2016). Среди множества вопросов стоящих перед хирургами, основным является выбор оперативного доступа, позволяющего в оптимально короткие сроки восстановить функциональную активность тканей и органов. Разделяя оперативные вмешательства на достаточно сложные с точки зрения техничного исполнения и достаточно проблемные на этапе послеоперационного ухода. Наиболее важным является вопрос обеспечения щадящей диссекции тканей, особенно в тех случаях, когда патологические процессы, распространяются в различные структуры шеи и их необходимо удалять из нескольких оперативных доступов (А. П. Поляков, 2015; И. В. Решетов, 2016, А.Ю. Дробышев, 2017) В связи, с чем всё больше внимание уделяется снижению уровня хирургической агрессии и сохранности анатомической целостности тканей, направленных на восстановление функциональной активности организма и «качества жизни» больного (В. В. Старинский, 2016; Г. В. Петрова, 2015; Е. Г. Менделевич, 2014; И. Л. Сурженко, 2017).

Достигнуть благоприятных исходов хирургического лечения патологии органов шеи с сохранением оптимальных показателей качества жизни, невозможно без сохранения или раннего восстановления целостности анатомических структур, и их функциональной активности (Р.Н. Люнькова, 2015; В. В. Крылов, 2017; И.В. Решетов) По нашему мнению, основой задачей в хирургии является улучшения качества жизни пациентов, основанной на разработке оперативных доступов позволяющих восстановить максимально возможную функциональную активность анатомических структур в послеоперационном периоде.

Цель исследования.

На основании анатомо-топографических исследований разработать заднебоковой оперативный доступ с минимальным уровнем хирургической агрессии и функциональных осложнений.

Задачи исследования

1. Провести ретроспективный анализ оперативных доступов к шее и описать функциональное состояние тканей подвергшихся хирургическому воздействию анатомических областей.
2. Обосновать необходимость разработки оперативного доступа с низким уровнем хирургической агрессии и минимальными рисками развития функциональных послеоперационных нарушений.
3. На трупном материале разработать анатомо-топографически обоснованный заднебоковой оперативный доступ к шее.
4. В клинической практике провести апробацию заднебокового оперативного доступа к шее и сравнительную оценку его эффективности по показателям социальной адаптации пациентов на этапе реабилитации

5. По результатам клинического использования заднебокового оперативного доступа к шее разработать практические рекомендации.

Научная новизна исследования

Научная новизна диссертационной работы несомненна, автором впервые проведён сравнительный анализ топографо-анатомических особенностей оперативных доступов к шее на трупном материале и в клинике. В результате экспериментальной части исследования предложен новый оперативный доступ к шее, характеризовавшийся максимально ранним восстановлением функциональной активности анатомических структур и показателей качества жизни пациентов.

Впервые в ГБУЗ СК СККБ проведено комплексное диагностическое исследование сосудистого русла шеи с использованием эндоваскулярной визуализации, что позволило детально изучить и идентифицировать анатомо-топографические и структурные особенности органов и тканей шеи при различной хирургической патологии.

Впервые в работу хирургического подразделения внедрён комплексный алгоритм диагностики и лечения хирургической патологии шеи с одномоментным привлечением специалистов нескольких профилей.

Впервые в практике хирургического подразделения проведён сравнительный анализ клинических результатов одно- и двухэтапных способов хирургического лечения объёмных новообразований шеи распространяющихся к основанию черепа.

Впервые предложен, теоретически обоснован, экспериментально проработан заднебоковой шейный доступ, позволяющий сохранить и восстановить функциональную активность пациентов, сократив сроки реабилитации, оптимизировав клинические результаты лечения (патент РФ на изобретение № 2599688 от 19 сентября 2016 года).

Впервые в ходе сравнительного анализа использованных ранее оперативных доступов подтверждена клиническая эффективность разработанного заднебокового шейного доступа.

Установлено, что большинство хирургических доступов к органам и тканям шеи характеризуется выраженной хирургической агрессией. Оперативные доступы из двух и более анатомических областей, так же достаточно травматичны, вследствие чего развиваются послеоперационные функциональные нарушения органов шеи, нижней трети лица, верхнего плечевого пояса, требующие длительной реабилитации.

Впервые обоснована необходимость использования русифицированной версии опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey» для сравнительного анализа и оценки эффективности оперативных доступов к шее.

Установлена высокая информативность опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey», позволившего провести мониторинг показателей физического и психического здоровья, отражающих уровень и характер повседневной ролевой активности в зависимости от выраженности интенсивности болевого синдрома.

Результаты сравнительного анализа критериев качества жизни в раннем и отдалённом послеоперационном периоде объективно отражают картину общего состояния здоровья, позволяет прогнозировать эффективность проводимого лечения, определять жизнеспособность пациента, полноту сил и его желание жить, либо выявить их снижение в максимально ранние сроки.

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработан анатомо-топографически обоснованный заднебоковой оперативный доступ к шее, позволяющий сохранить максимальную целостность анатомических структур на этапе диссекции, и восстановить их функциональную активность в раннем послеоперационном периоде.

Предложенный оперативный доступ позволяет оптимизировать протокол оперативного лечения, снизить уровень хирургической агрессии, сократить сроки реабилитации, повысить показатели физического и психологического здоровья пациентов, что оказывает положительный эффект на уровень качества жизни.

По результатам сравнительного анализа экспериментальных данных полученных на трупном материале, обоснована эффективность заднебокового оперативного доступа к шее, как наиболее щадящего метода диссекции тканей.

Установлена высокая корреляционная зависимость показателей качества жизни от уровня хирургической агрессии. По результатам мониторинга показателей физического и психического здоровья пациентов выявлена высокая информативность опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey».

Установлено, что уровень повседневной ролевой активности характеризуется прямой и высокой зависимостью от выраженности и интенсивности болевого синдрома в проекции оперативного вмешательства. Установленная зависимость использована как метод дифференциальной диагностики уровня хирургической агрессии различных оперативных доступов.

В результате клинической и экспериментальной части исследования установлено, что разработанный заднебоковой оперативный доступ к шее основан на хирургической целесообразности и физиологической дозволенности, характеризуется наименьшей агрессией с наибольшим щадящим эффектом для тканей и органов.

Полученные клиничко-лабораторные и анкетные данные являются квинтэссенцией проведённого исследования, позволивших обосновать необходимость клинического использования оперативного доступа, а так же повысить прогностическую эффективность результатов хирургического лечения и возможных осложнений, что подтверждено положительной динамикой показателей качества жизни пациентов на этапе реабилитации.

Методология и методы исследования

Исследовательская работа проведена с использованием общего интегративного подхода к патологическому процессу в организме пациента, как к многоуровневой биологической системе, что позволило психическое и физическое здоровье объединить в единое, целостное смысловое пространство, и вычленить из него структуры повреждённые недугом в отдельный субъект исследования. Мультидисциплинарный взгляд, опирающийся на современные диагностические исследования, позволил рационально планировать и прогнозировать результаты хирургических методов лечения. Дизайн исследования построен по принципу многоуровневого анализа ретроспективных клинических материалов, данных современных визуальных методов диагностики, результатов экспериментальной части исследования полученных на трупном материале, путём формирования и сравнения основных и контрольных групп пациентов с хирургической патологией краниовертебрального сочленения. Выбранные модели исследования соответствуют всем необходимым требованиям научно-исследовательских работ, в то же время не лишены ингерентности, рациональности, простоты. Обработка собранных материалов и результатов проведена методом струк-

туризации полученных данных в соответствии с принципами дизайна исследования, предложенного автором.

Использованы экспериментальные методы описательной и топографической анатомии: препаровка, метод изучения топографической анатомии с использованием оптического оборудования, методы регистрации с использованием фото и видео фиксации, рентгенологические (МС КТ, МРТ, эндоваскулярная ангиография, интраоперационная навигация), шкала показателей качества жизни, клинические, лабораторные, статистические методы исследования.

Основные научные положения диссертации, выносимые на защиту

1. В результате ретроспективного анализа и статистических данных работы ГБУЗ СК СККБ установлено, что частота встречаемости хирургической патологии шеи остаётся на высоком уровне.

2. Не своевременное, не квалифицированное выполнение дифференциальных диагностических тестов, способствует необоснованному назначению симптоматической консервативной терапии, у пациентов с патологией краниовертебрального сочленения, что искажает клиническую картину и нивелирует показания для своевременного проведения хирургического лечения.

3. Хирургическое лечение с использованием традиционных оперативных доступов, проводимое на фоне стёртой клинической картины, сопровождается дополнительным расширением объёма в ходе оперативного вмешательства и провоцирует рост хирургической агрессии, снижающей показатели качества жизни, что определяет необходимость разработки хирургических методик направленных на предотвращение указанных следствий.

4. Теоретическое обоснование и анатомо-топографическая предклиническая апробация разработанного оперативного доступа на трупном материале позволила определить его этапность, прогнозировать возможные риски и осложнения, минимизировать уровень хирургической агрессии.

5. Предклиническая апробация оперативного доступа на трупном материале способствовала оптимизации хирургических манипуляций в клинической практике, значительно сократив длительность оперативного вмешательства, снизив уровень хирургической агрессии, оптимизировав сроки реабилитационного периода, показатели качества жизни.

6. У 78% пациентов основной группы зарегистрирована положительная динамика психологических критериев качества жизни в раннем послеоперационном периоде и на протяжении трёхлетних наблюдений. Физические критерии качества жизни в основной группе выше на 35%, чем в контрольной, что стало возможным за счёт раннего восстановления функциональной активности анатомических структур шеи.

7. Использование заднебокового шейного доступа позволяет оптимизировать эффективность оперативного лечения, сократить сроки реабилитационного периода, повысить уровень качества жизни пациентов, минимизировать материальные затраты ЛПУ и социальные ресурсы здравоохранения.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность проведенного исследования определяется формированием достаточного количества клинических ($n=38$) и экспериментальных ($n = 50/100$) наблюдений, наличием групп сравнения, использованием современных методов функциональной, визуальной (МС КТ, МРТ, эндоваскулярная ангиография, интраоперационная нави-

гация) диагностики, методов описательной и топографической анатомии: препаровки и изучения топографической анатомии с использованием оптического оборудования, и регистрации с использованием фото и видео фиксации, шкалы показателей качества жизни обработкой полученных результатов современными методами статистического анализа.

Научное исследование проведено в ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по осуществлению научных исследований и разработок, с соответствии с планами работы кафедр топографической анатомии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на научных форумах: VII Всероссийском научном форуме с международным участием «Морфология 2013» (г. Москва, 2013), XV итоговой (межрегиональной) научной конференции студентов и молодых ученых (Ставрополь, 2014); Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвящённая 50-летию стоматологического факультета Дагестанской государственной медицинской академии (Махачкала 3-4.05.2015), III открытого всероссийского стоматологического форума на научно-практической конференции «Актуальные вопросы адаптации и реабилитации стоматологических пациентов» (8-9 октября 2015 г., Волгоград), VI Открытой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Москва, 22-25.11.2015), Неделя паллиативной медицины (апрель 2016 г., Ставрополь), IV Открытой межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (март 2016 г., Ставрополь), Всероссийском научном форуме с международным участием «Общественное здоровье» (май 2016 г., Черкесск), Всероссийском научном форуме с международным участием «Стоматология 2016» (сентябрь 2016 г., Москва), Всероссийской ежегодной нейрохирургической конференции «Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 19-21.04.2017), VI Международной научной конференции «Новые оперативные технологии» (Томск, 28.09-01.10.2017), 53-Всероссийской стоматологической научно-практической конференции «Актуальные аспекты современной стоматологии и имплантологии» (Пятигорск, 5-6.11.2017).

Апробация диссертации проведена на объединенном заседании сотрудников кафедры оперативной и топографической анатомии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России.

По теме диссертации опубликованы 10 печатных работ, из них 4 – в изданиях, включенных в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук, получен патент РФ на изобретение № 2599688 от 19 сентября 2016 года.

Реализация результатов исследования. Результаты исследовательской работы используются в лечебно-диагностической практике нейрохирургического отделения с койками челюстно-лицевого профиля ГБУЗ СК СККБ, ГБУЗ Астраханской области «Областной онкологический диспансер», многопрофильный лечебный центр ООО НПО «АПОЛОНИЯ», нейро-реабилитационный центр «ОПОРА». Материалы диссертационной работы используются при проведении практических и семинарских

занятий с врачами факультета последипломного образования ГБУЗ МЗ «СтГМУ», в повседневной работе кафедр челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии с курсом неврологии, онкологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (далее - СтГМУ), а так же в работе кафедр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ и ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 146 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, списка литературы и приложений, содержит 31 таблиц, иллюстрирована 24 рисунками и фотографиями. Указатель литературы содержит 212 источников, из них 146 отечественных и 62 зарубежных источника. Диссертационное исследование выполнено в Ставропольском государственном медицинском университете на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в рамках отраслевой научно-исследовательской программы №22 «Стоматология» и кафедре оперативной и топографической анатомии СтГМУ в рамках НИОКР «Опытно-конструкторские, экспериментальные разработки методов диагностики и лечения патологических состояний краниофациальной локализации», номер государственной регистрации: АААА-А16-116031110115.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы экспериментальной части исследования. Экспериментальный раздел данного диссертационного исследования соответствует поставленной задаче направленной на разработку оперативного доступа, которая определена в результате сравнительного анализа клинической эффективности существующих оперативных доступов к патологическим процессам, локализующимся в шее. Обоснованность выполнения экспериментального раздела исследования на трупном материале продиктована необходимостью изучения анатомо-топографических особенностей строения и взаимного расположения анатомических структур шеи у пациентов с различными конституциональными, возрастными особенностями, что практически невозможно смоделировать в условиях операционной, и при наличии результатов современных визуальных методов диагностики.

Экспериментальное моделирование заднебокового шейного доступа на трупном материале. В качестве экспериментальной модели выбраны мужские и женские трупы в возрасте от 40 до 60 лет с общесоматическими заболеваниями в анамнезе, что обусловлено рядом причин: широкий диапазон выбора биологических объектов соответствующих дизайну исследования, наличие достаточного объёма медицинской документации с анамнезом заболевания и жизни, возможность соблюдения этической, и моральной стороны исследования, высокая информативность полученных результатов, возможность моделирования различных клинических ситуаций, и поиск способов их решения.

В отделе экспертизы трупов с гистологическим отделением в ГБУЗ СК Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы проведено экспериментальное препарирование 50 трупов, 25 мужских и 25 женских. Проведён сравнительный анализ особенностей различных оперативных доступов к тканям и органам шеи, полученные результаты позволили детально отработать особенности заднебокового шейного доступа. На каждом трупе проведён сравнительный анализ хирургического доступа с левой и правой сторон, в результате получено 100 препаратов. В ходе исследовательской ра-

боты выполнено теоретическое обоснование и детально разработан заднебоковой шейный оперативный доступ, позволяющий минимизировать хирургическую травму, сохранить целостность большинства анатомических структур сочленяющих основания черепа и шеи. Теоретически обоснованный заднебоковой шейный доступ в ходе экспериментального исследования, позволил прогнозировать возможные нарушения функциональной активности органов шеи, развивающиеся вследствие дефицита тканей после их резекции, а так же вследствие не рационального их перераспределения в стандартных хирургических доступах.

Экспериментальную часть исследования на трупном материале проводили с соблюдением этических и моральных норм, без нарушения эстетических характеристик умерших с тщательным камуфляжем и документальным оформлением всех манипуляций, не включённых в стандартную процедуру вскрытия трупов.

Материал и методы клинической части исследования. В соответствии с поставленными задачами выполнено комплексное клиническое обследование и систематическое наблюдение за физическими и психологическими показателями здоровья у 38 пациентов, в возрасте от 48 до 64 лет, составивших основную и контрольную группы. В обеих клинических группах проинтервьюировано 38 пациентов, что соответствовало необходимому числу респондентов, рекомендованному ВОЗ (2008) для эпидемиологических исследований подобного рода.

Клинические и лабораторные показатели, а так же критерии уровня качества жизни определены у 38 пациентов, 12 основной и 26 пациентов контрольных групп находившихся под наблюдением в период от 1 года до 5 лет.

В соответствие с дизайном исследования в контрольной группе проведено оперативное лечение патологии шеи с использованием ранее предложенных и широко используемых хирургических доступов, в основной группе методом заднебокового шейного оперативного доступа.

В ходе исследования выполнены визуальные методы диагностики, так же использована интраоперационная навигационная станции Steflth Station TREON Plus (ф. Medtronic) определяли функциональные показатели и структурную целостность периферической иннервации. Полученные данные обрабатывались с использованием программ компьютерного моделирования и виртуального прототипирования, что способствовало выбору оперативного доступа.

В клинической практике ряда заболеваний установлено, что весьма информативными методами определяющими эффективность хирургического лечения, особенно в тех случаях, когда клинико-лабораторные методы диагностики не имеют репрезентативных показателей, являются данные функциональной активности повреждённых анатомических структур вследствие выраженной хирургической агрессии. Результаты социологических исследований имеют достаточно логично выстроенные причинно-следственные связи определяющих интегральные характеристики различных психо-эмоциональных состояний человека, обусловленных физическими возможностями повреждённых анатомических структур организма. Учитывая медико-социальное значение последствий хирургической травмы, данное направление исследовательской работы является приоритетной задачей для изучения.

Материал и методы определения уровня социальной адаптации пациентов на этапах исследования проводили по средствам русифицированной версии опросника «The MOS 36-item Short-From Hervey».

Физическую активность пациента определяли по шкале физического функционирования (PF - Physical Functioning), от минимальных нагрузок в объёме самообслуживания до значительных по методу шести минутной ходьбы предложенной Боргом (ШМХ). Показатели физического здоровья пациента определяли по его толерантности к физическим нагрузкам, что позволило сформировать представление о общем здоровье и жизнеспособности пациента на всех этапах исследования.

В опроснике среди лиц старшей возрастной группы, наибольшую информативность представляет шкала ролевой физической активности (RP-Role-Physical), которая позволяет определить способность пациента выполнять наиболее характерные, типичные функции для данной возрастной категории пациентов.

Наибольший интерес для практического врача, а так же родственников, непосредственно ухаживающих за пациентом в раннем послеоперационном периоде, представляла шкала боли (BP-Bodily-Pain). При оценке показателей данной шкалы во внимание принимались следующие характеристики: локализация, интенсивность, выраженность, длительность боли и т.д., так как данный показатель определяет качественный показатель уровня жизни.

В связи с тем, что болевой синдром тесно связан с когнитивными нарушениями, в ходе исследования с использованием оценочной шкалы психического статуса (MMSE) проведена их оценка.

С учётом особенности, характерной только для человека - развиваться в течение всей жизни, в проведённом исследовании важное место заняла шкала социального функционирования (SF-Social-Functioning). Критерий оценки прямой, который интерпретировался, как желание пациента общаться и чем оно выше, в том числе и со здоровыми людьми, несмотря на тяжёлый недуг, тем выше показатель физических, психологических и иных ресурсов организма, тем оптимистичнее прогнозы пациента. Данная шкала тесно связана с показателями шкалы психологического здоровья (МН Mental Health), которая отражает неврологическую составляющую, склонность к депрессиям или же позитивным, умиротворяющим показателям. Оценочные критерии так же прямые, чем выше эмоциональная составляющая, тем эффективнее и перспективнее проводимое лечение.

На основании задач исследования и необходимости расширенного понимания психоэмоционального функционирования пациентов был проведён анализ личностного реагирования больными на заболевание по методике предложенной Н.В. Финангеновой основанного на личностных чертах пациента и описанных датским психотерапевтом Йорне Бекманом, как определяющих развитие заболевания. С учётом личностного восприятия заболевания им были выделены четыре группы пациентов: группу адекватного (рационального) реагирования; тревожно-активную группу; тревожно-пассивную группу; пассивно-пессимистическую группу. По мнению Й. Бекмана наличие у пациента одной из указанных черт снижает защитные свойства организма и способствует развитию болезни, а наличие нескольких негативных черт обрекает его на неминуемую гибель. Оценочный критерий обратный, проводился с мониторингом шкалы ролевого эмоционального функционирования (RE-Role-Emotional).

Материал и методы статистической обработки данных. Статистическая обработка полученных результатов исследования производилась на персональном компьютере Intel Core i7-2600 CPU с использованием пакета статистических про-

грамм «Microsoft Office Excel 2010» и «Statistica 7.0» (Stat Soft, USA) с последующим анализом полученных данных, включающим в себя параметрические и непараметрические методы одномерной и многомерной статистики. Чтобы исключить ошибки при формировании базы данных, использовался двойной, последовательный ввод информации.

Характер распределения значений количественных признаков оценивался с помощью критерия Шапиро-Уилка. При нормальном распределении признака анализ проводился методами параметрической статистики: вычислялись среднее арифметическое значение (M), стандартная ошибка среднего значения (m), стандартное отклонение (s), результаты представлялись в виде ($M \pm m$) и $M (s)$. Вычисляли 95% доверительный интервал. Анализ корреляционных связей изученных параметров определяли по Спирмену с оценкой статистической значимости каждой корреляционной связи, анализ взаимосвязи параметров – кластерным анализом с использованием критерия Пирсона.

При сравнении средних показателей между различными группами использовали критерий Стьюдента. Оценку уровней значимых ($p < 0,05$) и достоверных ($p < 0,001$) межгрупповых различий по количественным (метрическим) и порядковым (балльным или полуметрическим) признакам производили с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Фишера, по качественным признакам – методом χ^2 -квадрат 2×2 . За уровень статистической значимости различий показателей принималась величина $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результаты клинической части исследования. Задачами настоящего исследования являлось определение клинической эффективности традиционных хирургических доступов в сравнении с данными полученными при использовании разработанного заднебокового шейного оперативного доступа. Научно-исследовательская часть так же имела цель определения уровня функциональных нарушений физического и психического здоровья на различных стадиях заболевания и этапах реабилитации с учётом уровня хирургической агрессии.

Объективность полученной информации оценивали по данным клинико-лабораторных, рентгенологических исследований, физических и психологических критериев качества жизни на различных этапах подготовительного и реабилитационного периода.

Разработанный заднебоковой шейный оперативный доступ характеризуется клиническими признаками оптимизации реабилитационного периода за счёт раннего восстановления посттравматических функциональных нарушений. Данное заключение подтверждается полученными показателями качества жизни в процессе исследований физических и психологических критериев.

Физические показатели качества жизни, как один из основных объективных оценочных критериев эффективности предложенного хирургического доступа, свидетельствовали о положительной динамике показателей в основной группе, в отличие от группы сравнения, где показатели физического здоровья по тесту шестиминутной ходьбы начинали приближаться к норме не раньше чем через 12 месяцев наблюдений.

Эффективность заднебокового оперативного доступа доказана с помощью общепринятых клинических исследований, а так же по совокупности данных показате-

лей физического здоровья, и психического благополучия после проведённого хирургического лечения. Сравнительный анализ использования различных оперативных доступов при лечении патологических процессов органов и тканей шеи продемонстрировал преимущества разработанного доступа, характеризующегося минимальным уровнем хирургической агрессии, обладающего восстановительными свойствами функциональной активности и глубокой биологической универсальностью характеризующейся восстановлением практически всех уровней периферической нервной системы, эндокринных и гуморальных факторов. Наличие универсальных свойств заднебокового оперативного доступа при использовании известного и общедоступного хирургического инструментария позволяет достигнуть высокой эффективности лечения патологических процессов шеи с максимально ранним и достаточно полным восстановлением функциональной активности органов и тканей шеи и верхнего плечевого пояса.

Уровень физического функционирования, у пациентов, вошедших в группы исследования перед хирургической манипуляцией, определяли по тесту шести минутной ходьбы (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели физического здоровья по тесту ШМХ (по степени одышки)

Класс Степень одышки	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	cTNM	pTNM	cTNM	pTNM	cTNM	pTNM	cTNM	pTNM
Отсут/очень, очень слабая	4	-	2	-	-	-	-	-
Слабая	3	-	-	-	-	-	-	-
Умеренная	2	-	-	4	-	-	-	-
Более тяжёлая	1	-	-	-	-	4	-	-
Тяжёлая	-	-	-	2	-	3	-	2
Очень тяжёлая	-	-	-	-	-	1	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	4	-	2	-	2
Максимальная	-	-	-	1	-	1	-	-

По результатам теста ШМХ установлено, что у 84,6% (22) пациентов контрольной группы на момент обращения в стационар критерии физического здоровья имели низкие показателями вне зависимости от возраста и пола респондентов. С учётом степени одышки пациенты pTNM-контрольной группы разделились следующим образом: во втором классе по 15,4% пациентов имели умеренную и очень, очень тяжёлую степени одышки; у 7,7% пациентов степень одышки характеризовалась как тяжёлая, у 3,56% пациентов имела максимальную степень одышки; в третьем классе 15,4% пациентов имели более тяжёлую форму одышки, по 7,7% пациентов имели очень тяжёлую и максимальную степень одышки, 6,9% пациентов имели очень, очень тяжёлую степень одышки, у 9,4% пациентов степень одышки характеризовалась как тяжёлая; в четвертом классе степень одышки отмечена тяжёлая форма у 6,9% пациентов, аналогичный показатель имела группа с очень, очень тяжёлой степенью одышки. В анамнезе 58% пациентов контрольной группы установлено наличие ранее проведённого оперативного лечения одним из традиционных доступов, описанных в главе «Материалы и методы».

В основной группе по степени одышки после проведения теста ШМХ пациенты распределились следующим образом: 83,3% пациентов за указанное время преодолели от 426 до 550 метров, что соответствовало первому классу и характеризуется высокими критериями физического здоровья; 6,9% пациентов основной группы преодолели расстояние от 300 до 425 метров за отпущенное время и имели очень, очень

слабую степень одышки, что так же характеризуется высокими критериями физического здоровья.

На этапе предоперационного обследования установлено, что при наличии заболевания организм оказывается в неблагоприятных условиях существования, при этом фиксируются нарушения мышечной функциональной активности и прогрессируют явления гипокинезии. При этом реологические показатели эндоваскулярной ангиографии характеризуются локальным снижением кровотока и снижением мышечной силы. Формирующийся порочный круг провоцирует явления гиподинамии, что обусловлено болью, приводит к снижению показателей ролевого функционирования (таблица 2).

Таблица 2 - Показатели качества жизни у пациентов в группах сравнения на момент обращения в стационар представлены в баллах

Критерии КЖ	ФФ	РФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Клинические группы								
Основная группа	58	57	52	45	49	56	55	51
Группа сравнения	37	35	31	43	41	40	42	39

Показатели физического здоровья, являются наиболее информативными, в связи, с чем определение показателя ролевого функционирования (РФ) является неотъемлемой частью настоящего исследования. На этапе предоперационной подготовки у абсолютного большинства пациентов контрольной группы показатель РФ характеризовался низким уровнем, и объём выполняемых физических нагрузок не соответствовал биологическому возрасту пациентов. Снижение уровня РФ у 38% пациентов обусловлено выявленными негативными психоэмоциональными реакциями, развившимися на фоне полученных отрицательных результатов после проведенного ранее лечения. У 62% пациентов выраженные психоэмоциональные реакции характеризовались периодическими приступами возбуждения, апатии и коррелировали с приступами боли, сопровождавшейся когнитивными нарушениями. Очевидно, что в контрольной группе отрицательная динамика физического здоровья обусловлена как индивидуальными психологическими особенностями восприятия заболевания пациентом, и негативными результатами ранее выполненного хирургического лечения выполненного без учёта локализации патологического образования в краниовертебральном сочленении и его взаимоотношений с анатомическими структурами и сформировавшимся топографическим дисбалансом.

Установлено, что в контрольной группе 15 (57,65%) пациентов имели умеренную, тяжёлую и более тяжёлую степени одышки с незначительным когнитивным дефицитом (II и III классы). Основное проявление когнитивного дефицита выражалось в отсутствии сконцентрированного внимания респондентов при ответе на вопросы. Снижение концентрации внимания коррелировало с локальными реологическими показателями, сниженной функциональной активностью мышц верхнего плечевого пояса и шеи на фоне проведенного агрессивного хирургического лечения и выраженной топографической деформацией.

У 11 (42,35%) пациентов II, III, IV классов контрольной группы отмечены значительные сложности при выполнении письменных команд и команд, сопровождающихся физическими усилиями, когда пациенту предлагалось взять правой рукой лист бумаги и свернуть его вдвое. Последнее испытание не смогли выполнить 2 пациента, которым было выполнено оперативное лечение с двусторонним хирургическим доступом по методу Крайла. В результате анализа суммарных показателей когнитивных нарушений установлено:

- в основной группе пациентов с когнитивными нарушениями нет;
- 15,3% пациентов контрольной группы набрали от 24 до 27 баллов, что соответствует предметным когнитивным нарушениям;
- 42,3% пациентов контрольной группы набрали от 20 до 23 баллов, что характерно для деменции лёгкой степени выраженности;
- 34,6% пациентов контрольной группы имели нарушения, характерные для деменции умеренной степени выраженности;
- 7,6% пациентов контрольной группы по результатам проведённого исследования набрали от 0 до 10 баллов, что соответствует клинической картине тяжёлой формы деменции и укладывается в общепринятую краткую оценочную шкалу нейропсихического статуса деменции (MMSE).

С целью объективизации результатов психологического анализа, в соответствии с рекомендациями, предложенными Н.В. Финогеновой, всех пациентов с учётом данных личностного восприятия заболевания и по степени выраженности когнитивных нарушений распределили на группы (таблица 3).

Таблица 3 - Критерии качества жизни, с учётом личностного восприятия заболевания и выявленных когнитивных нарушений

Критерии КЖ	ФФ	РФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Личностное восприятие заболевания								
Адекватного реагирования	55	50	48	41	42	49	48	45
Тревожно-активная	51	47	46	37	40	47	46	43
Тревожно-пассивная	42	35	31	33	31	30	32	37
Пассивно-пессимистическая	31	29	27	29	27	27	28	30

Группу адекватного (рационального) реагирования (31,4%) составили пациентами, не имевшими ранее опыта лечения, и характеризовалась отсутствием когнитивных нарушений.

Тревожно-активную группу составили 39,4% пациентов, ранее прошедших курс комбинированного лечения без отрицательной динамики с незначительными предметными когнитивными нарушениями.

Тревожно-пассивную группу составили 23,6% пациентов, ранее находившихся длительное время на лечении у нескольких специалистов и не получивших удовлетворительного результата, имели клиническую картину деменции лёгкой и умеренной степени выраженности.

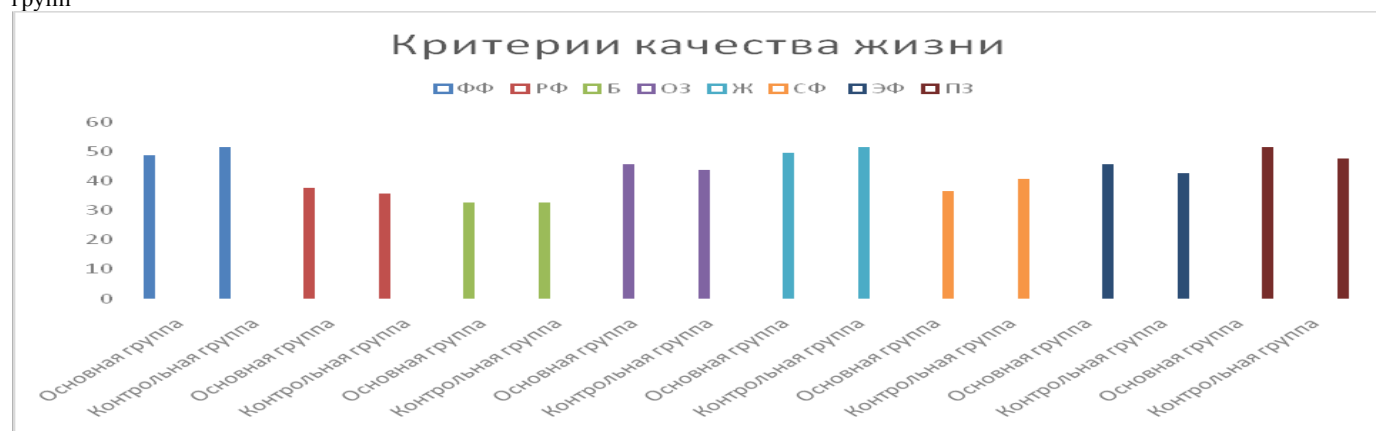
Пассивно-пессимистическую группу представляли 5,1% пациентов с клинической картиной тяжёлой формы деменции в запущенной стадии заболевания, прошедших неоднократные курсы комбинированного лечения в различных лечебных учреждениях без удовлетворительного результата.

Объективная оценка клинических показателей, необходимых для планирования реабилитационных мероприятий, проводилась с учётом личностных черт пациента определявшихся по методики Й. Бекмана.

По результатам проведённого анкетирования на этапе предоперационного обследования установлено, что приступы болевого синдрома были связаны с прогрессированием следующих личностных черт: негативное отношения к себе и окружающим людям отмечено у 89% пациентов; упрямство и отсутствие гибкости было характерно для 35% пациентов; разочарование и подозрительность выявлены у 54% пациентов; злопамятность и неспособность прощать обиды открыто высказывали 24% пациентов; чувство вины и постоянное самобичевание было характерно для 60% пациентов; ранимость и обидчивость встречались у 38% пациентов; озабоченность и

неуверенность в завтрашнем дне тревожила 98% пациентов; ослабленный контроль над собственными чувствами отмечен у 36%; нестабильность, агрессивность, возбудимость и нервозность выявлены у 78%; привычка к нерациональному питанию установлена у 24% пациентов.

Рисунок 1 – Сравнительный анализ показателей качества жизни клинической (основной) и патоморфологической (контрольной) групп



Среднеарифметические данные физических и психических показателей качества жизни на этапе предоперационного обследования в обеих группах представлены на диаграмме (рис. 1). ФФ - физическое функционирование характеризовалось средним показателем в 47,5 балла, РФ - ролевое функционирование в 46 баллов, Б - боль в 41,5 балл, ОЗ - общее здоровье в 44 балла, Ж – жизнеспособность - 45 баллов, СФ - социальное функционирование – 48 баллов, ЭФ - эмоциональное функционирование 48,5 баллов, ПЗ - психологическое здоровье 45 баллов.

Полученные результаты физического и психического здоровья на этапе обращения в стационар были взяты за основу и проанализированы в динамике. Полученные показатели качества жизни на 21 сутки в исследуемых группах после оперативного лечения представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Критерии качества жизни на 21 сутки после операции в группах сравнения

Критерии КЖ	ФФ	РФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Доброкачественные объёмные образования	57	68	74	77	69	75	68	71
Основная группа	48	49	45	39	40	48	45	43
Контрольная группа	28	27	27	29	34	34	36	31

По результатам теста ШМХ, проведённого через 21 сутки после операции, с учётом степени одышки, пациенты контрольной группы имели следующее распределение таблица 5.

Таблица 5 – Распределение пациентов по результатам теста ШМХ на 21 сутки после оперативного лечения в основной-сTNM и контрольной-рTNM группах

Класс	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	сTNM	рTNM	сTNM	рTNM	сTNM	рTNM	сTNM	рTNM
Отсут-вует/очень, очень слабая	-	-	3	-	3	-	-	-
Слабая	-	-	1	-	2	-	-	-
Умеренная	-	-	1	-	1	3	-	1
Более тяжёлая	-	-	-	-	1	2	-	2
Тяжёлая	-	-	-	-	-	3	-	2
Очень тяжёлая	-	-	-	2	-	-	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	2	-	1	-	-
Максимальная	-	-	-	3	-	3	-	2

- во втором классе у 7,7% пациентов степень одышки была оценена как очень тяжёлая, у 11,53% пациентов одышка имела максимальную степень и у 7,7% пациентов степень одышки была оценена как очень, очень тяжёлая.

В ходе сравнительного анализа с данными, полученными на до госпитальном этапе, установлено, что произошло снижение числа пациентов во втором классе с 42,3 % до 34,6 %. Однако, в данном классе стали преобладать пациенты с более тяжёлыми формами одышки.

- в третьем классе умеренную, тяжёлую и максимально тяжёлую формы одышки отметили у 11,53 % пациентов, 7,7% пациентов имели более тяжёлую степень одышки, у 3,8 % пациентов выявлена очень, очень тяжёлая степень одышки. В целом, в данном классе общее число пациентов имело тенденцию к уменьшению с 50 % до 46,1 %, но при этом отмечен рост числа пациентов с более тяжёлыми формами одышки.

- в четвертом классе отмечен как общий рост числа пациентов с 15,3 % до 26,9 % пациентов, так и увеличение числа пациентов с тяжёлыми формами одышки. У 3,8 % - умеренная, по 7,6 % пациентов имели тяжёлую и более тяжёлую степень одышки, и у 7,6 % пациентов отмечена максимально тяжёлая степень одышки.

В основной группе по степени одышки пациенты распределились следующим образом:

Таблица – 6 Сравнительный анализ показателей физического здоровья по тесту ШМХ в основной - c_{TNM} и контрольной - p_{TNM} группах до оперативного лечения и на 21 сутки после оперативного лечения

Класс Степень одышки	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	c_{TNM}	p_{TNM}	c_{TNM}	p_{TNM}	c_{TNM}	p_{TNM}	c_{TNM}	p_{TNM}
Отсут-т/очень, очень слабая	(4)	-	(2) 3	-	3	-	-	-
Слабая	(3)	-	1	-	2	-	-	-
Умеренная	(2)	-	1	(4) -	1	3	-	1
Более тяжёлая	(1)	-	-	-	1	(4) 2	-	2
Тяжёлая	-	-	-	(2) -	-	(3) 3	-	(2) 2
Очень тяжёлая	-	-	-	2	-	(1) -	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	(4) 2	-	(2) 1	-	(2) -
Максимальная	-	-	-	(1) 3	-	(1) 3	-	2

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

- 11,53% пациентов за указанное время преодолели от 300 до 425 метров с очень слабой, практически отсутствующей одышкой, что характеризуется высокими критериями физического здоровья. Кроме того, у 3,8 % пациентов выявлена слабая и у 3,8 % пациентов умеренная степень одышки, что также соответствует высоким показателям физического здоровья. Общее число пациентов в данном классе возросло с 7,69 % до 15,38 %, что характерно для общей тенденции во всех группах пациентов, и, прежде всего, обусловлено тяжестью патологии, её локализацией и объёмом оперативного лечения.

- 26,9% пациентов основной (c_{TNM} -клинической) группы преодолели расстояние от 150 до 300 метров за отпущенное время, из них 11,5 % пациентов имели очень, очень слабую степень одышки, 7,69 % имели слабую, 3,8 % умеренную, 3,8 % тяжёлую степени одышки. Полученные результаты характеризуются общим ростом числа пациентов данного класса с 0% до 26,9 %.

Сравнительный анализ физического здоровья в группах сравнения по данным теста ШМХ к 21 суткам после проведённого хирургического лечения характеризовался снижением данного показателя и нашёл отражение в таблице 6.

В первый класс основной группы на этапе предоперационного тестирования вошло 83 % пациентов, во второй класс 6,9% пациентов, после проведенного лечения в первый класс не вошёл ни один пациент, во втором классе отмечен рост числа пациентов с 2 до 5, в третьем классе к 21 суткам после операции выявлено 7 пациентов, чего не было отмечено на первом этапе обследования. Во втором классе контрольной группы отмечено снижение числа пациентов с 11 до 7, в третьем классе с 11 до 12, в четвёртом классе с 4 до 7.

В обеих группах очевидно увеличение числа пациентов со сниженными показателями физического здоровья, что объяснимо с точки зрения локализации патологического процесса и объёма травматических повреждений, обусловленных уровнем хирургической агрессии.

Результаты показателей физического здоровья через 3 месяца, после проведенного хирургического лечения представлены в таблице № 7.

Таблица – 7 Сравнительный анализ показателей физического здоровья по тесту ШМХ в основной (сТНМ) и контрольной (рТНМ) группах до оперативного лечения и через 3 месяца после оперативного лечения

Класс Степень одышки	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ
Отсут-т/очень, очень слабая	(4)1	-	(2) 4	-	1	-	-	-
Слабая	(3)1	-	2	-	-	-	-	-
Умеренная	(2)1	-	1	(4) -	-	3	-	1
Более тяжёлая	(1)1	-	-	1	-	(4) 1	-	2
Тяжёлая	-	-	-	(2) 1	-	(3) 2	-	(2) 2
Очень тяжёлая	-	-	-	2	-	(1) -	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	(4) 2	-	(2) 1	-	(2) -
Максимальная	-	-	-	(1) 3	-	(1) 3	-	2

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

В первый класс основной группы через 3 месяца после проведенного лечения вошли 4 пациента (33,3%), во втором классе отмечен рост числа пациентов до 7, в третьем классе выявлен 1 пациент.

Пациенты 3 и 4 класса контрольной группы характеризовались низкими показателями физического здоровья и нуждались в постоянной помощи посторонних. Показатели физического здоровья через 6 месяцев представлены в таблице № 8. В контрольной группе установлены следующие результаты: в первом классе без динамики, во втором классе отмечен рост числа пациентов до 12 за счет снижения числа пациентов третьего класса. Однако во втором классе отмечен рост числа пациентов с тяжёлой и более тяжёлой степенями одышки. В четвёртом классе отмечен двукратный рост числа пациентов в сравнении с результатами, полученными на этапе госпитализации.

Первый класс клинической группы после проведенного лечения через 6 месяца представлен 9 пациентами (72%), во втором классе число пациентов сократилось до 2, в третьем классе выявлен 1 пациент. В целом в клинической группе отмечена положительная динамика.

Таблица – 8 Сравнительный анализ показателей физического здоровья по тесту ШМХ в основной (сТНМ) и контрольной (рТНМ) группах до оперативного лечения и через 6 месяцев после оперативного лечения.

Класс Степень одышки	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ
Отсут-т/очень, очень слабая	(4)3	-	(2) 1	-	1	-	-	-

Слабая	(3)2	-	1	-	-	-	-	-
Умеренная	(2)2	-	-	(4) 2	-	1	-	1
Более тяжёлая	(1)2	-	-	1	-	(4) 1	-	2
Тяжёлая	-	-	-	(2) 2	-	(3) 1	-	(2) 2
Очень тяжёлая	-	-	-	2	-	(1) -	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	(4) 2	-	(2) 1	-	(2) -
Максимальная	-	-	-	(1) 3	-	(1) 3	-	2

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

Результаты теста шестиминутной ходьбы, полученного через 12 месяцев, представлены в таблице № 9.

Таблица – 9 Сравнительный анализ показателей физического здоровья по тесту ШМХ в основной (сТНМ) и контрольной (рТНМ) группах до оперативного лечения и через 12 месяцев после оперативного лечения

Класс Степень одышки	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ
Отсут-ет/очень, очень слабая	(4)4	-	(2) 1	-	1	-	-	-
Слабая	(3)1	-	1	-	-	-	-	-
Умеренная	(2)3	-	-	(4) 2	-	1	-	1
Более тяжёлая	(1)1	-	-	1	-	(4) 2	-	1
Тяжёлая	-	-	-	(2) 2	-	(3) 2	-	(2) 1
Очень тяжёлая	-	-	-	2	-	(1) -	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	(4) 2	-	(2) 1	-	(2) -
Максимальная	-	-	-	(1) 3	-	(1) 3	-	2

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

В первом классе основной группы через 12 месяца отмечены качественные улучшения физических показателей здоровья за счет снижения числа пациентов с тяжёлыми формами одышки и ростом числа пациентов с менее выраженной одышкой, во втором и третьем классах без динамики. Физические показатели в первом и втором классе контрольной группы без динамики. В третьем классе отмечен рост до 9 пациентов за счет снижения числа пациентов четвёртого класса с умеренной и тяжёлой степенями одышки. Отмеченная динамика восстановления функциональных показателей физического и психического здоровья в группах сравнения в течение первого года после проведённого хирургического лечения, не имела значимых отклонений на протяжении двух последующих лет наблюдения за пациентами. В первом классе основной группы через 24 и 36 месяцев после проведённого хирургического лечения значимых изменений количественных показателей не выявлено. Отмечены качественные улучшения физических показателей здоровья за счет снижения числа пациентов с тяжёлыми формами одышки и ростом числа пациентов с менее выраженными клиническими проявлениями данного симптома, что коррелировало с положительной динамикой показателей психического здоровья пациентов. Результаты, через 24 и 36 месяцев, представлены в таблице № 10.

Таблица – 10 Сравнительный анализ показателей физического здоровья по тесту ШМХ в основной (сТНМ) и контрольной (рТНМ) группах до оперативного лечения и через 24 и 36 месяцев

Класс Степень одышки	I класс 426 до 550 метров		II класс 300 до 425 метров		III класс 150 до 300 метров		IV класс менее 150 метров	
	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ	сТНМ	рТНМ
Отсут-т/очень, очень слабая	(4)5	-	(2) 1	-	-	-	-	-
Слабая	(3)2	-	1	-	-	-	-	-
Умеренная	(2)2	-	-	(4) 2	-	1	-	1
Более тяжёлая	(1)1	-	-	1	-	(4) 3	-	1
Тяжёлая	-	-	-	(2) 2	-	(3) 1	-	(2) 1
Очень тяжёлая	-	-	-	2	-	(1) -	-	-
Очень, очень тяжёлая	-	-	-	(4) 2	-	(2) 2	-	(2) 1
Максимальная	-	-	-	(1) 3	-	(1)2	-	1

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

Физическое здоровье пациентов в первом и втором классе контрольной (патоморфологической) группы через 24 и 36 месяцев после проведённого хирургического лечения не имело динамически значимых изменений. В третьем и четвёртом классах выявлены качественные улучшения показателей физического здоровья, за счёт снижения числа пациентов с тяжёлыми формами одышки и увеличения с менее тяжёлыми в пределах одного класса, что коррелировало с реологическими показателями эндоваскулярной ангиографии.

Показатель ролевого функционирования (РФ) в контрольной группе через 21 сутки после проведённого хирургического лечения у 84,7% пациентов характеризовался негативными психоэмоциональными реакциями, которые были обусловлены выраженными когнитивными нарушениями и болевыми реакциями.

В контрольной группе основное проявление когнитивного дефицита выражалось в отсутствии внимания респондентов при ответе на вопросы. Больше половины пациентов при заполнении анкет отказывались давать развёрнутые ответы на вопросы ввиду выраженного болевого синдрома. Также отмечено снижение внимания во время серийного счёта и отсутствие желания произносить слова в обратном порядке, так как пациенты постоянно отвлекались в поисках способа решения проблем своего здоровья.

У 19 (42,3%) пациентов III, IV классов контрольной группы отмечены затруднения при выполнении письменных команд и команд, сопровождающихся физическими усилиями. Данные затруднения имели ещё более выраженный характер, нежели на этапе предоперационной подготовки.

Анализ когнитивных нарушений в раннем послеоперационном периоде характеризовался следующими результатами:

- в основной группе пациентов с когнитивными нарушениями не выявлено;
- 3,8% пациентов контрольной группы набрали от 24 до 27 баллов, что соответствует предметным когнитивным нарушениям;
- 19,3% пациентов контрольной группы набрали от 20 до 23 баллов, что характеризуется клинической картиной деменции лёгкой степени выраженности;
- 69,2% пациентов контрольной группы имели нарушения, характерные для деменции умеренной степени выраженности;
- 7,6% пациентов контрольной группы по результатам проведённого исследования набрали от 0 до 10 баллов, что соответствует клинической картине тяжёлой формы деменции.

В раннем послеоперационном периоде физические компоненты здоровья характеризовались выраженным снижением всех показателей. Динамика анализируемых показателей на различных этапах имела существенные различия, как в основной, так и в контрольной группах. В клинической (основной) группе отмечено более интенсивное восстановление показателей физического здоровья, что обусловлено минимальным травматизмом используемого хирургического доступа. В патоморфологической группе динамика восстановления функциональных показателей имела минимальные качественные и несущественные количественные изменения в течение первого послеоперационного года. В отдалённые сроки мониторинг физического функционирования также не имел значимых положительных результатов.

Получить достоверные результаты психологических показателей не возможно без анализа критериев личностного восприятия пациентом клинических проявлений

заболевания и определения степени когнитивных нарушений. Результаты сравнительного анализа психологических компонентов здоровья позволил распределить пациентов на следующие группы: адекватного (рационального) реагирования, тревожно-активную, тревожно-пассивную, пассивно-пессимистическую.

В раннем послеоперационном периоде в группе адекватного (рационального) реагирования выявлено снижение числа пациентов с 31,5% (по результатам обследования на до госпитальном этапе) до 3,8 % (табл. 11).

Таблица – 11 Психологические показатели на 21 сутки после оперативного лечения

Критерии КЖ (баллы)	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Группы личностного восприятия заболевания				
Адекватного (рационального) реагирования	(42) 34	(49) 39	(48) 38	(45) 37

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

Очевидно, сто высокая корреляционная зависимость физических и психологических показателей (психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность) была обусловлена страхами.

Страхом ожидания оперативного лечения, наркоза, результатов гистологического заключения, который оказывал негативное влияние на ролевое функционирование, с выраженным угнетением эмоционального состояния, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья.

В тревожно-активной группе отмечено снижение числа респондентов до 19,3% с 39,4%. Степень когнитивных нарушений в данной группе имела прямую зависимость от интенсивности и длительности болевого синдрома. Угнетение ролевого эмоционального функционирования характеризовалось неэффективным выполнением, как повседневных работ для обеспечения физиологических потребностей пациента, так и иной деятельности. Низкие показатели эмоционального функционирования были обусловлены непониманием, как возможно самостоятельно формировать положительные эмоции о положительном послеоперационном периоде. У большинства пациентов отмечено ожидание негативного результата, что провоцировало необоснованную тревогу и постоянные обращения к различным специалистам за помощью, и снижение всех физических и психологических показателей. Результаты психологических показателей представлены в таблице № 12.

Таблица – 12 Психологические показатели через 3 месяца после оперативного лечения

Критерии КЖ (баллы)	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Группы личностного восприятия заболевания				
Адекватного (рационального) реагирования	(42) 34	(49) 39	(48) 38	(45) 37
Тревожно-активная	(40) 29	(47) 35	(46) 38	(43) 36

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

В тревожно-пассивной группе отмечен значительный рост числа респондентов с 23,6% до 69,7 %. Большинство пациентов ранее уже находились на лечении и имели неудачные результаты. Очевидно, что негативные результаты, полученные ранее в нескольких клиниках, сопровождалось прогрессированием страха. Несмотря на убеждения пациентов в радикальности проведённого хирургического лечения, большинство из них находились в отрешенном состоянии, в каком-то «замкнутом» мире, зачастую погружаясь в различные религиозные и оккультные ритуалы, пытались самостоятельно начать лечение различными нетрадиционными способами, что крайне негативно сказывалось на показателях психологического здоровья, и влекло за собой

снижение физических показателей. Результаты психологических показателей представлены в таблице № 13.

Таблица – 13 Психологические показатели через 6 месяцев после оперативного лечения

Критерии КЖ (баллы) Группы личностного восприятия заболевания	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Адекватного (рационального) реагирования	(42) 34	(49) 39	(48) 38	(45) 37
Тревожно-активная	(40) 29	(47) 35	(46) 38	(43) 36
Тревожно-пассивная	(31) 27	(30) 24	(32) 25	(37) 29

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

В пассивно-пессимистической группе отмечен незначительный рост с 5,2 % до 7,2 %. Группа представлена пациентами с запущенными стадиями заболевания, прошедшими неоднократные курсы комбинированного лечения в различных лечебных учреждениях, и не получивших удовлетворительного результата, которые не надеялись на успех и в этот раз. Но по настоятельным просьбам и убеждениям родственников получали различные виды медицинской помощи, в том числе и в данном исследовании. Социальное функционирование и жизненная активность в группе имели минимальные показатели, и сопровождалось максимальным снижением уровня общения пациентов с окружающими. Низкие балы социальной и жизненной активности были обусловлены выраженными болевыми ощущениями и ухудшением эмоционального функционирования. Результаты психологических показателей представлены в таблице № 14.

Таблица – 14 Психологические показатели через 12 месяцев после оперативного лечения

Критерии КЖ (баллы) Группы личностного восприятия заболевания	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Адекватного (рационального) реагирования	(42) 34	(49) 39	(48) 38	(45) 37
Тревожно-активная	(40) 29	(47) 35	(46) 38	(43) 36
Тревожно-пассивная	(31) 27	(30) 24	(32) 25	(37) 29
Пассивно-пессимистическая	(27) 21	(27) 20	(28) 21	(30) 19

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения.

Мониторинг психологических критериев качества жизни в отдалённые сроки (24 и 36 месяцев) характеризовался отсутствием значимых, положительных результатов. Клинически не значимые, единичные положительные наблюдения некоторых психологических показателей не имели корреляционной зависимости с положительными сдвигами показателей физического здоровья и были следствием ситуационных эмоциональных всплесков. Результаты наблюдений через 24 и 36 месяцев не имеют существенной разницы и представлены в одной таблице № 15.

Анализ личностных черт, определяемых по методике Й. Бекмана в послеоперационном периоде, характеризовался выраженной отрицательной динамикой у большинства пациентов и коррелировал с данными, полученными в группах личностного восприятия заболевания.

Таблица – 15 Психологические показатели через 24 и 36 месяцев после оперативного лечения

Критерии КЖ (баллы) Группы личностного восприятия заболевания	Ж	СФ	ЭФ	ПЗ
Адекватного (рационального) реагирования	(42) 37	(49) 44	(48) 41	(45) 41
Тревожно-активная	(40) 32	(47) 41	(46) 42	(43) 37
Тревожно-пассивная	(31) 28	(30) 27	(32) 27	(37) 30
Пассивно-пессимистическая	(27) 22	(27) 23	(28) 22	(30) 23

(*) – результаты получены до проведения хирургического лечения

Максимально критичные показатели выявлены в пассивно-пессимистической группе: негативное отношения к себе и окружающим людям отмечено у 89% пациентов; упрямство и отсутствие гибкости было характерно для 35% пациентов; разоча-

рование и подозрительность выявлены у 54% пациентов; злопамятность и неспособность прощать обиды открыто высказывали 24% пациентов; чувство вины и постоянное самобичевание было характерно для 60% пациентов; ранимость и обидчивость встречались у 38% пациентов; озабоченность и неуверенность в завтрашнем дне тревожила 98% пациентов; ослабленный контроль над собственными чувствами отмечен у 36%; нестабильность, агрессивность, возбудимость и нервозность выявлена у 78%; привычка к нерациональному питанию установлена у 24% пациентов.

Данные личностного восприятия пациентом заболевания позволили классифицировать их по группам реагирования и сформировать психологический портрет пациента в каждой группе. Наличие психологического портрета позволяет прогнозировать результаты хирургического лечения, планировать способы реабилитации пациентов, своевременно и верно организовывать психологические контакты с пациентом, его родственниками, что способствует формированию позитивного психологического микроклимата и улучшению качества жизни пациента после тяжёлого хирургического лечения. Однако, всё это эффективно, лишь в том случае, если показатели физического здоровья характеризуются неуклонным ростом. В ходе исследования установлено, что уровень физического здоровья коррелирует с рядом критериев, основным из которых является боль. Боль определяет уровень физического и ролевого функционирования, а её интенсивность зависит от степени хирургической агрессии использованного метода. В связи с чем, очевидно, что традиционные хирургические доступы не учитывают всех анатомо-топографических особенностей краниовертебрального сочленения и локализующегося в нём патологического процесса. При выполнении оперативного доступа без учёта всех особенностей закономерно прогрессирует процесс снижения критериев качества жизни. Установленная закономерность обосновывает необходимость модернизации существующих и разработки новых оперативных доступов снижающих уровень хирургической агрессии.

Задачей исследования являлась разработка анатомо-топографически обоснованного заднебокового оперативного доступа к органам и тканям шеи с целью повышения эффективности хирургического лечения и оптимизации реабилитационного периода, направленного на повышения качества жизни пациентов. Данная задача в экспериментальной части исследования решена с использованием трупного материала. Как показали полученные данные, объём повреждений тканей уменьшается за счёт препарирования их с минимальным нарушением целостности. Данный способ диссекции тканей на этапе регенерации способствует формированию менее грубых рубцов и позволяет в ранние послеоперационные сроки восстанавливать их функциональную активность. Локальные нарушения функциональной активности в контрольной группе характеризовались длительными и стойкими нарушениями физических и психологических показателей качества жизни. Данные показатели по сравнению с данными у пациентов основной группы не имели положительной динамики на протяжении всего периода наблюдения. Данные эндоваскулярной визуализации продемонстрировали локальные реологические нарушения, которые коррелировали с динамически незначимыми показателями функциональной активности травмированных тканей. На наш взгляд, данные нарушения обусловлены высоким уровнем травматизма традиционно используемых оперативных доступов, способствующих формированию грубого, функционально не активного рубцового регенерата.

Полученные экспериментальные данные исследования позволили рекомендовать разработанный оперативный доступ в качестве альтернативного существующим доступам для достижения эффективных результатов качества жизни, за счёт оптимизации условий хирургического воздействия в местах повреждения тканей.

Таким образом, одной из ключевых задач хирургической специальности остается переосмысление учения о принципах оперативного лечения основанного на современных взглядах на следствия и результаты ранее предложенных и широко используемых способов. Обоснование новых подходов к оперативному лечению невозможно без получения объективных доказательных сведений о функциональной активности органов и тканей в условиях комплексного воздействия патогенных факторов заболевания и травматической агрессии хирургического вмешательства с не уточненным механизмом снижающим показатели качества жизни на этапах реабилитации. Результаты, представленные в ходе проведенного исследования, позволяют уточнить известные механизмы травматических повреждений, вследствие которых формируется функционально не зрелый тканевой регенерат, значительно снижающий активность тканей и показатели качества жизни человека. В частности, при поперечном рассечении мышечной ткани при использовании традиционных оперативных доступов прослежены клиничко-морфологические признаки формирования грубой рубцовой ткани, с признаками локальной реологической дисфункции. Важно, что использование эндоваскулярной ангиографии позволяет объективизировать нарушения микроциркуляторного русла при нарушении целостности мышечной ткани в проекции оперативного доступа. В частности, выявлены корреляционные связи между скоростью, объёмом локального кровотока и показателями тонуса мышц подвергшихся механическому воздействию режущего инструмента, а так же функциональной активности всего органокомплекса в послеоперационном периоде. Учитывая, что клиничко-патогенетические аспекты выбора оперативного доступа для оптимизации реабилитации с учётом всех стадий регенерации и сохранения функциональной активности мышечной ткани предусматривают необходимость снижения уровня хирургической агрессии, которая нашла подтверждение по результатам эндоваскулярной ангиографии. Использование современных методов визуализации и определения уровня функциональной активности сосудистого русла в очаге повреждения позволяет объективизировать, и индивидуализировать выбор оперативного доступа направленного на достижение высоких показателей лечебных воздействий и манипуляций.

Проведённый сравнительный анализ анатомо-топографических исследований в эксперименте, лабораторных рентгенологических данных и клинике, а так же уровень социальной адаптации пациентов на этапах реабилитации позволил получить представление об эффективности хирургических методов. В результате исследований на трупном материале определены особенности повреждения тканей при использовании традиционных оперативных доступов, с учётом выявленных проблемных моментов обоснован и предложен новый оперативный доступ. Оперативные манипуляции и способы диссекции тканей предложены с учётом механизма оперативной травмы оказывающей влияния на репаративные свойств тканей на этапе восстановления их функциональной активности, которые в итоге определяют качественные показатели жизни пациента. Полученные результаты позволяют рекомендовать к использованию разработанный оперативный доступ.

Физические и психологические показатели качества жизни пациентов обоснованы результатами проведенных исследований. Щадящая диссекция мышечных сухожилий способствует сохранению целостности мышечных волокон, препятствуя их грубому рубцеванию, что является профилактикой развивающихся рубцовых контрактур. Предложенный метод позволяет выполнить восстановление анатомической целостности мышечных, сосудистых структур, и обладает профилактическими возможностями, исключая повреждения центральных и периферических нервных структур. Данные механизмы оказывают антиальтеративное действие, снижая потенциал необратимых функциональных нарушений, тем самым, по сути, обрывая весь каскад механизмов, снижающих показатели качества жизни пациентов. Предложенные технические аспекты оперативного доступа и полученные результаты позволяют говорить об оптимизации хирургического метода, как важного защитно-приспособительного комплекса, с ограничением повреждающих факторов, активацией приспособительных реакций и стимуляцией регенераторного процесса на ранних этапах реабилитационного периода.

Экспериментальный анализ на трупном материале позволил индивидуализировать оперативный подход к шее, как с точки зрения локализации патологического процесса (поверхностные или глубокие клетчаточные пространства шеи, мягкотканые или костные структуры), так и с точки зрения стадии и распространённости патологического процесса, вовлечённости окружающих тканей.

Не менее важными стали результаты оценки лабораторных и эндоваскулярных реологических показателей, на этапах предоперационной подготовки, так и в ходе послеоперационного мониторинга. Результаты тем значимее, чем выражены механизмы повреждения тканей обусловленные уровнем хирургической агрессии. Отсутствие учета патологических сдвигов в мышечно-функциональном аппарате при агрессивном воздействии на них ведет к формированию череды причинно-следственных механизмов, которые характеризуются проявлениями на биохимическом уровне и имеют лабораторное подтверждение. А так же объективными и субъективными показателями качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, которые тем менее выражены, чем менее выражены повреждающие механизмы, запускающие биологически активные процессы регенераторного действия. Чрезвычайно важно, что эффект активизации болевых рецепторов, ведущих к функциональной дезактивации отсрочен во времени, что дает возможность превентивно улучшать исходы оперативной манипуляции. Этот факт заставляет внимательнее относиться к техническим аспектам проведения хирургических манипуляций, что в комплексе с возможностью фармакологической коррекции болевого симптома позволяет прогнозировать неблагоприятный исход при длительном функциональном бездействии.

Особняком, на первый взгляд, стоят результаты показателей качества жизни пациентов на этапах реабилитации. Вместе с тем, проведенные исследования подтверждают общую тенденцию необходимости использования данного метода мониторинга хирургического лечения, как не менее важного, позволяющего охарактеризовать его эффективность. Предложенная модель мониторинга показателей качества жизни с одной стороны, позволяет получить субъективную оценку пациента и объективно оценить психологический диссонанс, с другой, расширяет возможности для изучения и применения хирургических способов лечения улучшающих показатели жизнедеятельности человека. Простота оперативного доступа, а в последующем и отсутствие

трудностей диагностического комплекса позволяют расширять наши знания в области регенеративной медицины и технологических способов, направленных на обработку новых принципов замещения дефектов челюстно-лицевой области и восстановления функции органов и систем шеи.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективный анализ хирургического лечения патологических процессов органов шеи характеризуется неуклонным ростом числа пациентов. Клинические результаты хирургического лечения с использованием традиционных оперативных доступов характеризуется длительным течением реабилитационного процесса вследствие нарушений локальной функциональной активности органов и тканей, что сопровождается угнетением показателей физического и психического здоровья пациента.
2. Клинические и лабораторные данные, а так же показатели уровня качества жизни пациентов на этапах динамического наблюдения за пациентами с хирургической патологией шеи характеризуются отрицательной динамикой, вследствие выраженной хирургической агрессии используемых оперативных доступов, которые нуждаются в длительной реабилитации. Полученные данные свидетельствует о необходимости разработки и внедрения оперативных доступов к шее обладающих минимальными рисками развития после операционных функциональных нарушений.
3. На трупном материале проанализированы особенности традиционных оперативных доступов к органам и тканям шеи. Установлено, что используемые доступы характеризуются хирургической агрессией, оказывают компримирующее воздействие на сосудисто-нервные сплетения в каудальных отделах головного мозга и верхних участках позвоночного столба, что способствует снижению качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. С учётом полученных данных проведён теоретический анализ и разработана модель заднебокового оперативного доступа к органам шеи. Результаты исследовательской работы оформлены в виде патента на изобретение.
4. Заднебоковой оперативный доступ к органам и тканям шеи, апробирован в клинической практике ГБУЗ СК «СККБ». Клинические результаты раннего послеоперационного периода у 12 пациентов по психологическим шкалам качества жизни имели не менее 45 баллов, что подтверждает положительную динамику. По критерию личностного восприятия заболевания к 21 суткам после операции установлено, что в группу адекватного реагирования вошли 10 пациентов, в тревожно-активную группу лишь 2 пациента из 12. У всех пациентов в послеоперационном периоде при использовании разработанного заднебокового шейного доступа зарегистрировано интенсивное восстановление функциональной активности анатомических структур шеи, что в целом подтверждает его минимальный травматизм и низкую хирургическую агрессию.
5. На основании полученных результатов экспериментального анатомо-топографического исследования определена клиническая эффективность используемых оперативных доступов. Оперативный доступ необходимо выбирать, основываясь на данных визуальных и функциональных диагностических тестов характеризующих анатомо-топографические особенности хирургической патологии шеи. Результаты диагностических тестов необходимо сопоставлять с антропометрическими и анатомо-топографическими данными, детализировать локализацию патологического

процесса в шее, что позволит обосновать выбор наиболее рациональный оперативный доступ. Пациентам и их родственникам на первой консультации доступно излагать все планы предстоящего диагностического обследования, перспективы хирургического и иных видов лечения, информировать их о необходимости реабилитации физического и психического здоровья в условиях стационара и на этапах диспансерного наблюдения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Хирургическое лечение необходимо проводить с учётом анатомо-топографических особенностей локализации патологического процесса, что позволит максимально сохранить и одномоментно восстановить целостность анатомических структур вовлечённых в патологический процесс, будет способствовать ранней функциональной активации органов шеи, и эстетическому удовлетворению пациента, оказывающих влияние на качественные показатели жизни пациента в послеоперационном периоде.
2. Планирование хирургического лечения на органах краниовертеброфациального сочленения должно осуществляться с привлечением нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, сосудистого и пластического хирурга и основано на тщательном анализе анатомо-топографических особенностей локализации патологического процесса.
3. Комплексный подход на этапе диагностики и планирования хирургического лечения позволит выработать оптимальный, анатомо-топографически обоснованный хирургический доступ, направленный на проведение радикального оперативного вмешательства и оптимального реабилитационного процесса.
4. Результаты показателей качества жизни следует считать информативными, так как они позволяют получить объективную информацию о результатах проведённого хирургического лечения основанного на всестороннем анализе анатомо-топографических особенностей патологии шеи.
5. Метод анкетирования пациентов способствует формированию доверительных взаимоотношений врач-пациент, позволяет получить объективную информацию о состоянии психического и физического здоровья пациента, эффективности хирургического лечения.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Слетов, А.А. Хирургическое лечение опухолей краниовертебрального сочленения / А.А. Слетов, В.В. Елисеев, Д.В. Панченко // **Современные проблемы науки и образования**, 2015. №3. С. 231.
2. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами / Михальченко, Д.В., Жидовинов А.В, Панченко Д.В. // **Современные проблемы науки и образования**, 2015. №4. С. 404.
3. Панченко, Д.В. Анатомо-топографическое обоснование и клиническая апробация заднебокового шейного доступа у пациентов с новообразованиями краниовертебральной локализации / Д.В. Панченко, А.А. Слетов, С.В. Сирак // **Современные проблемы науки и образования**, 2018. №1. С. 402.
4. Панченко, Д.В. Моделирование заднебокового шейного доступа на трупном материале Д.В. Панченко, А.А. Слетов, С.В.Сирак // XV Всероссийская научно-практическая конференция Поленовские чтения. – Санкт-Петербург, 2016 Т.8. - №3. -

С. 284-288.

5. Панчекно, Д.В. Восстановление функциональной активности нижней челюсти / Д.В. Панчекно, М.В. Локтионова, В.Д. Винтаев // Материалы научно-практической конференции Томского государственного медицинского университета, «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии». - Томск, 2017. - С. 46-47.

6. Панчекно, Д.В. Малоинвазивная хирургия медикаментозных остеонекрозов / Д.В. Панчекно, М.В. Локтионова, В. Д. Винтаев // Материалы научно-практической конференции Томского государственного медицинского университета, «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии». - Томск, 2017. - С. 48-52.

7. Панченко, Д.В. Мониторинг критериев качества жизни у пациентов с объёмными дефектами нижней челюсти / Д.В. Панченко, М.В. Локтионова, В. Д. Винтаев // Материалы научно-практической конференции Томского государственного медицинского университета, «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии». - Томск, 2017. - С. 53-57.

8. Слетов, А.А. Лечение опухолей краниовертеброфациальной локализации / А.А.Слетов, Р.А. Можейко, Д.В. Панченко, М.В. Локтионова // XVI Всероссийская научно-практическая конференция Поленовские чтения. – Санкт-Петербург, 2017 Т.10. - №4. - С. 284-288.

9. Панченко, Д.В. Анатомо-топографическое обоснование заднебокового оперативного доступа / Слетов А.А., Можейко Р.А., Панченко Д.В., Локтионова М.В., Елесеев В.В // XVI Всероссийская научно-практическая конференция Поленовские чтения. – Санкт-Петербург, 2017 Т.10. - №4. - С. 284-288.

Патенты на изобретения

10. Патент 2599688 Российская Федерация, МПК⁷ А 61 В 17/00, А 61 К 31/165. Способ удаления опухолей краниовертебральной локализации / Сирак С.В., Слетов А.А., Панченко Д.В.; заявители и патентообладатели Сирак С. В., ГБОУ ВО СтГМУ. - №2014120460 (032688) заявл. 20.05.2014 ; опубл. 13.08.2015; Бюл. № 10. – 8 с.

Список сокращений

ПЧЯ - передняя черепная ямка;
СЧЯ - средняя черепная ямка;
СППЗ - суммарный показатель психологического здоровья;
СПФЗ - суммарный показатель физического здоровья;
ФФ - физическое функционирование;
РФ - ролевое функционирование;
Б - боль;
ОЗ - общее здоровье;
Ж - жизнеспособность;
СФ - социальное функционирование;
РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование;
ПЗ - психическое здоровье;
ШМХ - шести минутная ходьба;
сTNM - клиническая группа – основная;
рTNM - патоморфологическая группа – контрольная;
МС КТ - мультиспиральная компьютерная томография;
МРТ - магнитно-резонансная томография;
НКВЛ - новообразования краниовертебральной локализации;

Панченко Денис Владимирович

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Сдано в набор 25.01.17. Подписано в печать 25.01.17. Формат 60×84 1/16.

Бумага типогр. № 2. Печать офсетная. Гарнитура офсетная. Усл. печ. 1,0.

Уч.-изд. л. 1,2. Заказ 2041. Тираж 100 экз.

«Ставропольский краевой центр лечебной и спортивной медицины»,

г. Ставрополь, ул. Комсомольская, 89.