

Поражения первого плюснефалангового сустава. Современный подход к решению проблемы

С увеличением числа пациентов с поражениями первого плюснефалангового сустава эта проблема становится особенно актуальной. Сегодня мы ведем беседу со специалистом по стопе и голеностопному суставу отдела эндопротезирования и эндоскопической хирургии суставов Новосибирского НИИТО Игорем Анатольевичем ПАХОМОВЫМ.



— Игорь Анатольевич, по нашим данным, ваш опыт эндопротезирования первого плюснефалангового сустава один из самых больших в мире, поэтому нам приятно брать у вас сегодня интервью. И хотелось бы задать первый вопрос: есть ли преимущества у эндопротезирования первого плюснефалангового сустава в сравнении, например с артропластической резекцией?

— Ну, насчет того, что мой опыт один из самых богатых в мире, это наверно, громко сказано. Для нашей страны он значительный. А насчет преимуществ эндопротезирования первого плюснефалангового сустава по сравнению с артропластической ре-

зекцией, которая в отечественной литературе называется операцией Шедде-Брандеса, а в англоязычной — операцией Келлера, то вне всякого сомнения, есть большие преимущества. Значительнее снижается болевой синдром, отсутствует укорочение пальца, снижается значительно риск повторного фиброза первого плюснефалангового сустава и в целом это ведет к более хорошим результатам лечения патологии Hallux Rigidus.

— Как вы считаете, какими преимуществами обладают протезы из керамики по сравнению с другими материалами?

— Износостойкость, хорошая интеграция с костной тканью, хорошая адаптация, т.е. они хорошо себя ведут при взаимодействии с костной тканью. Они удобны и просты в имплантации, что тоже является достоинством, есть и другие определенные достоинства.

— Сколько на сегодняшний день вы уже провели эндопротезирований керамическим протезом?

— Около 80.

— Какие результаты получили? То есть вы удовлетворены результатами?

— Не всегда, конечно, есть проблемы, которые мы успешно решаем, но в целом наши пациенты довольны, а значит и мы тоже.

— В связи с широкой распространенностью данного заболевания, какие вы считаете перспективы у этой технологии?

— Я думаю, перспективы данной технологии широкие, потому что во-первых, результаты на самом деле не плохие, а во вторых, я считаю, что при определенном доведении до совершенства этой конструкции перспективы действительно будут очень широкие и ее можно будет смело использовать не только при ригидном первом пальце,

но и при ревматоидном полиартрите, подагре и других заболеваниях.

— Но, как следует из вашей презентации в мае этого года на конференции в Москве, вы уже расширили спектр показаний и получили успешные результаты эндопротезирования при ревматоидном полиартрите, подагре, при ослабленной кости. За счет чего вам удалось это сделать?

— Речь идет, видимо, об остеопорозе, и о том, что при тяжелом остеопорозе, который, как правило, сопровождается данным заболеванием, появляются технические препятствия для имплантации эндопротезов, вы это имеете в виду, да? Во-первых, не всегда. Первое — это выбор показаний к оперативному лечению. Во-вторых, использование эндопротезирования первого плюснефалангового сустава в комплексе хирургического лечения, т.е. как правило, больные с ревматоидным полиартритом, с подагрой и другими аутоагрессивными заболеваниями требуют комплексного подхода, в том плане, что это не единственная операция, мы исправляем все компоненты деформации стопы, пальцев переднего, заднего, среднего и используем эндопротезирование в комплексе. Далее, мы используем технические приемы, позволяющие укрепить головку первой плюсневой кости. О них нет задачи сейчас говорить, они разнообразны. Одним словом, по мере накопления опыта эндопротезирования первого плюснефалангового сустава и по мере накопления опыта лечения больных с ревматоидными поражениями стоп в ряде случаев нам удалось адаптировать данную технологию и получить неплохие результаты.

— А какие самые сложные клинические случаи, с которыми вам пришлось работать?

— Мы не разделяем больных на простых и сложных. Каждый пациент со стопой, с тяжелыми поражениями стопы имеет определенные отличия и сложности, и я глубоко убежден, что такие операции должны выполняться в условиях специализированного учреждения.

— Вы уважаемый хирург, который не пасует перед сложными случаями. В чем ваш секрет успеха?

— Это сложный вопрос, и я даже не знаю, как на него ответить. В нашей клинике (это традиция для нашего института) мы отдаем себя полностью работе, причем по двум направлениям. Первое — это постоянное совершенствование теоретическое, мы постоянно все (не только я) много читаем, мы все знаем иностранные языки, постоянно используем иностранную литературу и иностранный опыт, повышаем свою квалификацию, постоянно ездим на усовершенствование, на учебу, мастер классы. И самое главное, я считаю, и это традиция нашего института, мы постоянно анализируем опыт нашей работы, опыт наших предшественников, опыт наших коллег и, я думаю, что анализ этого опыта и есть причина того, что вы называете успехом, хотя для нас это обычная работа.

— Игорь Анатольевич, какие рекомендации вы могли бы дать ортопедам, которые только начинают свой путь в эндопротезировании ПФС?

— В том, что я только что сказал. Тут добавить нечего. Читать, смотреть, анализировать опыт, не выдавать желаемое за действительное, называть плохое — плохим, хорошее — хорошим.

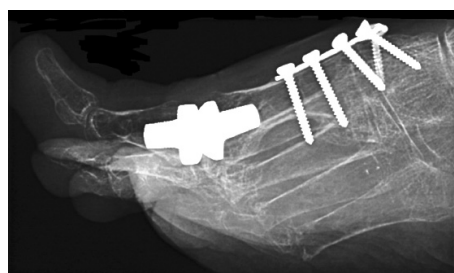
— Игорь Анатольевич, спасибо за интервью!



Клинический пример № 1. Ревматоидный полиартрит.



Клинический пример № 2. Подагра.



Клинические случаи представлены с разрешения И. А. Пахомова.



KERAMIK-IMPLANTATE

Эндопротезы мелких суставов из циркон-оксидной керамики.