



## 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 Ростока. 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,

скового 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-



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-

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