



Николай ЗАГОРОДНИЙ: «Сейчас есть реальные возможности для решения проблем в системе травматолого- ортопедической службы Москвы»



Замечательный хирург и ученый, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии РУДН, д. м. н., профессор Николай Васильевич ЗАГОРОДНИЙ внес большой вклад в развитие отечественной науки и практического здравоохранения в области эндопротезирования суставов, хирургии позвоночника, артроскопии крупных суставов и криохирургии опорно-двигательного аппарата. Недавно Николай Васильевич Загородний был назначен главным травматологом и ортопедом города Москвы. Об организационных проблемах системы травматолого-ортопедической службы города и путях их решения, а также о высокотехнологичных методах оперативного лечения различных травматических повреждений, разработанных и внедренных в клиническую практику им и его учениками, с профессором Н.В. Загородним беседует наш корреспондент.



Актуальное интервью

– В чем особенность системы травматолого-ортопедической службы Москвы и насколько она соответствует потребностям города?

– Можно сказать так: сама служба есть. Она представляет собой одну из самых многочисленных и разветвленных структур здравоохранения с достаточным количеством стационарных и амбулаторных отделений и квалифицированных специалистов. Таким образом, по количеству коек и занятости врачей служба соответствует потребностям города. Проблема заключается в эффективной организации их деятельности. К сожалению, зачастую хирургическая койка используется не для хирургического лечения, а заменяет диагностическую койку. Мы кладем больного и начинаем его обследовать, в ходе обследования выявляются какие-либо противопоказания к операции, в результате нам приходится выписывать больного без оказания хирургического лечения. Иногда мы вынуждены держать пациента на койке после малоинвазивной операции 14–20 дней вместо 5 дней, поскольку так определено стандартами лечения по системе ОМС, иначе больница не получит деньги от страховой компании за оказанное лечение. Между тем мы могли бы пациента выписать через 5 дней, чтобы он смог пройти реабилитацию в специализированном отделении, и за это время оказать хирургическую помощь еще двум больным, ведь наши отделения, особенно в зимний период, когда имеет место массовый травматизм, переполнены. Этой ситуации можно легко избежать, просто нужно активно оперировать больных, активно их выписывать и активно потом реабилитировать. Целесообразность интенсивного метода использования коечного фонда лечебных учреждений доказана практикой зарубежных и ряда отечественных клиник.

– Возможно, данную проблему можно решить в рамках проводимой сейчас модернизации здравоохранения?

– Меня радует, что модернизация здравоохранения опирается на реальное финансирование. Я сам участвовал в разработке московской программы здоровья в пору, когда Ельцин занимал пост секретаря Московского горкома партии. Поскольку под нее не выделялось ни материальных, ни социальных ресурсов, программа так и «зависла», оставшись лишь на бумаге. Сейчас складывается иная ситуация – мэр Москвы Сергей Семенович Собянин четко сказал: деньги на здравоохранение будут выделены, необходимо только их правильно использовать. Представьте себе, что такой пласт экстренной медицины столицы, как травматология и ортопедия, на протяжении четырех лет не имел главного специалиста! Ситуация с обеспечением самым необходимым была просто катастрофической: в отделениях не хватало спиц, винтов, фиксаторов, эндопротезов, хотя порой не самое нужное оборудование для больниц приобреталось втридорога. Мы сейчас определяем самые острые проблемы службы, в том числе и в плане обеспеченности изделиями медицинского назначения, имплантатами и тому подобным, благо сейчас у руля московского Департамента здравоохранения стоят люди, которые понимают эти проблемы и, главное, хотят их решить. Есть согласие Олега Михайловича Печатникова – руководителя Департамента здравоохранения Правительства Москвы – на то, чтобы выделить финансы для этих целей. Я думаю, что мы сдвинем эту проблему в Москве с мертвой точки.

– Вы – практикующий хирург, автор 52 патентов и около 700 публикаций. Как Вам удается одновременно сочетать в себе качества хирурга, инженера и ученого?

– Очень просто. Нельзя быть хорошим хирургом, не будучи ученым. Если же ты берешься улучшить протез, поневоле приходится проявлять и инженерную смекалку. Вот, например, эндопротез тазобедренного сустава, который носит название «Ильза», по первым буквам фамилий авторов – академика Ильина и профессора Загороднего. Его ставят пожилым людям. Операция длится 30 минут, через два дня человек может ходить. Мы совместно со специалистами Московского авиационно-технологического университета им. К.Э. Циолковского (МАТИ) разработали целую систему отечественных эндопротезов тазобедренного сустава.

– В чем их особенность?

– Дело в том, что имевшиеся на тот момент отечественные эндопротезы не отличались ни хорошим качеством, ни долговечностью. Мы поставили перед собой задачу – увеличить их качество и срок службы. Эндопротезы, как правило, делают из титанового сплава. Титан биосовместим с тканями организма. Но есть один момент – из всех металлов он самый мягкий, а в некоторых позициях эндопротеза данное его свойство нежелательно. Все дело в узле трения. Необходимо было создать такую технологию, чтобы превратить металл из мягкого в твердый. Специалисты МАТИ смогли этого добиться, разработав уникальную технологию обработки титановых сплавов – термоводородную обработку, – аналогов которой нет в мире. Это позволило в 4 раза увеличить срок службы эндопротезов – с 10 до 40 лет. Мы уже установили 1000 таких протезов пациентам. В настоящее время разработанные нами эндопротезы тазобедренного сустава используются в российских клиниках, а также и в ряде стран СНГ. Совместно с «ЭНДпро» мы создали первый наш российский эндопротез нового поколения для коленно-

травматология



Актуальное интервью

го сустава. Сейчас отечественный комплект элементов титановых и кобальт-хром-молибденовых эндопротезов коленного сустава с набором инструментов для их установки выпускает МАТИ. Конструкция эндопротезов предусматривает взаимозаменяемость многих компонентов и универсальность с использованием инструментов. Мы установили свыше 500 таких протезов нашим больным.

– Под Вашим руководством создан эндокорректор позвоночника для лечения сколиозов у детей. В чем его уникальность?

– В России в целом и в Москве в частности очень много детей и подростков с деформацией позвоночника. Процесс акселерации известен – скелет растет быстрее мышечной массы. Дети много времени проводят за уроками, компьютером, все меньше занимаются спортом. Нарушается осанка, что ведет к деформации позвоночника и развитию сколиоза. На кафедре мы очень много думали о том, как наиболее эффективно лечить сколиоз. Существовавшие на тот момент в мире эндокорректоры исправляли деформацию, но задерживали рост позвоночника, что приводило к диспропорциональному развитию тела – конечности у ребенка вырастали большие, а туловище оставалось маленьким. Будучи в Красноярске, я познакомился с профессором Александром Андреевичем Лака и с методикой, которую он применял для лечения сколиозов у подростков в отделении клиники. Они разработали эндокорректор, способный расти вместе с позвоночником. Я пригласил профессора работать к нам на кафедру. Мы здесь усовершенствовали эндокорректор, который не препятствует росту скелета. В этом его уникальность, аналогов в мире нет. С данным изделием знакомы российские коллеги, оно демонстрировалось в Германии,

во Франции, сейчас его изучают в двух лондонских университетах, выразивших большое желание сотрудничать с нами в этом вопросе. Сейчас по этому направлению у нас очень результативно работает один из самых молодых профессоров кафедры Мухамад Тадмеханович Сампиев. К слову сказать, у нас из 14 преподавателей кафедры 11 – доктора наук.

– Вы также уделяете много внимания хирургии заболеваний и повреждений позвоночника.

– Исследованиями в области малоинвазивного переднего внебрюшинного доступа к телам позвонков занимается доктор медицинских наук Владимир Валентинович Доценко. Я с ним познакомился в Рязани, когда присутствовал на защите его кандидатской диссертации. Он тогда уже выполнял операции на позвоночнике с передним доступом, то есть через живот, и с минимальным разрезом, что мне очень понравилось. Обычно такие операции выполняются с заднего доступа, и порой, прежде чем добраться до опухоли, разрушаются здоровая костная ткань, связки. Операция с переднего доступа менее травматична. Более того, Владимир Валентинович разработал и инструменты для проведения операции – фиксаторы, пластины. Я пригласил его работать на нашу кафедру. Результаты исследований легли в основу нового направления в хирургии спондилолистезов и рецидивов межпозвоноковых грыж. Некоторое время спустя Доценко уже оперировал повторных больных в Германии, Франции, Англии, объездил весь арабский мир. В Судане даже построили госпиталь на берегу Нила, который называется «Госпиталь хирургии позвоночника и суставов имени Российского университета дружбы народов».

– Почему именно в Судане появился такой госпиталь?

– Случайно. Дело в том, что однажды наши арабские коллеги –

ординаторы и аспиранты – узнали, что в Москву прибыл спикер верхней палаты правительства Судана с выраженной нестабильностью позвоночника. Необходима была срочная операция. Пригласили на консультацию Владимира Валентиновича Доценко. Он предложил прооперировать его здесь. Мы его прооперировали, операция прошла успешно. Спустя месяц с тем же диагнозом к нам за помощью приехал министр внешних экономических связей страны. После операции он пригласил нас в Судан, где больных с заболеванием позвоночника колоссальное количество. Это определено генетически: суданцы – самая высокая нация в Африке, мышечный корсет развит недостаточно, у каждого третьего – патология позвоночника. Поэтому именно там построили такой госпиталь, куда наши врачи приезжают оперировать вахтовым методом. Доценко, начав оперировать в Судане, затем расширил географию – его стали приглашать в Ливан, Иорданию, Саудовскую Аравию, Египет. Следующее направление, которым мы занимаемся, – это остеосинтез, или лечение больных с травмами, переломами. Мы здесь не изобретаем фиксаторы, потому что они уже есть – над этим работают целые институты, мы лишь внедряем их продукцию у себя. Мы также разработали артроскопию – новый эндоскопический метод хирургии суставов. Ведут эти два направления профессор Андрей Вадимович Королев и Федор Леонидович Ласко. У них тоже много учеников и в России, и в других странах. Например, один из учеников сейчас является главным артроскопистом Сирии. Следующее направление – это хирургия стопы. Казалось бы, всеми забытый и брошенный раздел травматологии, но благодаря скрупулезным исследованиям Виктора Процко, Андрея Карданова и других наших выпускников разработан алгоритм применения различных оперативных методик

ортопедия



Актуальное интервью

в зависимости от степени патологии стопы. Они их не только на костной системе разработали, но и на мышечно-сухожильном аппарате.

– Вы представляете Россию в Международной организации травматологов и ортопедов SICOT. Что дает подобное сотрудничество?

– Во-первых, высокую информированность о новейших мировых разработках и исследованиях в нашей сфере деятельности, а также возможность поделиться российскими достижениями. С этой целью проводятся ежегодные съезды SICOT, в которых и мы участвуем. Во-вторых, это налаживание дружеских контактов, которые затем перерастают в научное сотрудничество. Например, в июне к нам приезжают на стажировку представители из университета г. Росток (Германия), в то же время наши специалисты отправляются на стажировку в университет Росток. Подобные договоры о взаимном сотрудничестве заключены с университетом г. Бордо (Франция) и учебными заведениями других стран.

– Вы проходили стажировку во многих ведущих клиниках Европы. Что на Вас произвело наибольшее впечатление?

– Организация рабочего процесса врача. У него нет никаких проблем, он ни в чем не испытывает нужды, а только оперирует, успевая сделать 5–6 операций в день. У нас же 1–2 проведенные в день операции – это уже подвиг, потому что то эндопротезы, то инструменты не подвезли, то расходных материалов нет. Любой заведующий отделением 60% времени тратит на решение оргвопросов, которыми он не должен заниматься, и лишь 40% – на пациентов.

– Между тем смертность от различных травм занимает третье место среди всех причин смерти

в нашей стране. Именно вашей службе приходится в первую очередь спасать людей, пострадавших в результате терактов, других чрезвычайных ситуаций.

– Чем, помимо смертей, оборачиваются подобные чрезвычайные ситуации? Значительным количеством раненых, которым необходима экстренная хирургическая помощь. Пострадавшим при взрывах чаще всего требуется оперативное вмешательство по поводу травм верхних и нижних конечностей. Когда наступает беда, мы,



врачи, стараемся оказать необходимую помощь, было бы чем, вот что главное. Сейчас деятельность Департамента здравоохранения Москвы нацелена на то, чтобы закупить все необходимое больницам для оказания полноценной медицинской помощи людям в случаях массового травматизма. Да и в целом экстренная хирургическая помощь при травмах требует существенного улучшения. Например, мы сейчас будем разрабатывать программу по оказанию экстренной помощи пожилым пациентам.

– Что это за программа и почему возникла в ней необходимость?

– Это программа оказания экстренной хирургической помощи пациентам пожилого и старече-

ского возраста травматологического профиля. Они должны быть прооперированы в так называемый «золотой день» – в первые сутки. Согласно данным исследования, проведенного специалистами Института травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена совместно с самарскими коллегами, 80% пожилых пациентов с переломом шейки бедра, которым не была своевременно проведена операция, умерли от обострений хронических заболеваний в течение года, а у па-

циентов преклонного возраста, которых удалось прооперировать в первый день их поступления в клинику, смертельный исход наступал только в 5% случаев. Так что, как видите, нам есть за что бороться. Я еще раз хочу подчеркнуть значимость своевременной экстренной помощи для спасения жизни больных и их дальнейшей успешной реабилитации. Экстренная травматология – это хирургия, когда срок лечения измеряется минутами и часами, а не сутками. Как видите, организационных проблем в системе травматолого-ортопедической службы Москвы много, но сейчас появились реальные возможности для их решения.

Беседовала С. Евстафьева

травматология