

В Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова состоялась конференция, посвящённая мини-инвазивному эндопротезированию тазобедренного и коленного суставов. Уже с первых минут мероприятие вышло за рамки стандартного научного формата и переросло в масштабную профессиональную дискуссию о месте мини-инвазивной хирургии в реальной клинической практике.

В споре рождается истина

Форум объединил ведущих экспертов в области ортопедии. Он прошёл в стенах Пироговского центра, являющегося ведущим федеральным учреждением страны, где принципы щадящей и органосберегающей хирургии в различных её областях реализуются уже более 20 лет в виде мини-инвазивных, в том числе робот-ассистированных технологий. При этом выбор оптимального для пациента подхода базируется на комплексной оценке особенностей человека, характера, стадии заболевания и других факторов. Таким образом реализуется пациентоориентированный подход.

Открыл научно-практическую конференцию с международным участием «Мини-инвазивная хирургия в эндопротезировании» генеральный директор НМХЦ им. Н.И.Пирогова, академик РАН Олег Карпов:

– Сегодняшний формат общения в виде диалога, споров и дискуссий собрал в стенах Пироговского центра ведущих специалистов России и зарубежных стран. Каждый из них обладает знаниями, которыми они готовы делиться, отстаивая свою точку зрения о том, что именно данный подход и технология оптимальны для конкретного пациента. Современная медицина не стоит на месте: внедряются новые технологии, проводятся исследования в области мини-инвазивной хирургии, появляются доказательные клинические результаты. Но какие бы ни были инновации, их применяют те, кто обладает естественным интеллектом и клиническим опытом, определяет тактику лечения пациентов, владеет этими технологиями и эффективно их использует. В этой связи настоящие дебаты представляются весьма актуальными и востребованными широким кругом специалистов. Важно отметить, что ортопедия в России развивается по пути высокотехнологичного, органосохраняющего и персонализированного подхода, не уступая в этой области зарубежным странам ни по качеству, ни по количеству проводимых ортопедических операций, при этом российская линейка протезов достаточно конкурентоспособна. Специалисты имеют возможность обучаться, развиваться и участвовать в научных исследованиях. Только за прошлый год в России было зарегистрировано 14 инновационных патентов в области эндопротезирования. Такие инновационные технологии, как компьютерная навигация и робот-ассистированная хирургия, в России используются уже во многих медицинских учреждениях, в том числе и в

Пироговском центре, который в будущем году отметит свой 25-летний юбилей. Будучи многопрофильным центром, мы оказываем высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) по 28 профилям. Наши специалисты выполняют в год более 30 тыс. операций, из них около 3,5 тыс. эндопротезирований, из которых не менее 700 – мини-инвазивным методом и 300 – с применением робот-ассистированных технологий. При этом надо отметить, что применяемые в Пироговском центре мини-инвазивные технологии используют ускоренной реабилитации, со-

20% операций выполняется с использованием переднего доступа. Сравнить различные методы хирургической помощи в ортопедии через призму дебатов – это оптимальный инструмент её обсуждения. Сегодняшний день станет важным звеном в научных исследованиях в области ортопедии, – отметил в своём приветственном слове директор НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, член-корреспондент РАН, главный специалист травматолог-ортопед Минздрава России Антон Назаренко.

Директор НМИЦ травматологии и ортопедии им.

главный врач Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования Анатолий Овсянкин; директор Новосибирского НИИТО им. Я.Л.Цивьяна, кандидат медицинских наук Андрей Корыткин; главный врач ФЦТОЭ, профессор РАН Николай Николаев; заведующий Центром травматологии и ортопедии НМХЦ им. Н.И.Пирогова, кандидат медицинских наук, доцент Олег Пиманчев и другие авторитетные представители российского ортопедического сообщества, а также специалисты Пироговского центра – анестезиологи и реабилитологи, непосредственно участвующие

ний доступ, его модификации, а также мини-инвазивные варианты заднего доступа.

Эксперты подчеркнули, что рост интереса к переднему доступу во многом обусловлен ожиданиями пациентов и развитием ускоренных протоколов лечения. Вместе с тем акцент был сделан на том, что данный подход имеет чёткие ограничения и требует специализированного инструментария, высокой технической подготовки и хороших навыков самого хирурга и всей операционной бригады. Приоритетом остаётся воспроизводимость результата и возможность безопасного расширения доступа

Главная тема

Щадящая хирургия

Мини-доступы в эндопротезировании



Дебаты в Пироговском центре

кратив стационарное лечение до 3 дней. Центр справедливо называют территорией робот-ассистированной хирургии и медицинской реабилитации. Более 25 лет назад в России появилось такое понятие, как «квота», и первые квоты в нашей стране выделялись на эндопротезирование. Сегодня мы уже говорим не о том, какой протез установить, а о том, какую методику оптимально применить, чтобы эффективнее помочь пациенту, возвращая его к полноценной жизни.

О.Карпов передал самые тёплые пожелания от основателя и президента Пироговского центра, академика РАН Юрия Шевченко и поблагодарил специалистов, собравшихся на конференции, за активный интерес к мероприятию и его формату, выразив уверенность, что форум будет плодотворным, стимулирующим дальнейшее развитие современной ортопедии и способствующим формированию будущих стандартов лечения:

– Такие мероприятия полезны как для профессионального роста и обогащения новыми знаниями специалистов, так и для повышения качества оказания медицинской помощи в нашей стране.

– Тематика дебатов, организованных в Пироговском центре, безусловно, актуальна и востребована специалистами. В нашем институте порядка

Р.Р.Вредена, член-корреспондент РАН Рашид Тихилов тепло поприветствовал собравшихся участников конференции и подчеркнул:

– Семь лет назад на ортопедическом форуме уже активно обсуждалась данная тема, и Пер Кьерсгаард-Андерсен, датский хирург-ортопед и бывший президент Европейской федерации национальных ассоциаций ортопедии и травматологии, тогда сказал: «Коллеги, давайте закончим дискуссию, какой доступ лучше? Через 3 месяца результаты примерно одинаковые». Но прошли годы, появились новые лица – энергичные, открытые для инноваций и новых методов, – и сегодня мы с новым накопленным опытом уделим внимание этим вопросам. Я искренне рад присутствовать в этом зале и уверен, что сегодняшний день будет плодотворным.

Эксперты говорят

В дискуссии приняли участие ведущие специалисты по эндопротезированию из крупнейших центров России, а также эксперты из Германии, Греции, Китая, Турции и Индии, представляющие различные школы и клинические подходы.

Среди российских участников присутствовали: главный специалист травматолог-ортопед Минздрава России в Центральном федеральном округе,

в формировании современных протоколов лечения.

Международный опыт представили: профессор Хайнц Рёттингер (Германия), главный хирург Дун Цян (Китай), профессор Эмре Тогрул (Турция), руководитель ортопедического отделения больницы «КАТ» Джордж Махерас (Греция), сотрудник больницы Fortis Арун Парнати (Индия), хирург-травматолог-ортопед Лука Маташиоли (Италия).

Формат конференции был заявлен как дискуссия экспертов, что принципиально отличало её от традиционных научных форумов. Ведущий – травматолог-ортопед, профессор кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор Андрей Грицюк – сразу обозначил правила: речь пойдёт не о защите отдельных методик, а о попытке убедить профессиональное сообщество, выступающее в роли «третьей стороны».

Эксперты условно разделились на сторонников классических доступов и приверженцев мини-инвазивной «философии», однако уже в ходе обсуждения стало очевидно, что жёсткое противопоставление этих подходов во многом искусственно.

Первая секция, посвящённая эндопротезированию тазобедренного сустава, стала центральной частью конференции. Обсуждались прямой перед-

в сложных клинических ситуациях, которые были подробно рассмотрены в завершение дискуссии.

Вторая секция конференции была посвящена эндопротезированию коленного сустава.

В ходе обсуждения отмечалось, что преимущества мини-инвазивных методик выражены менее явно, а требования к визуализации, балансу мягких тканей и точности установки компонентов эндопротеза остаются наиболее значимыми.

В этом контексте обсуждалась роль навигационных и робот-ассистированных технологий как вспомогательных инструментов, повышающих точность, но не заменяющих клиническое мышление и опыт хирурга.

Важной частью дискуссии стали организационные и экономические аспекты лечения. Было отмечено, что в Пироговском центре за счёт внедрения модификации классического переднего доступа при эндопротезировании тазобедренного сустава срок госпитализации сокращён до 3 дней. Это достигается соблюдением принципов так называемой «щадящей хирургии» – максимальным сохранением мягких тканей, иннервации и кровоснабжения.

Обсуждение показало, что мини-инвазивная хирургия требует мультидисциплинарного подхода и пересмотра существующих реабилитационных моделей.

Практическая часть конференции была посвящена разбору интересных клинических наблюдений. Представленные примеры носили практический характер и стали поводом для профессионального обсуждения тактики, показаний и возможных альтернатив.

В процессе дискуссии продемонстрировались отдельные техники операций, разбирались принципы принятия решений.

Несмотря на различие взглядов и клинического опыта, большинство участников сошлись в принципиальном тезисе: мини-инвазивная хирургия не может рассматриваться отдельно без учёта индивидуальных особенностей конкретного

больного, возможностей клиники и опыта хирургической бригады.

Было отмечено, что мини-инвазивность не тождественна малому разрезу; косметический эффект не должен становиться основным критерием выбора метода; ранние преимущества мини-инвазивных доступов существуют, но в среднесрочной перспективе результаты хирургического лечения зачастую выравниваются.

Конференция в НМХЦ им. Н.И.Пирогова показала, что мини-инвазивная хирургия сегодня воспринимается профессиональным сообществом не как универсальное решение, а как щадящий подход, требующий взвешенного и ответственного применения. Именно он, основанный на объективном анализе накопленного опыта и открытой дискуссии в кругу профессионального сообщества, формирует современную практику эндопротезирования в России и в мире.

Участники мероприятия, в том числе иностранные специалисты, отметили, что конференция прошла на высоком профессиональном уровне, осветив самые актуальные вопросы в области эндопротезирования, подчеркнув, что царившая в Пироговском центре комфортная, душевная и доброжелательная атмосфера дискуссии способствовала качественному обмену опытом.

Комментарий для «МГ»

Одним из ключевых экспертов на конференции «Мини-инвазивная хирургия в эндопротезировании» выступил заведующий Центром травматологии и ортопедии НМХЦ им. Н.И.Пирогова Олег ПИМАНЧЕВ – травматолог-ортопед первой категории, кандидат медицинских наук, сторонник и разработчик мини-инвазивных методик. В ходе мероприятия он ответил на вопросы о сути этого направления, его преимуществах и вероятных барьерах для широкого внедрения. После мероприятия мы задали ему несколько вопросов.

– Олег Вячеславович, сегодняшние дебаты показали, что мнения о мини-инвазивной хирургии расходятся кардинально. Как бы вы сами определили её место: это одно из направлений или принципиально новая методика?

– Мини-инвазивная хирургия – это направление так называемой щадящей хирургии, которое даёт возможность пациенту перенести оперативное вмешательство с минимальной травматизацией мягких тканей. Выполняется операция без нарушения кровоснабжения и иннервации с минимальной травматизацией мышц. В ходе операции не возникает необходимости в коагуляции огибающих бедренную кость сосудов. Я имею в виду модифицированную методику переднего доступа при эндопротезировании тазобедренного сустава, которая запатентована в нашем учреждении.

Имплантация эндопротеза осуществляется через доступ 8-10 см. В результате минимальной травматичности операции пациент после выхода из наркоза может быть активизирован и передвигаться при по-

мощи костылей с дозированной нагрузкой на оперированную ногу.

– Влияет ли возраст пациента на результат и переносимость такого вмешательства?

– Возраст имеет значение и это учитывают хирурги и анестезиологи. Но если оценивать оперативное вмешательство, то в раннем послеоперационном периоде уровень выраженности болевых ощущений в области операции ниже и, как следствие, значительно уменьшается кратность применения анальгетиков.



– А точность установки импланта? Она не страдает из-за ограниченного обзора?

– Модифицированный передний доступ, по нашему опыту, не ухудшает интраоперационный обзор. При достаточном опыте хирурга проблем с точностью установки имплантата не возникает даже у пациентов с ожирением.

– Какие мини-инвазивные доступы применяются в настоящее время при эндопротезировании тазобедренного сустава?

– Сейчас в нашей стране активно используются четыре основные мини-инвазивные техники. Первая – это старый, «классический» мини-инвазивный доступ. Вторая – по Рёттингеру. Третья – Direct Anterior Approach (DAA), – тот самый доступ «бикини». И четвёртая методика – это усовершенствованный передний доступ. Специалисты Пироговского центра оптимизировали «классический» мини-инвазивный доступ, избежав его минусов. Таким образом, получился модифицированный передний доступ, разработанный у нас.

– То есть одна из целей сегодняшней конференции – предложить эту методику для широкого внедрения в регионах?

– Основной посыл нашей конференции – способствовать внедрению мини-инвазивной хирургии в широкую ортопедическую практику. При этом важно подчеркнуть, мини-инвазивные технологии широко и эффективно используются в других областях хирургии – кардиохирургии, абдоминальной, торакальной, эндокринной и нейрохирургии, гинекологии и урологии. Эти методы широко внедрены в практику Пироговского центра.

– Как вы считаете, чем объясняется не столь широкое распространение мини-инвазивной хирургии в эндопротезировании?

– Причины разные. На мой взгляд, одной из причин является нежелание осваивать новые методики, имея удовлетворительные результаты лечения при использовании классических. Но выигрышными отличительными особенностями мини-инвазивных доступов являются минимальная травматизация, уменьшение воспалительных изменений, снижение уровня болевых ощущений и уменьшение потребности в анальгетиках, более короткий койко-день (в нашем центре 3 дня) и ускоренная послеоперационная реабилитация. На

мой взгляд, этих аргументов достаточно для освоения мини-инвазивных доступов.

– Будут ли экспертами представлены показательные операции?

– Да, это входит в наши планы. В ходе конференции будут продемонстрированы все 4 техники – от первого разреза до последнего шва, с обсуждениями. Мы специально сделали офлайн-конференцию, чтобы максимальное количество специалистов могло пообщаться здесь. Вероятно, поэтому в зале большое количество гостей. Кроме того, повестка конференции весьма актуальна и интересна широкому кругу специалистов.

– Не могли бы вы коротко остановиться на экономическом аспекте?

– Частично я уже на этот вопрос ответил. Дополнительных экономических затрат внедрение мини-инвазивных доступов в клиническую практику не требует, но экономическая эффективность ожидается за счёт существенного снижения сроков стационарного лечения, уменьшения затрат на лекарственные препараты, ускоренной реабилитации и быстрого восстановления работоспособности и активной жизни пациентов.

– На конференции звучал вопрос: должен ли хирург сначала освоить классические операции, а потом внедрять мини-инвазивные технологии?

– Современный квалифицированный травматолог-ортопед должен владеть всеми методиками, при этом последовательность их освоения не имеет существенного значения. Но, обладая спектром необходимых технологий, можно выбрать лучшую для данного конкретного пациента и обеспечить персонализированный подход. Именно так мы поступаем в Пироговском центре.

Денис ГРУЗДЕВ.