

На конференции по малоинвазивной хирургии в Пироговском центре страсти кипели не только вокруг техник, но и вокруг философии подхода. Заведующий 2-м отделением эндопротезирования крупных суставов НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, травматолог-ортопед, ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук Сергей КАГРАМАНОВ, известный как сторонник взвешенного и универсального подхода, в интервью объяснил, почему не стоит противопоставлять «классику» и «инновации» и какую роль в популярности новых методов играет агрессивный маркетинг.

– Сергей Владимирович, в чём принципиальная новизна малоинвазивных методов? Ведь любой хирург всегда стремится нанести меньшую травму.

– Это абсолютно верное утверждение. Обсуждая малоинвазивные доступы, мы не говорим о чём-то совершенно новом. Потому что они в эндопротезировании и тазобедренного, и коленного сустава были всегда. Такие доступы, если можно сказать по-доброму, всегда противопоставлялись более широким, классическим вмешательствам с хирургической точки зрения. В общем-то, малая инвазивность – это один из способов минимизировать травму для пациента.

Самое близкое слово-синоним – «минимально травматичное». И сегодня прозвучало из уст экспертов: «важно, какой кожный разрез, важно, что произошло с мягкими тканями и как быстро они восстановились. Вот в чём суть малой инвазивности».

– Если такие вмешательства не новы, почему именно сейчас такой острый интерес к переднему доступу?

– Он связан с тем, что последнее время пациент помолодел. После COVID-19 пациенты с асептическим (аваскулярным) некрозом головок бедренных костей из достаточно редкой группы превратились в огромную. И мужчины, и женщины, и молодые и пожилые люди, прошедшие через осложнения этого заболевания или массивные дозы гормонотерапии, в большом проценте случаев сталкиваются с нарушением кровообращения в головках бедренных костей.

Продолжаем разговор

# Это не про кожный разрез, а про восстановление тканей...



С.Каграманов (в центре)

Вот в отношении этой категории пациентов – молодых, активных, вчера ещё работавших и двигавших общество вперёд, а сегодня получающих инвалидизацию, – встал вопрос: как можно вернуть их к прежней жизни максимально быстро? Именно задача быстрого восстановления снова подняла на щит актуальность переднего доступа как формально наименее травматичного и наиболее быстро восстанавливающего функцию сустава. Думаю, поэтому и была организована эта конференция.

– Но ведь звучали мнения, что, например, задний доступ менее травматичен?

– Если смотреть на банальную статистику, большие данные, то передний доступ демонстрирует наименьшее количество осложнений, связанных с вывихом. Хотя при определённом опыте и использовании, например, доступа по Хардингу или бокового доступа, вывихов практически нет.

– То есть успех больше зависит не от доступа?

– Есть серьёзные наблюдения, которые говорят о том, что если правильно позиционировать эндопротез во время имплантации, то количество осложнений не зависит ни от доступа, ни от послеоперационного ведения пациента. Если мы имеем дело

с банальным изолированным артрозом, операция прошла без осложнений, имплант установлен по всем рекомендациям – ортопедический режим может быть отменён раньше.

– А как вы относитесь к использованию роботов? Звучали мнения: «Зачем он нужен, если я и так всё устанавливаю абсолютно так же?»

– Разговор о роботе – это тоже частично обсуждение малоинвазивной хирургии. Как уже прозвучало, это результат симбиоза производителей, желаний пациентов и возможностей доктора. И малоинвазивная хирургия, и робототехника пришли к нам с Запада, где это напрямую увязано с финансовой стороной вопроса.

Вопросы малой инвазивности – это задачи более ранней активизации, возвращения к обычной жизни и, безусловно, результат очень агрессивной рекламы. Каждый ищет свою нишу: кто-то выделяется красноречием, кто-то выставляет на первое место некие преимущества для пациента и пользуется этим.

Передний доступ – яркий пример того, как последние 5-7 лет интерес к нему в стране неуклонно растёт. Есть коллеги, которые активнейшим образом вовлечены

в его рекламу в соцсетях. Если загрузите «передний доступ» или «мини-бикини», в первых строчках выпадут одни и те же имена. Они не делают ничего плохого, помогают пациентам, в основном в Москве – самом финансово обеспеченном городе.

Суммы, за которые выполняется эндопротезирование передним доступом в частных клиниках, более чем внушительные, они в несколько раз выше государственных тарифов. Доктора нашли свою нишу, которую монетизируют, и хватило ума, смелости и упорства пускать часть прибыли в агрессивную рекламу.

– То есть это не связано с развитием технологий или изменением имплантов? Они ведь не стали принципиально меньше?

– Нет, и те, и другие импланты всегда присутствовали на рынке. Человечество не идёт линейно: сначала в одном направлении, потом в другом. В медицине всегда были представлены и короткие, и длинные ножки, до сих пор идёт дискуссия, что лучше. Мы движемся по спирали.

С роботом та же история. Потребность улучшить видимую часть работы, обезопасить себя от претензий пациентов (я говорю про западную медицину) повлекла развитие таких технологий. Сначала были навигационные системы, которые позволяли максимально точно произвести опилы, теперь за нас это делают роботы. Точность возросла, и доктор стал чувствовать себя увереннее в диалоге с пациентом: всегда можно показать план и расчёты, сказать, что использовал высочайшие технологии, а не работал «на глаз».

Для зарубежных коллег это важная часть работы из-за персональной ответственности и страховок. У нас же это в основном берёт на себя учреждение. Если бы на первый план выходила персональная ответственность хирурга, это многих било бы по рукам.

– На конференции обсуждали сложные случаи с огромными рубцами после старых операций. Это аргумент в пользу осторожности?

– Заведующий Центром травматологии и ортопедии НМХЦ им. Н.И.Пирогова Олег Пиманчев показывал два случая с молодыми женщинами. У них кожные покровы бедра были, мягко говоря, истерзаны. Возвращаясь мысленно к тем хирургам 30-летней давности, хочется спросить: разве нельзя было идти по старому послеоперационному рубцу, чтобы минимально навредить косметически? Конечно, нельзя провести операцию, не разрезав кожу. Но ведь это можно сделать по-разному.

Один говорит: «Я не отсекаю мышцы, я их раздвигаю». Его оппонент отвечает: «А я отсекаю аккуратно и потом так же аккуратно сшиваю, нанося минимальную травму». А первому можно сказать: ты берёшь большие крючки, применяешь запредельные усилия, раздвигая ткани. Где же золотая середина? Вот мы её тут и ищем.

– Получается, ничего принципиально нового в методе нет? Это просто способ поделиться опытом?

– Безусловно. Недавно у нас на Приоровском форуме был спор о роботах. Более опытные хирурги говорили: «Не надо так расширять показания, это подтолкнёт молодёжь к необдуманным поступкам, к излишней агрессии в хирургии». Один спикер тогда встал и сказал: «Дорогие коллеги, мы тут никому ничего не доказываем, мы делимся опытом». Вот это и позволяет – и новому поколению, и маститым врачам – посмотреть на проблему с другой стороны и выбрать для себя что-то оптимальное. Для этого и проводятся такие конференции, а не для того, чтобы левая половина зала сошлась в рукопашную с правой.

Беседу вёл Денис ГЛАЗКОВ, обозреватель «МГ».

## Исследования

# Кокцигодия в детской травматологии

Сотрудники НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера проанализировали данные 906 детей и подростков, обращавшихся с болью в копчике с 2010 по 2025 гг. Установлено, что девочки сталкиваются с ней в 5,5 раз чаще мальчиков. Это может быть связано с анатомическими особенностями женского таза.

– Мы установили, что травмы копчика, полученные в быту, – при падении в школе, на улице, на катке во дворе, – встречаются в два раза чаще, чем травмы на профессиональных тренировках, – прокомментировала результаты ведущий автор исследования, кандидат медицинских наук Светлана Трофимова.

Из всех детей с болью в копчике юные спортсмены составили всего 5%. У них достаточно часто встречалась динамическая нестабильность, что провоцирует боль при определённых движе-

ниях и в положении сидя. Вероятность возникновения такой «усталостной» боли выше при спорте, связанном с падениями и прямыми ударами в область копчика (фигурное катание, гимнастика, цирковой спорт, игровые виды спорта, лыжный спорт и единоборства) и спорте, связанном с длительной статической нагрузкой и повторяющимися движениями (конный спорт, гребля, велоспорт, хореография и балет).

– В этих дисциплинах копчик испытывает постоянное давление и повторяющиеся однообразные движения в положении сидя или при выполнении специфических упражнений. Эта хроническая перегрузка со временем и приводит к нестабильности, которая может мучить ребёнка месяцами и даже годами, – пояснила С.Трофимова.

Если боль возникает или резко усиливается именно в положении сидя и при вставании, носит хронический, изнуряющий характер (длится больше месяца),

и провоцируется тренировками, то проводят функциональную рентгенографию таза в положении сидя и стоя, что позволяет увидеть патологическую подвижность копчика. Эта методика является «золотым стандартом» диагностики. Главный вывод исследования – спорт полезен и нужен, но требует грамотного и внимательного подхода.

Полученные результаты для «МГ» прокомментировал заведующий отделением вертебрологии НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, доктор медицинских наук Александр Кулешов:

– Исследование представляет собой значимую и своевременную работу, посвящённую недостаточно изученной проблеме кокцигодии в педиатрической и подростковой популяции. Оно выполнено на большой выборке в авторитетном специализированном центре, что придаёт выводу высокую весомость. Дизайн исследования (ретроспективный

анализ) адекватен поставленным задачам. Выделены диагностические критерии «динамической нестабильности копчика» как ключевого фактора кокцигодии у юных спортсменов. Авторы дают конкретные рекомендации по профилактике для тренеров, врачей и родителей, особо выделяя группы риска (гимнастика, конный и велоспорт, хореография, балет). Однако, несмотря на несомненные достоинства, в статье выявлен ряд недостатков и неясностей. В более чем 40% случаев причина кокцигодии не была установлена, что ставит вопрос о полноте обследования. Можно было бы ожидать более детального обсуждения: какие дополнительные методы (например, МРТ мягких тканей, психосоматическая оценка) могли бы сократить эту долю в будущем. Высокий процент идиопатических форм кокцигодии ограничивает возможность делать окончательные выводы о полном спектре причин. Анализ длительности и

интенсивности нагрузок отсутствует: констатируется, что определённые виды спорта опасны, но нет градации риска в зависимости от стажа, часов тренировок в неделю, уровня спортсмена (любитель/профессионал). Эта информация была бы крайне ценной для разработки превентивных мер. Утверждение, что «занятия спортом не увеличивают риск развития травматической кокцигодии», основано на сравнении частот. Однако оно может быть неверно истолковано как общая безопасность спорта для копчика. Важнее вывод о смене паттерна риска: у спортсменов на первый план выходит не острая травма, а хроническая перегрузка, ведущая к нестабильности. В целом данная работа вносит существенный вклад в детскую ортопедию и спортивную медицину и будет полезна широкому кругу специалистов.

Подготовил Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.