



Opinion Leader

лидер мнений

”

**Я продолжаю
учиться,
совершенствоваться.
Если ты остановился,
значит, ты идешь
назад...**

*Доктор медицинских
наук, профессор*

**ЗАГОРОДНИЙ
Николай Васильевич**

~ С. 16 ~

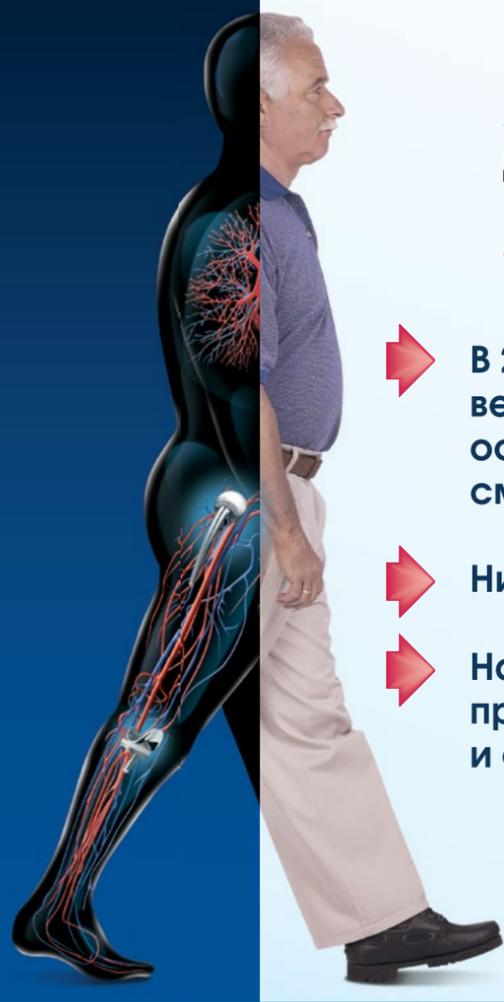
1 (1) 2016

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ



Прадакса®

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ



Прадакса®
дабигатрана этексилат

Преображая
антикоагулянтную терапию

- ➔ В 2 раза снижает частоту тяжелых венозных тромбоземболических осложнений и ВТЭО-ассоциированной смерти по сравнению с эноксапарином^{1,3}
- ➔ Низкий риск развития кровотечения^{1,3}
- ➔ Наиболее широкий спектр применения в травматологии и ортопедии среди НОАК^{2,4-6}

Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® (Pradaxa®)⁴

Регистрационный номер: ЛСР-007065/09 (для дозировок 75 мг и 110 мг); ЛП-000872 (для дозировки 150 мг). МНН: дабигатрана этексилат. Лекарственная форма: капсулы. Состав: одна капсула содержит 86,48 мг, 126,83 мг или 172,95 мг дабигатрана этексилата мезилата, что соответствует 75 мг, 110 мг или 150 мг дабигатрана этексилата. Показания: профилактика венозных тромбоземболий у пациентов после ортопедических операций; профилактика инсульта, системных тромбоземболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий; лечение острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. Противопоказания: известная гиперчувствительность к дабигатрану, дабигатрана этексилату или к любому из вспомогательных веществ; тяжелая степень почечной недостаточности (КК менее 30 мл/мин); активное клинически значимое кровотечение, геморрагический диатез, спонтанное или фармакологически индуцированное нарушение гемостаза; поражение органов в результате клинически значимого кровотечения, включая геморрагический инсульт в течение 6 месяцев до начала терапии; существенный риск развития большого кровотечения из имеющегося или недавнего изъязвления ЖКТ, наличие злокачественных образований с высоким риском кровотечения, недавнее повреждение головного или спинного мозга, недавняя операция на головном или спинном мозге или офтальмологическая операция, недавнее внутримозговое кровоизлияние, наличие или подозрение на варикозно-расширенные вены пищевода, врожденные артериовенозные дефекты, сосудистые аневризмы или большие внутрипозвоночные

или внутримозговые сосудистые нарушения; одновременное назначение любых других антикоагулянтов, в том числе нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (эноксапарин, дабигатран и др.), производных гепарина (фондапаринукс и др.), пероральных антикоагулянтов (варфарин, ривароксабан, апиксабан и др.), за исключением случаев перехода лечения с или на препарат ПРАДАКСА или в случае применения нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для поддержания центрального венозного или артериального катетера; одновременное назначение кетоконазола для системного применения, циклоспорина, итраконазола, такролимуса и дронадерона; нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость; наличие протезированного клапана сердца; возраст до 18 лет (клинические данные отсутствуют). Способ применения и дозы: капсулы следует принимать внутрь 1 или 2 раза в день (в зависимости от показаний) независимо от времени приема пищи, запивая стаканом воды для облегчения прохождения препарата в желудок. Не следует вскрывать капсулу. Особые указания при изъятии капсул из блистера: оторвите один индивидуальный блистер от блистер-упаковки по линии перфорации; выньте капсулу из блистера, отслаивая фольгу; не выдавливайте капсулы через фольгу. Побочное действие: побочные эффекты, выявленные при применении препарата с целью профилактики ВТЭ после ортопедических операций; для профилактики инсульта и системных тромбоземболий у пациентов с фибрилляцией предсердий; для лечения острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактики смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; для профилактики рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоземболии легочной

артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. Часто (от 1/100 до 1/10 случаев): анемия, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, ректальные кровотечения, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, нарушение функции печени, кожный геморрагический синдром, урогенитальные кровотечения, гематурия. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Особые указания: риск развития кровотечения. Применение препарата ПРАДАКСА, так же как и других антикоагулянтов, рекомендуется с осторожностью при состояниях, характеризующихся повышенным риском кровотечений. Во время терапии препаратом ПРАДАКСА возможно развитие кровотечений различной локализации. Снижение концентрации гемоглобина и/или гематокрита в крови, сопровождающееся снижением АД, является основанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом ПРАДАКСА не требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для определения МНО применяться не должен, поскольку есть данные о ложном завышении уровня МНО. Для выявления чрезмерной антикоагулянтной активности дабигатрана следует использовать тесты для определения тромбинового или экаринового времени свертывания. В случае, когда эти тесты недоступны, следует использовать тест для определения АЧТВ. В исследовании RE-LY у пациентов с фибрилляцией предсердий превышение уровня АЧТВ в 2-3 раза выше границы нормы перед приемом очередной дозы препарата было ассоциировано с повышенным риском кровотечения. Условия хранения: в сухом месте, при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. Срок годности: 3 года. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

ООО «Берингер Ингельхайм», 125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3.
Телефон (495) 5445044. Факс (495) 5445620. www.boehringer-ingelheim.com

- ВТЭО - венозные тромбоземболические осложнения. НОАК - новые оральные антикоагулянты.
1. Eriksson B et al. Oral dabigatran versus enoxaparin for thromboprophylaxis after primary total hip arthroplasty (RE-NOVATE II). Thrombosis and Haemostasis 2011; 105 (4): 721-729.
 2. Профилактика венозных тромбоземболических осложнений в травматологии и ортопедии. Российские клинические рекомендации. Травматология и Ортопедия России, 2012-1(63). Приложение, 24 стр.
 3. Rosencher N, et al. Thrombosis Journal 2016; 14(8):1-10.
 4. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® 75 мг/110 мг; ЛСР-007065/09; 150 мг; ЛП-000872.
 5. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксарелто® ЛСР-003820/09.
 6. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эликвис® ЛП-001475, ЛП-002007 (травма, СПАФ, ТГВ).

RU/PRA-161367_06.16

реклама

OL

Opinion Leader

лидер мнений

Издатель
АННА ГУРЧИАНИ
Главный редактор
СВЕТЛАНА ЕПИСЕЕВА
Макет, дизайн, верстка
ЕЛЕНА МАППЫРОВА
Корректор
МАРИНА БАЛАБАНОВА
Журнал зарегистрирован
в Роскомнадзоре.
Свидетельство о регистрации
СМИ ПИ № ФС77-66303 от 01 июля
2016 года.
Учредитель: Анна Гурчиани
125412, г. Москва, ул. Ангарская,
д. 55, оф. 6 / +7 (926) 317-4445
opinionleaderjournal@gmail.com

Журнал распространяется
бесплатно. 18+

Подписано в печать 25.07.2016

Журнал отпечатан в ООО «Буки
Веди» Ленинский проспект, д. 4,
стр. 1 А. 119049, Москва, Россия

Тираж: 2000 экз.
Периодичность – 4 раза в год.

Фото на 1-й странице обложки:

**Профессор
Н. В. Загородний**

Перепечатка материалов,
опубликованных в журнале
Opinion Leader, допускается только
по согласованию с редакцией.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ

1 (1) 2016

Содержание

04 – 05

ХРОНИКА

Люди, события, комментарии



ГЕРОЙ
НАШЕГО ВРЕМЕНИ

М. А. Абдулхабилов /
Честь имею



КРУПНЫМ
ПЛАНOM

Н. В. Загородний /
Николай Васильевич
не меняет профессию

06 – 11

16 – 22



ИЗ ПЕРВЫХ
РУК

Л. К. Брижань /
На передовой
травматологии
и ортопедии



ДИАГНОЗ

Н. В. Загородний /
Остеоартроз и его
лечение

12 – 15

24 – 33

»

1 (1) 2016

Содержание

34

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

**Непрерывное обучение
в травматологии
и ортопедии**



35–36

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

А. В. Скороглядов /

Обучая других, учимся
сами



37–39

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

Г. В. Коробушкин /

Профориентация
и студенческое научное
общество



40

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

А. Абилемец /

С чего начинается
профессия



42–44

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

С. С. Копенкин /

Особенности подготовки
травматологов-ортопедов



45–47

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

М. А. Страхов /

Расширяем круг
профессиональных
возможностей



48–49

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

Г. Д. Лазишвили /

Обучение
технологиям
будущего доступно
уже сегодня



50–55

НА ПИКЕ ТЕХНОЛОГИЙ

М. А. Страхов, Н. В. Загородний,
Г. Д. Лазишвили,
А. В. Скороглядов, Л. К. Брижань,
А. М. Педанов, Я. В. Бугаев,
Т. Г. Гаев /

Особенности применения
богатой тромбоцитами
плазмы (PRP) в травматоло-
гии, ортопедии и спортивной
медицине



56–60

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК

Н. В. Загородний,
С. В. Безверхий,
Н. Г. Захарян, Т. О. Скипенко,
А. С. Кардангушев,
И. Д. Евсюкова /

Ближайшие результаты
поверхностного
эндопротезирования
тазобедренного сустава
на примере эндопротеза
VMHR

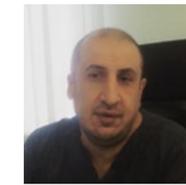


62–69

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ

А. В. Гаркави /

Наука оказания экстренной
помощи



70–73

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА

Г. С. Карапетян /

Травматология с армянским
акцентом



74–77

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Д. Зубков /

Травматолог-ортопед
в информационном потоке

78–80

КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ

Важные отраслевые
события



Opinion
Leader

Люди. События.
Комментарии



КАК СТАТЬ ЛУЧШИМ ОДНОМЫШЦЕЛКОВЫМ ХИРУРГОМ

Ответ на этот и многие другие вопросы получили участники VIII Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндопротезирования крупных суставов – одномышцелковое эндопротезирование коленного сустава – шаг в правильном направлении», которая состоялась 20 мая в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования. В мероприятии приняли участие свыше ста российских и зарубежных специалистов в этой области. На конференции была представлена всеобъемлющая информация по данной теме, начиная от философии и истории одномышцелкового эндопротезирования в России до подробного разбора хирургической техники и методов улучшения результатов операций. С докладами выступили ведущие ученые из России (Николай Загородний, Николай Корнилов, Тарас Куляба, Владимир Даниляк и др.), Бельгии (Эммануэль Тиенпонт, Гирт Пирсман), Франции (Филипп Картье, Себастьян Паретте) и Германии (Томаз Хейс, Фолькер Атцродт).



АППАРАТ ИЛИЗАРОВА БУДЕТ ЕЩЕ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ

Международная научно-практическая конференция «Илизаровские чтения» начала свою работу 16 июня, на следующий день после празднования 95-летия со дня рождения академика РАМН, профессора, доктора медицинских наук, выдающегося хирурга-ортопеда и изобретателя Гавриила Илизарова. В этом году Курган отмечает еще две знаменательные даты: 65 лет методу Илизарова – чрескостному остеосинтезу и 45 лет Российскому научному центру «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г. А. Илизарова. Врачи более чем 60-ти стран мира используют в своей практике метод Илизарова, который актуален по сей день.

Впервые ежегодные «Илизаровские чтения» прошли в Кургане в 1976 году. Три дня нынешней конференции были посвящены теме «Костная патология – от теории до практики». Около пятисот ведущих специалистов по травматологии, ортопедии, хирургии, педиатрии, неврологии, реабилитологии, генетике и организации здравоохранения из более чем 20-ти стран мира приняли участие в лекциях, докладах, симпозиуме, показательных операциях, мастер-классах и обсуждении клинических случаев.

Директор Центра Илизарова рассказал участникам конференции о новых разработках по усовершенствованию зарекомендовавшего себя метода. В планах использование 3D-принтеров для изготовления имплантов и создание автоматического компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова, который в два раза ускорит растяжение костной ткани и которым врач сможет управлять удаленно.



ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ НАБИРАЕТ ОБОРОТЫ

IV Международный форум «Инновации в медицине: импортозамещение в вертебрологии, травматологии-ортопедии, нейрохирургии и реабилитологии. Пути решения. Перспективы развития» прошел в Новосибирске 9–10 июня. Это крупное событие объединило ученых, врачей и разработчиков в сфере медицины. Форум дал возможность специалистам познакомиться с новейшими технологиями в отрасли, обменяться опытом российским и зарубежным коллегам из Германии, Франции, Израиля, Казахстана и Таджикистана. Мероприятие было направлено на продвижение инновационных технологий, их эффективного внедрения в России с учетом международного опыта.

После работы в рамках деловой программы в формате мастер-классов, семинаров и трансляций из операционных участники форума посетили Медицинский промышленный парк, первая очередь которого открылась 8 июня, и ознакомились с образцами продукции, которая будет производиться здесь:

- ✓ вся линейка эндопротезов крупных суставов (до 20 000 единиц в год, около 40% рынка РФ);
- ✓ экзопротезы и их компоненты (до 22 500 единиц в год – 40% рынка РФ);
- ✓ конструкции для травматологии и ортопедии на основе металла и других материалов (биodeградируемые конструкции; 50 000 единиц в год);
- ✓ аппаратно-программные комплексы для реабилитации (1000 единиц в год или 35% рынка РФ).

Также все желающие совершили экскурсию на предприятие «НЭВЗ-КЕРАМИКС», где в 2015 году было запущено производство отечественного протеза тазобедренного сустава с элементами нанобиокерамики.



СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА СТАЛИ БОЛЕЕ ДОСТУПНЫ ВРАЧАМ НА ПЕРИФЕРИИ

В Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Барнауле при участии Российского НИИ травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена 30 июня – 1 июля прошла Всероссийская научно-практическая конференция травматологов-ортопедов с международным участием «Сложные случаи первичного эндопротезирования тазобедренного сустава».

Более 150 травматологов-ортопедов из 25 регионов России, а также зарубежные спикеры Фолькер Атцродт (Германия), Гидеон Бурштейн и Вадим Бенкович (Израиль), Анджей Кольбушевски (Польша), Оливер Джохани (Австрия) обсудили теоретические вопросы и разобрали клинические случаи.

В ходе конференции состоялись мастер-классы по малоинвазивным и органосохраняющим технологиям лечения патологии тазобедренного сустава: рассматривались показания к периацетабулярной остеотомии и результаты лечения, возможности артроскопии и открытой хирургии в лечении ФАИ, малоинвазивный метод лечения АНГБК.

Программа конференции была нацелена на то, чтобы помочь травматологам-ортопедам, работающим в клиниках на периферии, познакомиться с современными методами оказания профессиональной помощи по эндопротезированию тазобедренного сустава. □

Честь имею

В этом году отметил свой 75-летний юбилей
доцент кафедры травматологии и ортопедии
РУДН Магомед Абдулхабиров



© Из личного архива М. А. Абдулхабирова

**Он родился
в высокогорном
ауле Дагестана,
рос без отца,
в постоянной нужде.
Сегодня Магомед
Абдулхабирович
травматолог-ортопед
высшей категории,
общественный
деятель и человек
с большой буквы.
Знает несколько
языков, и его именем
названа звезда
в космосе**

Магомед Абдулхабирович, вы выросли вдали от большой цивилизации, в высокогорном дагестанском ауле Нижние Гаквари на высоте 2500 м над уровнем моря. Как вы решили стать врачом?

— Когда мне было два года, умер отец, а мама работала в колхозе, жили мы так бедно, что иной раз и зимой приходилось идти без обуви. После окончания школы мои сверстники уехали продолжать учебу, а я, несмотря на свою серебряную медаль, остался, потому что не было денег на поездку в Махачкалу. Меня направили на работу в сельскую школу Гигатли, где преподавал в начальных классах, а также химию старшеклассникам. Тогда же поступил на заочный химико-биологический факультет Дагуниверситета.

Со мной работали молодые и красивые учителя из России. Они не убоились приехать на работу к «диким» горцам, в аулы без электричества, без автомобильных дорог, без воды и туалетов в саклях. Они — величайшие миссионеры! Не забыть бы об этом! Замечательно то, что в Махачкале воздвигнут памятник РУССКОЙ УЧИТЕЛЬНИЦЕ! Они пользовались огромным авторитетом у местного населения. Я был от них в полном восхищении. Эти девушки и подтолкнули меня на очную учебу. Через два года я все-таки собрался, поехал и поступил в Дагестанский мединститут. Именно этим русским учительницам я обязан, что так круто изменилась моя жизнь. А так я уже планировал остаться в селе, преподавать в школе, построить дом, завести коров, хозяйство.

— А почему вы выбрали именно травматологию и ортопедию?

— Я хорошо окончил Дагестанский мединститут и при распределении рассчитывал попасть в Сибирь. Хотел отдать долг тем моим русским учительницам, но за Уралом не было мест, и меня направили во Владимирскую область. Поработал там, а затем хирургом, зам. главврача по хирургии Цумадинской районной больницы Дагестана, прошел специализацию по военно-полевой хирургии в Северо-Кавказском госпитале в Ростове-на-Дону. И как-то случайно увидел в газете объявление о конкурсе на поступление в аспирантуру на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии 2-го Московского медицинского института. Дай, думаю, попробую. Так в 1967 году я стал аспирантом.

— Кто были ваши наставники в профессии?

— Я попал к выдающемуся травматологу-ортопеду, профессору Чернавскому Виктору Алексеевичу. Это было счастьем! Он был очень светлым, честным, благородным, интеллигентным и высокообразованным ученым! Он принял меня как сына. Вспоминаю его с огромной благодарностью. Конечно, я приехал сюда еще мало что понимающий в травматологии. И можете себе представить, этот великий ученый ассистировал мне на операциях, обучая меня азам специальности. Такое не забывается! Мне посчастливилось работать в Центральном институте травматологии и ортопедии, стажироваться у академика Гавриила Илизарова. Вот уже больше двадцати лет я работаю в РУДН под началом профессора Николая Васильевича Загороднего. Этот человек — огромная личность, признанная коллегами во всем мире. Я не знаю других примеров, чтобы руководитель приглашал людей из регионов на кафедру в Москву. Он не боится окружать себя талантливыми людьми. Истинный интернационалист. Это важное качество для руководителя. Однажды меня на телевидении спросили: «Вот вы нерусский лечите русских. Как вы к ним относитесь?» Я ответил, что как

только я задумаюсь о национальности того, кого лечу, я сразу же должен оставить свой диплом.

— А когда вы начали оперировать?

— На 4 курсе, это было в Кизляре. Тогда под местным новокаиновым обезболиванием блестящие хирурги Осипов и Майковский делали резекцию желудка, я им ассистировал. С того времени я уже старался быть ближе к хирургам. Почувствовал, что это мое дело. Хирургия доставляет невероятное наслаждение. Ни что не сравнится с состоянием абсолютной радости и счастья, когда тебе удастся операция. И конечно же, колоссальные переживания, когда что-то не получается.

— Уже став специалистом, вы передавали свое мастерство врачам Турции и Сирии. Что вам дал опыт работы за границей?

— В Турцию я был приглашен, чтобы внедрить методики Илизарова. Кстати, Илизаров тогда Нобелевскую премию мог бы получить за открытие феномена сращения и удлинения кости путем distraction (растяжение). До войны я часто бывал в Сирии, много консультировал и оперировал. Сирия — страна с великой и древнейшей культурой и историей. Больно за Сирию. Она не заслужила такой участи.

— Магомед Абдулхабинович, о чем у вас больше всего болит душа?

— В России нет университетских клиник. Исключение Московская медицинская академия им. Сеченова. За границей научные исследования проводятся именно в университетских клиниках и лабораториях. Больницам, где студенты проходят практику, научные исследования не нужны, а преподаватели в больницах бесправные. Главный врач может по своему настроению заключить или аннулировать договор с кафедрой. А в университетской клинике главврач и руководство кафедры должны быть на одном уровне, и клинические работники должны получать лечебные ставки. Если мы хотим в России серьезно, на мировом уровне, развивать науку, то создание университетских клиник — это первоочередная и абсолютная необходимость.

И еще у меня большая тревога о том, что сказать сыну, внуку, правнуку. Живи честно и будешь жить с хорошим именем, но бедно? Крутись, вертись, обманывай и будешь в достатке? Это огромная нравственная драма в современном мире.

— Вы любите работать с молодежью. Чем, на ваш взгляд, нынешнее поколение студентов отличается от вашего?

— Обожаю заниматься со студентами; их мышление — это новая эпоха, новые люди. Они более образованные и практичные, на них больше нагрузки, они вынуждены совмещать учебу с работой, и с сожалением надо отметить, что та стипендия, которую они получают, —

Абдулхабиров Магомед Абдулхабинович



Кандидат медицинских наук, травматолог-ортопед высшей категории, доцент кафедры травматологии и ортопедии РУДН

Им впервые в СССР был использован distractionный метод лечения сложных переломов дистального эпиметафиза лучевой кости с использованием distractionного аппарата собственной конструкции (в соавторстве с А. Лазаревым). Автор более 200 научных публикаций, в том числе 22 методических пособий и 3 монографий в соавторстве. Публикации в журналах, входящих в список Скопсуса. Автор 60 рационализаторских предложений и 17 изобретений по травматологии и ортопедии. Член Московского общества травматологов и ортопедов, Международной ассоциации врачей-писателей, член Союза журналистов Дагестана, член Союза журналистов России, автор пяти публицистических книг и пяти киносценариев. Инициатор создания Московского центра культуры «Дагестан», московской воскресной школы по изучению языков, культуры и истории народов Дагестана и общественной организации «Дагестан без сирот». Учредитель премий: «Имени Аси Денисенко» (медсестрам, работающим в труднейших условиях), «Шамсият» (ухаживающим за тяжелобольными) и «Возвращение» (вернувшимся к нормальной жизни после заключения). Учредитель базальтового ордена «Звезда высокого сияния», который ежегодно вручается тем, кто служит Отчеству сверх своих служебных обязанностей. Его именем названо небесное тело — звезда.



Обожаю заниматься со студентами; их мышление — это новая эпоха, новые люди

это оскорбление. Если не вкладывать в образование, то неминуемо торжество невежества. Наше поколение было защищено во всех отношениях: и стипендии получали, и общежитием обеспечивали, и распределение было. Сейчас молодые выпускники выброшены на улицу. Это же преступление перед молодыми специалистами. Я доверительно общаюсь со студентами и прошу, чтобы они советовались со мной по любым жизненным ситуациям, с которыми они не могут прийти к родителям и друзьям. Из-за сложных жизненных обстоятельств большое число случаев самоубийств среди молодых; умоляю их ценить человеческую жизнь и никогда на нее не покушаться. Я не был в Америке, но говорят, что там даже в метро ведется правильная психологическая работа с людьми. У нас в метро везде надписи: «Выхода нет», а там — «Выход с другой стороны». Когда везде все плохо, человек закичивается.

— Магомед Абдулхабинович, вы славитесь общественной деятельностью, благотворительностью, пишите

открытые письма политическим деятелям. Что вас на это подвигает?

— Вероятно, это моя «ненормальность». К примеру, премия имени Аси Денисенко. Это была очень красивая русская девушка и великая медицинская сестра. Лично ее знал. Она приехала в Дагестан в августе 1957 года и в течение 9 лет работала в Хушетинском фельдшерско-акушерском пункте, где была единственным квалифицированным медиком на 5 аулов и 30 хуторов. Она в буквальном смысле болела за каждого подопечного ей горца, изучала язык местного населения. За самоотверженный труд ее здесь полюбили как родную. А 12 марта 1967 года она шла труднопроходимыми горными тропами в аул на высоте 3500 м, чтобы оказать помощь роженице. Ася не удержалась на скользкой дороге, упала со скалы и погибла. Благодарные горцы похоронили ее со всеми почестями и по моей просьбе высекли на надгробном камне слова: «Поднялась и высилась». Гору, с которой она сорвалась, в память о ней

называют Асиной горой. До Хушети и сегодня трудно добраться, там до сих пор нет электричества. Когда по моей инициативе снимали фильм об Асе Денисенко, пришлось заказывать вертолет для съемочной группы. Эта премия — фонд поддержки медсестер, которые давно работают в отдаленных аулах, в сложных условиях. Я был инициатором возведения в дагестанском селе Салта памятника к 200-летию хирурга Николая Ивановича Пирогова. Был в пещере, где в годы Кавказской войны он оперировал, сидя на коленях на соломе. Здесь впервые в военно-полевых условиях Пирогов применил эфирный наркоз. Он был великим хирургом, анатомом и педагогом мирового уровня. Получился очень красивый мемориал Примирения с эмблемой Кадуцея на вершине памятника. Так маленький аул подает человечеству пример: не надо оборачиваться назад и смотреть на бесконечные конфликты и войны. Если мы будем постоянно оглядываться, то ничего не увидим впереди. Было бы хорошо установить этот

мемориал перед зданием ООН. Наш мир очень хрупок. Я неустанно пишу открытые письма президентам разных стран, призывая их договариваться, а не воевать. Правда, серьезного внимания на них они не обращают, но я не отчаиваюсь.

— **Казалось бы, человек с возрастом теряет жизненную силу, энергию, а вы как будто работаете по принципу аккумулятора. Как вас на все хватает?**

— Мне повезло с женой: великая осетинка Луиза Макова, профессор, терапевт-кардиолог. Университетская зарплата скудная; шуб не дарю, но у нее нет ко мне претензий. Она тоже за всем этим не гоняется. А энергия — это у меня наследственное. Мои предки жили минимум до 80-ти, были и те, кто дожил до 110 лет. Когда моей бабушке Марьям исполнилось 100 лет, я был первым врачом, который ее осматривал, но и тогда она не жаловалась на здоровье.

— **Обе ваши дочери тоже стали медиками. Благодаря вашему влиянию?**



© СКООРУ

Если бы я не стал врачом, то мне бы хотелось быть дипломатом по урегулированию международных конфликтов

— Мой сын Ахмед по образованию физик, но сейчас работает в рекламе. Старшая дочь Нафиса психотерапевт, другая — Фатима — эндокринолог, кандидат медицинских наук, зав. отделением. Дочери сами решили пойти в медицину.

— **Как вы думаете, если бы вы не стали врачом — какой профессии посвятили бы жизнь?**

— Мне бы хотелось быть дипломатом по урегулированию международных конфликтов. Когда возник конфликт между Арменией и Азербайджаном, я писал письма ко всем республикам Кавказа с просьбой помочь примирению враждующих. Я встречался с католикомом всех армян Вазгеном, и он сказал великие слова: «Если вы сегодня меня не слышите, то я обвиняю себя. Значит, я не смог донести до вас свои мысли». Мне кажется, что человечество, к сожалению, с веками не приобретает мудрость. В этом году исполняется 2400 лет со дня рождения великого греческого мыслителя Аристотеля, и 2016 год объявлен ЮНЕСКО годом Аристотеля. Я сейчас пишу работу «Аристотель и медицина». С тех далеких лет биологическое существо человека осталось таким же, но озлобленность стала больше. В священных книгах говорится об апокалипсисе. Может быть, мы сами станем его творцами? Каждый из нас ответственен за происходящее в стране и мире.

— **Вы боитесь смерти?**

— Никому не хочется умирать, но я лучше приму смерть, чем опозорю свое имя. Мне невероятно дорого сохранить в чистоте имя своего отца. Каждое лето я обязательно езжу в горы и хожу на могилу родителей. Я как Антей, которому для возобновления своих сил нужно было прикоснуться к родной земле. Очень люблю горы, в студенческие годы я профессионально занимался альпинизмом, поднимался на Казбек, Эльбрус, Шалбуздаг, Заинкорт, Адало-Шугель меэр и на другие горы. С вершины открывается величественная красота. Я достаточно трезво смотрю на жизнь. Мне не хотелось бы на старости лет быть в тягость своим родным.

— **Как вы оцениваете то, что вам удалось сделать в жизни?**

— Считаю, что данные мне способности я использовал по минимуму, потому что оказался очень рассеянным человеком. Я не применил все свои силы в одном направлении, пытаюсь что-то сделать в разных областях.

— **Вы строите планы на будущее?**

— Планов много, но, боюсь, не удастся все осуществить. У меня огромное число дневниковых записей с раздумьями на самые разные темы. Есть планы написать беседы со студентами, в том числе и по травматологии. Мне хочется закончить книгу о сиротах. В Дагестане нет ни одного детского дома и ни одной тюрьмы, в которых я не побывал бы с благотворительной миссией. Уже заканчиваю книгу «Хадисы матери» о тяжелой

жизни

Ничто не сравнится с состоянием абсолютной радости и счастья, когда тебе удастся операция



© Из личного архива М. А. Абдулхайрова

доле горянок в колхозные и военные годы. И конечно, мне доставляет огромную радость помогать студентам, ординаторам и аспирантам.

— **В чем, по вашему мнению, смысл жизни человека?**

— Это глубинный вопрос человечества. Я сейчас как раз перечитываю труды древнегреческих философов, и все они задумывались об этом. Смысл жизни мне кажется в том, чтобы во всех обстоятельствах оставаться человеком, чтобы ты не превратился в зверя, в хищника, в разрушителя, в эгоиста. Если можешь — создавай. Не можешь — хотя бы не разрушай. Оставаться человеком — это важнейшая миссия и высшее предназначение.

— **Вы пытаетесь помочь всем. В Интернете выложены номера ваших телефонов — домашние, мобильные в Москве и Дагестане. Сейчас все пытаются закрыть информацию о себе, а вы открыты к общению.**

— У меня просят консультации. Стараюсь максимально помочь бескорыстно чем могу. Пусть звонят, пусть приходят. Когда умру, то уже никому не смогу помочь.



На передовой травматологии и ортопедии

Ни одно событие, в котором получают ранения и травмы российские военнослужащие, не обходится без участия Главного военного клинического госпиталя им Н. Н. Бурденко

В 1995 году на базе травматологического отделения прославленного лечебного учреждения страны создан Центр травматологии и ортопедии госпиталя Бурденко. Опытные специалисты, среди которых 2 доктора, 6 кандидатов медицинских наук и 8 специалистов высшей квалификации, на базе технологичного современного оборудования и глубоких традиций добиваются высокой эффективности лечения пациентов. Об особенностях работы центра редакции журнала *Opinion Leader* рассказал главный травматолог госпиталя Леонид Брижань

— В России, в Москве немало больниц, институтов, центров травматологии и ортопедии. В чем особенность вашего центра?

— Для того чтобы сформировать наиболее полное представление о нашем центре, хотелось бы сказать несколько слов о самом госпитале. Главный военный клинический госпиталь имени академика Николая Ниловича Бурденко — головной госпиталь Министерства обороны и старейшее лечебное учреждение страны. Он основан в 1706 году Петром Первым, всего на 3 года позже основания Санкт-Петербурга. В этом году мы празднуем 310-летие нашего госпиталя. Естественно, такая длительная история позволила сформировать глубокие традиции лечения и собственные медицинские школы. Сегодня госпиталь Бурденко — это многопрофильное лечебное учреждение, в котором практикуют специалисты всех направлений,

соответственно применяется узкоориентированный и комплексный подходы в диагностике заболеваний и лечении пациентов.

Наше направление в госпитале представлено Центром травматологии и ортопедии, которое состоит из четырех отделений. В травматологическом (неотложное) проходят лечение пациенты с острой травмой конечностей и ее последствиями. Кроме общетравматологических хирургических вмешательств, на базе этого отделения применяются артроскопические технологии лечения патологии крупных суставов, развивается хирургия кисти и стопы. Второе отделение — реконструктивно-восстановительное. Здесь мы оказываем помощь пациентам, требующим пластических вмешательств при последствиях травм, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, включая костную онкологию. В хирургическом арсенале этого



отделения также используется артроскопия и эндопротезирование суставов. Третье отделение центра — ортопедическое. В нем выполняется эндопротезирование крупных суставов, включая сложные случаи ревизионных вмешательств. Четвертое отделение — хирургии позвоночника. В составе нашего центра оно самое молодое. В этом году в честь 10-летия отделения на базе госпиталя мы провели симпозиум с участием ведущих специалистов страны, которые по достоинству оценили успехи наших вертебрологов, достигнутые

в довольно-таки короткие сроки. У нас проходят лечение пациенты со всей России, которых невозможно лечить по месту жительства. И, как правило, это самые сложные случаи, требующие применения современных технологий, обширного клинического опыта. В Центре травматологии и ортопедии применяются все современные разработки отечественной и международной ортопедической науки, постоянно ведется научная деятельность, разрабатываются и внедряются новые методы лечения и изобретения.

— Что отличает ваших врачей? Есть ли у вас какие-то уникальные специалисты?

— Существует два основных пути развития медицинских специалистов: подготовка универсальных врачей и подготовка узких специалистов. Мы выбрали смешанный путь: из универсальных специалистов мы сделали узкоспециализированных врачей. Соответственно определенные методы лечения, требующие, в первую очередь, сложного технического оснащения и соответствующих навыков, у нас сосредотачиваются в руках одних

Брижань Леонид Карлович

Доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы



Начальник Центра травматологии и ортопедии — главный травматолог ГВКГ им. Н. Н. Бурденко. Заместитель главного травматолога Вооруженных сил РФ. Профессор кафедры хирургии с курсом травматологии и ортопедии НМХЦ им. Н. И. Пирогова. Выпускник Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. В 2010 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Система лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей». Занимается проблемой хирургического лечения раненых и пострадавших, а также эндопротезированием крупных суставов конечностей. Действительный член АО Trauma, АО Trauma Russia. Автор более 100 научных работ, 2 монографий, 9 изобретений.



На базе центра проходят обучение травматологи-ортопеды и из других военных и гражданских лечебных учреждений

сотрудников. Таким образом, мы располагаем специалистами по эндопротезированию, артроскопии, хирургии стопы, хирургии кисти, позвоночника, а также специалистами в области остеосинтеза, костной онкологии и др. Такой подход позволяет достичь высокого уровня подготовки каждого хирурга в отделе взятом направлении и сосредоточить в его руках весь арсенал современных методов лечения. Специалисты центра регулярно проходят обучение, принимают участие в работе конгрессов, являются членами ведущих отечественных и международных профессиональных сообществ.

Наши врачи входят в состав мобильных медицинских бригад и при необходимости прибывают в очаги получения травм, оказывают практическую и методическую помощь на местах. Кроме того, на базе центра проходят обучение травматологи-ортопеды из других военных и гражданских лечебных учреждений. Таким образом, мы формируем преемственность и единый подход в оказании медицинской помощи.

— В вашем центре оказывают помощь при различных травмах. Может быть, есть те, лечением которых особенно славится госпиталь Бурденко?

— Ведомственная принадлежность традиционно делает наш центр, наряду с Военно-медицинской академией, одним из ведущих в лечении боевой патологии в нашей стране. С гордостью могу сказать, что ни одно событие, в котором получают ранения и травмы российские военнослужащие, не обходится без нашего участия. За десятки лет в центре накоплен обширный опыт в лечении пострадавших и раненых, имеется большое количество разработок и изобретений, по достоинству оцененных военными врачами на различных этапах оказания меди-



© Из архива Центра травматологии и ортопедии госпиталя Бурденко

Мы выбрали смешанный путь развития медицинских специалистов: из универсальных врачей мы сделали узкоспециализированных

цинской помощи. Например, еще 10 лет назад единственным методом лечения огнестрельных переломов был внеочаговый остеосинтез. Все травматологи знают, как длительно, порой годами, лечатся такие пациенты, какое неудобство доставляют им аппараты внешней фиксации. Зачастую результаты такого лечения оставляют желать лучшего. В соответствии с мировыми тенденциями мы внедрили и модифицировали современные способы лечения огнестрельных переломов: аппараты внешней фиксации используем как временный способ стабилизации поврежденного сегмента конечности с дальнейшей конверсией на внутреннюю фиксацию. Отмечаем очень хорошие результаты такого лечения, раннее возвращение в строй военнослужащих.

— Госпиталь Бурденко военный, насколько доступны услуги центра гражданским пациентам?

— Пациенты, которые имеют право получать медицинскую помощь в лечебных учреждениях Министерства обороны, и в нашем госпитале в частности, представле-

ны не только военнослужащими. По официальным данным численность Министерства обороны насчитывает около 770 тыс. человек, у каждого из них имеется по 2–3 члена семьи и еще около 1 млн 100 тыс. военных пенсионеров и членов их семей. Все эти люди имеют право на бесплатную помощь в военно-медицинских учреждениях, а это более 3 млн гражданских лиц. Также при необходимости мы принимаем и другие категории пациентов.

— Есть ли у вас практика проведения каких-то мероприятий, конференций по травматологии и ортопедии?

— В 2016 году на базе госпиталя мы провели три симпозиума. Об одном из них, посвященном 10-летию отделения хирургии позвоночника, я уже рассказал. Второй был посвящен набирающему популярность в нашей стране методу PRP-терапии — лечению различных заболеваний опорно-двигательного аппарата с применением плазмы, обогащенной тромбоцитами. На симпозиуме были представлены интересные

доклады об эффективности этого метода, проведены мастер-классы. Третий посвятили биodeградируемым материалам в ортопедии и травматологии.

В декабре 2014 года мы успешно провели научно-практическую конференцию ГВКГ им. Н. Н. Бурденко «Организационно-клинические аспекты и перспективы развития травматологии и ортопедии в многопрофильном лечебном учреждении», участниками которой стали более 500 гражданских и военных специалистов из России, Украины, Казахстана, Беларуси, Азербайджана, США, Германии, Франции и других стран. На нескольких площадках конференции ведущие отечественные и иностранные специалисты представили интереснейшие доклады. В рамках конференции проходила выставка оборудования для военной и гражданской травматологии и ортопедии, в том числе уникальные разработки нашего центра, внедренные в дальнейшем в практику военной медицины. Участники конференции принимали активное участие в мастер-классах. Среди преподавательского состава мастер-классов были и сотрудники нашего центра. Первый блин не оказался комом, организация и материал конференции высоко оценены участниками, и мы приняли решение о проведении второй аналогичной конференции в 2016 году. В настоящий момент ведется подготовка этого мероприятия. Приглашаю всех коллег принять в нем участие. Надеемся оправдать и превзойти все ожидания участников конференции.

Николай Васильевич не меняет профессию

**На игру в футбол,
музицирование и
пение зав. кафедрой
травматологии
и ортопедии РУДН,
руководитель
клиники
эндопротезирования
суставов ФГБУ ЦИТО
им. Н. Н. Приорова
Николай Загородний
находит время
после работы**

В профессиональном сообществе доктор медицинских наук, профессор Загородний в представлении не нуждается. Его заслуги в области травматологии и ортопедии оценены высокими званиями и премиями. Пообщаться с Николаем Васильевичем на рабочем месте, если вы, конечно, не его пациент или коллега, практически невозможно. А вот после игры в футбол, когда он ненадолго отвлекается от мыслей о работе, с ним можно поговорить на отвлеченные темы.

— Николай Васильевич, как давно вы играете в футбол и что у вас за команда?

— Нашему клубу уже 15 лет. На заседании ученого совета было принято решение выделить время профессорам и ректорату РУДН для занятия активным спортом. С тех пор и повелась традиция — раз в неделю 2 часа мы играем в футбол. У нас уже настолько все отработано. Играем тремя командами по 15 минут. Две на поле, одна отдыхает, а потом она сменяет проигравших. Среди игроков врачи, математики, юристы, филологи, и у всех профессия в первую очередь связана с умственным напряжением, а на поле мы получаем колоссальную разрядку. Так набегаемся, выходим после игры



мокрые, уставшие, иной раз еле домой доезжаешь, но зато получаешь такое внутреннее удовлетворение. Мы все настолько увлечены футболом, что даже в праздники приходим поиграть.

— Что еще вам необходимо для того, чтобы восполнить энергию?

— Помимо футбола я вот уже в течение трех лет обязательно 1–2 раза в неделю после работы хожу на фитнес, занимаюсь плаванием. Когда приходится пропускать занятия из-за командировок, я сразу чувствую, что организм требует привычной нагрузки.

Мне обязательно нужно море. Каждый год мы с женой выезжаем на море. Эта потребность понятна: жизнь произошла из воды, поэтому вода, особенно морская, — это очень хорошее лечебное средство.

Еще для меня важно общение с животными. Я живу



На отдыхе в горах Норвегии

Загородный Николай Васильевич



Д. м. н., профессор, заслуженный деятель науки и техники РФ, лауреат Премии Правительства РФ, лауреат премии «Призвание — лучшие врачи России» президент Ассоциации травматологов-ортопедов Москвы, национальный делегат от России в Международной ассоциации травматологов-ортопедов SICOT

Им впервые в России совместно с МАТИ РГТУ им. К. Э. Циолковского разработана отечественная система эндопротезов тазобедренного сустава, включающая эндопротезы проксимальной, промежуточной и дистальной бесцементной фиксации, а также цементной фиксации. Созданы эндопротезы для ревизионных оперативных вмешательств, а также набор инструментов для их установки. В настоящее время эндопротезы тазобедренного сустава профессора Н. В. Загородного используются в клиниках России, в странах СНГ (Киргизия, Казахстан, Украина, Молдавия, Азербайджан) и проходят регистрацию в Китае, Южной Корее и Германии.

Совместно с ООО «ЭНДПро» Н. В. Загородным создан первый отечественный комплект элементов титановых и кобальт-хром-молибденовых эндопротезов коленного сустава с набором инструментов для их установки. Его исследования в области малоинвазивного переднего внебрюшинного доступа к телам позвонков легли в основу нового направления в хирургии спондилолистезов и рецидивов грыж межпозвонковых дисков. Разработанные

им эндокорректоры для исправления деформаций позвоночника нашли широкое применение как в России, так и за рубежом. Данные корректоры применяются с успехом у детей, страдающих сколиозами. Их преимущество перед аналогами заключается в том, что они не мешают росту позвоночника. В настоящее время эти изделия вместе с инструментами выпускаются в Германии фирмой «СИГНУС».

Н. В. Загородным и его учениками разработано новое направление в микрохирургии коленного и плечевого суставов «Использование гольмиевого лазера отечественного производства при артроскопических операциях крупных суставов». Его разработки совместно с Институтом высоких температур РАН положили начало применения криохирургии у ортопедических больных, а разработанные криоприборы выпускаются в настоящее время в Канаде.

Вместе с сотрудниками кафедры досконально изучена патология стопы, освещен патогенез развития ее плоско-вальгусной деформации и разработана целая серия оперативных методик по ее коррекции. Эти знания передаются коллегам многочисленных клиник России, стран СНГ, дальнего зарубежья. Разработки вызвали интерес в Европе и США, проведено несколько совместных конференций и симпозиумов, на которых отмечен большой вклад сотрудников кафедры в решение данной проблемы.

Совместно с фирмой «Физомед» Загородным разработана серия ортезов для лечения артроза и артрита крупных суставов человека с парафинсодержащими вкладышами.

Для лечения артроза коленных суставов разработан эндопротез синовиальной жидкости «Нолтрекс», который не имеет аналогов в мире.

Он ежегодно посещает ведущие ортопедо-травматологические клиники Европы, США и Канады. Прошел стажировки в университетской клинике г. Орхуса (Дания), клинике патологии суставов в Нью-Йорке, в вертебрологической клинике г. Малага (Испания), в эндоклинике г. Гамбурга (Германия), в клинике Дж. Чанли (Англия). Автор 602 печатных работ, 15 монографий, 33 учебно-методических пособий, 51 авторского свидетельства и патента. Под его руководством выполнено 16 докторских и 51 кандидатская диссертация.

в загородном доме, и у меня есть кот, собака и куры. Кот с собакой очень дружат и зимой спят в одной будке. Я приезжаю, открываю багажник, кот туда сразу запрыгивает, а собака уже рядом стоит. Оба ждут угощение. Никто не верит, когда я рассказываю, пока сами не увидят, но у меня есть одна ручная курочка. Она запрыгивает мне на локоть и из ладони другой руки клюет зернышки. Это все, конечно, нужно любить и понимать.

— А общение с детьми, внуками доставляет вам удовольствие?

— У меня один сын. Вспоминаю, когда он родился, тяжело было. Я подрабатывал на полторы ставки, дежурил, приходил домой уставший и брался за стирку пеленок. Я очень хотел, чтобы сын пошел в медицину, но ему с детства была близка техника, и он стал инженером. Правда, сейчас говорит, что с удовольствием выучился бы на врача.

А сейчас у меня уже годовалая внучка Настенька, она просто чудо. Общение с ней мне доставляет несказанную радость.

Я люблю детей, возможно, потому, что сам вырос в большой семье. Я самый старший, через два года родился средний брат, через год — младший, а спустя

Я люблю детей, возможно, потому, что сам вырос в большой семье



С внучкой Настёной

У нас есть такая традиция — на старый Новый год собираемся компанией с Игорем Демариным, Симоном Осиашвили, Эдуардом Саркисяном, Александром Добронравовым, и поем любимые песни

десять лет еще и сестра. Она, кстати, окончила то же медучилище, что и я. Работает в Одессе старшей медсестрой, прошла через войну в Афганистане.

А братья пошли в инженеры. Средний брат уже умер, но отец жив, ему 91 год. Он последний участник Великой Отечественной войны из нашего села. Сейчас живет в Киеве с младшим братом. Когда я поздравлял его с 90-летием и желал ему здоровья и долгих лет, он сказал, что моя прабабушка прожила до 114 лет. Наследственность у меня в этом плане хорошая, только хотелось бы в светлом уме прожить долгую жизнь.

— Интересны ли вам театр, музыка, другие виды искусства?

— Я очень люблю мюзиклы. В этом жанре сочетаются и музыка, и вокал, и актерское мастерство. С удовольствием слушаю Казачий хор, ансамбль «Русская песня» Надежды Бабкиной.

Я с детства неравнодушен к музыке и пению. Когда я играл на баритоне в школьном оркестре, мне рекомендовали поступить в музыкальную школу, но с этим так и не сложилось. Думаю, что если бы я тогда уже не был так уверен в своем выборе медицины, то посвятил бы себя музыке, вокалу и игре на музыкальных инструментах. Позже я сам на слух научился играть на гармошке. А сейчас при любом удобном случае с удовольствием пою.



На конгрессе АСТАОР с директором медицинского института РУДН А. Ю. Абрамовым, президентом АСТАОР профессором А. В. Королевым



С другом, композитором и певцом Александром Добронравовым

— Какие песни исполняете?

— Я люблю песни со смыслом, с душой, мне нравятся народные песни. Например, очень сильная вещь марш «Прощание славянки». Это произведение с богатой историей, написанное в 1914 году, прошло через Первую мировую и Великую Отечественную войны. В нем очень много всего заложено.

У нас есть такая традиция — на старый Новый год собираемся компанией с Игорем Демариным, Симоном Осиашвили, Эдуардом Саркисяном, Александром Добронравовым и поем любимые песни.

© Из личного архива Н. В. Загороднего

© Из личного архива Н. В. Загороднего

— Вы упомянули, что уже в школьные годы решили пойти в медицину. Что вас к этому подтолкнуло в столь раннем возрасте?

— Я родился в украинском селе Пиковец, неподалеку от города Умань. Родители работали в колхозе. Однажды, когда мне было лет девять, я с матерью ходил на покос, и на моих глазах у молодого парня ногу затянуло в молотилку. Кровь, раздробленные кости произвели на меня такое сильное впечатление, что я сразу четко решил стать врачом.

Я окончил школу, затем Уманское медицинское училище с отличием. Прошел службу в армии, в роте почетного караула Центральной группы войск в Чехослова-



На арене для корриды «Ла Малагета» в Малаге

© Из личного архива Н. В. Загороднего



В учебном центре фирмы «Артрекс» во Флориде

© Из личного архива Н. В. Загороднего

Сейчас, когда я езжу за границу на различные международные конгрессы или просто на отдых, знание языков, конечно, очень помогает

кии. Вернувшись, поступил на медицинский факультет Университета дружбы народов им. П. Лумумбы. С этого все и началось. Университет окончил с отличием. Вообще мне нравилось учиться, нравилась студенческая жизнь, я с удовольствием ездил в стройотряды. Например, в 1973 году мы работали на реконструкции Театра на Таганке, и все мне было интересно.

— РУДН — классический университет, и помимо собственно медицины вам на хорошем уровне преподавали иностранные языки. Это пригодилось в жизни?

— Я изучал английский и испанский. Естественно, знаю украинский, а также немного итальянский и португальский. После окончания университета мне предлагали поехать переводчиком в медицинский госпиталь в Анголу или Мозамбик, но я отказался в пользу выбранной профессии. Моя теща была известным лингвистом и говорила, что у меня способности к языкам и что я мог бы достичь значительных успехов в этом деле. Сейчас, когда я езжу за границу на различные международные конгрессы или просто на отдых, знание языков, конечно, очень помогает.

— В выборе жены вы также остались верны профессии?

— Можно и так сказать, она тоже врач. Я удачно выбрал жену. Во всех моих достижениях есть доля супруги Ирины.

— В семейной жизни помогает или мешает, что вы оба врачи?

— Нам это скорее помогает. Во-первых, лучше понять друг друга в различных жизненных ситуациях, связанных с особенностями работы врача. Во-вторых, всегда можно посоветоваться.

Мы учились в РУДН в одной группе и поженились на втором курсе. Вспоминается один забавный случай.



© Из личного архива Н. В. Загороднего

С моим первым учителем профессором В. П. Павловым

Свадьба у нас была в субботу, а в понедельник зачет. Вызывают первого из нашей группы, а он говорит: «Я не подготовился. Был на свадьбе». Второй, третий, четвертый... Никто не подготовился, все гуляли на свадьбе. Преподаватель спрашивает: «У кого же вы все на свадьбе гуляли?» Сокурсники указывают на нас. А мы с женой как раз сдали зачет. Преподаватель был в недоумении: «Как же так, жених и невеста подготовились, а остальные нет?» В итоге он очень смеялся и всех простил.

Мы окончили медицинский факультет с красными дипломами, в дальнейшем жена защитила кандидатскую диссертацию по неврологии и сейчас совмещает практику невролога и психотерапевта. Все свое свободное время она отдает дому, освобождая от этих проблем меня. У нее проявились великолепные способности дизайнера. Весь сад на даче она превратила в райский уголок, чему завидуют все мои друзья. Вот уже 40 лет мы идем вместе по нашей непростой жизни. Я ее за все благодарю и обязан Ирине многим.

— Вы вообще организованный человек?

— Да, конечно, стараюсь все заранее планировать, иначе ничего не успеть. У меня много баз в Москве, часто езжу в командировки по России и за границу.

— Вы по натуре человек творческий. Многим музыкантам, актерам обычно необходимо настроиться перед выступлением. А вам нужно время на подобную подготовку? Вы волнуетесь перед операцией?

— Мне настраиваться некогда. Я заканчиваю одну операцию, а в другой операционной уже следующий больной лежит. На отдых времени нет, а на волнение и настройку тем более. Только подходишь: «Господи,

помоги». Бывает одна операция в день, а случается и все восемь. В основном эндопротезирование суставов: тазобедренные, колено, локоть, плечо. Технология уже отработанная, но физически это очень тяжело. Операций много, и потребность в них большая.

— Есть такая операция, которая запомнилась больше других?

— Каждая операция по-своему интересна. После каждой думаешь, переживаешь. Нет хирургов пассивных: если человек относится пассивно к своей работе, то он не хирург, а просто ремесленник. Из таких хорошие доктора не получают. Любой врач переживает, сочувствует, общается с больными. К этому нужно иметь предрасположенность, нужно любить работу, иначе толка не будет. Но это не всем дано.

— Николай Васильевич, как вы считаете: вы достигли вершины мастерства в своей профессии?

— Нет, я продолжаю учиться, совершенствоваться. Никогда нельзя останавливаться. Если ты остановился, значит, ты идешь назад. Сейчас появляется много новой техники, различных приспособлений, новых технологий, которые вызывают интерес. Именно вызывают интерес, а не заставляют. Если заставляют — это плохо. Хорошо, когда ты к этому действительно стремишься. В начале июня я был в Женеве на конгрессе Европейской федерации национальных ассоциаций ортопедов и травматологов (EFORT) — крупнейшем форуме Европы для врачей этой специализации. А через неделю посетил ежегодный Европейский конгресс ревматологов (EULAR). Ревматологические больные с артрозами и артритами отчасти и наши пациенты. Я получил столько впечатлений и новых знаний, это было потрясающе.

— Вы ставите для себя новые цели в профессии?

— Есть еще одна цель, но пока я о ней не хочу говорить. У каждого должна быть цель в жизни, это очень мобилизует, делаешь все, чтобы ее достичь. Если цели нет — человек теряется.



ic
implantcast

Вертлужные спейсеры

AGILON® MI
метафизарный имплантат

MUTARS® RS

EPORE® от порошка до имплантата
- Высокопористая структура на основе титана -
- Аддитивное производство -

Cones
для заполнения мета-
физарных дефектов

Recartic®
для замещения небольших
дефектов хряща в коленном
суставе

implantcast GmbH
www.implantcast.de

Профессор Н. В. Загородний

ФГБУ ЦИТО им. Н. Н. Приорова, РУДН, г. Москва

ОСТЕОАРТРОЗ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Деформирующий остеоартроз (ДОА, остеоартроз, остеоартрит) – это заболевание, обусловленное действием биологических и механических факторов, нарушающих баланс между процессами деградации и синтеза хондроцитов, внеклеточного матрикса суставного хряща и субхондральной кости.

Как видно из рис. 1, ДОА развивается преимущественно у лиц зрелого работоспособного возраста, но у лиц пожилого и старческого возраста он присутствует в 100% случаев. В целом согласно статистическим данным от ДОА страдает примерно 12% населения. По прогнозам количество больных ДОА с течением времени будет только увеличиваться, что связано с увеличением продолжительности жизни людей.

Существуют предрасположения к развитию ДОА, которые можно разделить на модифицируемые и немодифицируемые.

К *модифицируемым факторам* относятся: ожирение, травма, нарушение биомеханики движений, привычная перегрузка сустава. Поэтому давно известно, что люди с ожирением в 100% случаев подвержены заболеванию суставов и позвоночника, что мы и наблюдаем в развитых странах. Травмы суставов (переломы, вывихи, ушибы, хирургические вмешательства) также приводят к развитию артроза. Ношение

обуви с нарушением ортопедических правил приводит к нарушению статики и биомеханики движений, что приводит к нарушению функции хрящевой ткани и развитию ДОА. У профессиональных спортсменов (штангисты, футболисты, хоккеисты, волейболисты), людей, занимающихся тяжелым физическим трудом, постоянно происходит микротравматизация анатомических структур сустава, что приводит к нарушению питания и развитию патологического процесса. Все эти факторы можно изменить или устранить, в связи с чем их называют модифицирующими.

К *немодифицирующим факторам* риска развития ДОА относятся: возраст, пол, наследственность, расовая принадлежность, врожденные заболевания, эндокринные и метаболические нарушения. На эти факторы мы не можем повлиять так, как на первые.

Выделяют две формы ДОА: идиопатический и вторичный. Идиопатический ДОА – это тот случай, когда мы не знаем точно причину развития патологического процесса, а вторичный – когда причина известна, и развивается ДОА в силу перенесенных травм, заболеваний.

Патогенез заболевания довольно сложный, но известно, что развитие патологических изменений начинается в хряще суставов, который начинает терять жидкость и эластичность. Это ведет к его разволокнению, фрагментации, снижению амортизационных свойств и полному разрушению. В результате этого кость лишается хряща полностью. Параллельно

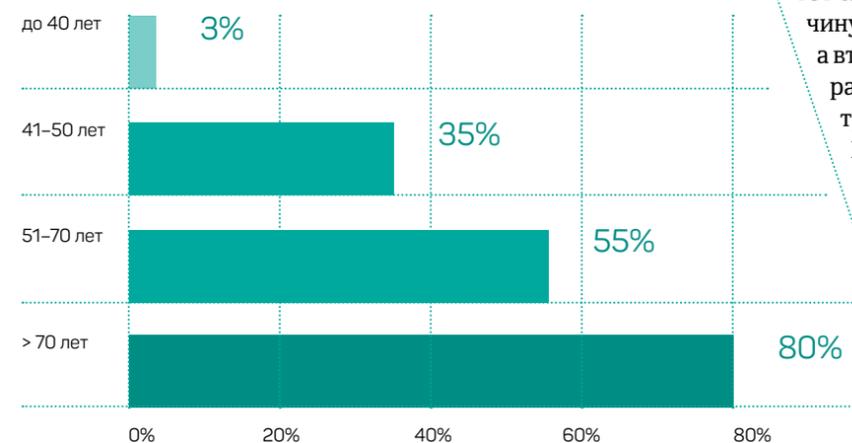


Рис. 1
Встречаемость ДОА в разных возрастных группах

субхондральная пластинка сустава утолщается и склерозирована, что нарушает дополнительно питание хряща. В конечном итоге кость сустава начинает разрастаться по краям, образуя остеофиты (наросты). Это адаптационное поведение костной ткани в условиях отсутствия хряща и повышенных нагрузок на сустав. В окружающей сустав костной ткани происходят также патологические изменения: ишемия, нарушение микроциркуляции крови, микропереломы костных трабекул, развитие субхондральных кист.

Продукты распада хрящевой ткани попадают в полость сустава и на синовиальную оболочку, вызывая ее воспаление. Синовиальная жидкость сустава изменяет свои свойства и становится сама патологической для хряща. Таким образом, возникает синовит и артрит (вторичный или реактивный). Это ведет к вовлечению в процесс связочного и капсулярного аппарата суставов, окружающих сустав мышц. Так возникают контрактуры в суставах и деформации.

В зависимости от количества пораженных суставов различают олигоартроз (поражаются 2–3 сустава) и полиостеоартроз (поражается более 3 суставов).

В литературе укоренились названия ДОО отдельных суставов: коксартроз (поражение тазобедренного сустава), гонартроз (поражение коленного сустава), остеохондроз (поражение тел и диска позвоночника), спондилоартроз (поражение мелких суставов позвоночника).

Диагностика ДОО, как правило, не вызывает больших затруднений.

Основной жалобой больных ДОО является боль в суставе. Чаще всего она возникает во время и после нагрузки: подъем тяжести, длительная ходьба, тяжелый физический труд. Боль может возникнуть в начале движения (стартовая боль), ночью (ночная боль). Больные жалуются на дискомфорт в начале сна, ищут такое положение конечности, которое не будет мешать уснуть. По утрам больные испытывают скованность в мелких суставах, и для ее устранения необходимо активно подвигать ими определенное время.

При осмотре суставов можно определить сглаженность контуров, наличие свободной жидкости, повышение температуры кожи над ними (при наличии синовита), хруст при движении, ограничение движений, контрактуру, боль при движении, деформацию сустава. При гонартрозе больные жалуются на появление выпухания в подколенной ямке (киста Бейкера), что является частым проявлением гонартроза. Вокруг мелких суставов кистей часто развиваются костные разрастания (узелки Бушара и Гибердена), а также атрофия межкостных мышц. На стопах также видны костные разрастания (остеофиты) вокруг 1-го плюснефалангового сустава (шишки), отклонение 1 пальца кнаружи (Hallux valgus),

Патогенез заболевания довольно сложный, но известно, что развитие патологических изменений начинается в хряще суставов, который начинает терять жидкость и эластичность. Это ведет к его разволокнению, фрагментации, снижению амортизационных свойств и полному разрушению

развиваются молокообразные деформации 2, 3, 4 и 5 пальцев. Из-за слабости связочного аппарата стопы возникает распластанность переднего отдела стопы и развивается плоскостопие. Развитие деформации стопы усугубляет патологический процесс в вышележащих суставах.

Течение остеоартроза в разных суставах имеет свои отличия. Так, в коленном суставе процесс практически всегда начинается с медиальных отделов мыщелков бедра и большеберцовой кости (в литературе он так и называется «медиальный гонартроз»), а при ревматоидном артрите процесс чаще начинается с латеральных отделов. При гонартрозе у больных раз-

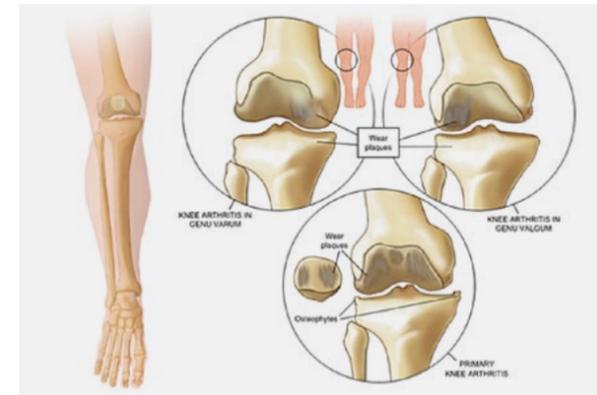


Рис. 2 Начальные поражения внутренних или наружных отделов коленного сустава при гонартрозе



Рис. 3 Стадии остеоартроза по Н. С. Косинской (1961)

вивается довольно характерная для этого заболевания деформация: варусная установка голени (genu varum) и намного реже (после травм) вальгусная установка голени (genu valgum). При поражении тазобедренного сустава внутренняя стенка вертлужной впадины может истончаться и выпячиваться в полость малого таза с формированием протрузионного коксартроза. Противоположная ситуация — формирование остеофитов в области прикрепления собственной связки головки бедра к вертлужной впадине, когда остеофиты выталкивают головку кнаружи (гиперпластический коксартроз). Иногда это состояние ошибочно расценивают как элементы дисплазии тазобедренного сустава. Для уточнения диагноза наиболее информативным является рентгенография пораженного сустава. На практике в нашей стране используют классификацию ДОО по Н. С. Косинской (1961). Для этого необходимо выполнить рентгенограмму сразу обоих суставов с целью сравнения изображений. Это бывает очень информативно, когда у больного имеются начальные проявления коксартроза и жалобы на дискомфорт только в одном суставе. Часто коксартроз присутствует в обоих суставах, но на разных стадиях развития. Для выполнения снимка необходима правильная укладка пациента на рентгеновском столе с внутренней ротацией стоп на 15 градусов.

Рентгенограммы пораженных суставов помогают врачу установить стадию патологического процесса и назначить соответствующее стадии лечение.

К дополнительным методам диагностики ДОО можно отнести УЗИ суставов, МРТ, КТ. С помощью этих методов исследования можно определить наличие жидкости в суставе, состояние хряща, связок. КТ-исследование позволяет обнаружить костные изменения на ранних стадиях, что невозможно увидеть на рентгенограммах (например, начальные явления асептического некроза головки бедренной кости). МРТ коленного сустава отчетливо фиксирует состояние хрящевой ткани, ее толщину, дефекты, наличие или отсутствие менисков и связок с патологическими изменениями в них.

Истинным прорывом в плане диагностики и лечения заболеваний и повреждений суставов стала артроскопия. Это метод миниинвазивной хирургии, который визуально позволяет потрогать инструментами все структуры сустава, оценить их состояние и выполнить определенные хирургические манипуляции. Этот метод в настоящее время широко распространен в клиниках нашей страны как эффективный и экономически выгодный способ оказания экстренной и плановой травматолого-ортопедической помощи пациентам.

Иногда для дифференциальной диагностики заболеваний суставов выполняется их пункция или биопсия тканей сустава (в том числе хряща). Все это проводится

в стерильных условиях с соблюдением правил асептики и антисептики. Полученный материал обязательно подвергается микробиологическому и гистологическому исследованию.

Другие методы (ПЭТ, сцинтиграфия с радиоизотопами) чаще всего используются для дифференциальной диагностики, для подтверждения или исключения злокачественных поражений суставов и костной системы.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ДОА начинается, когда установлен точный диагноз и сам пациент готов к проведению предложенной ему терапии. Больной должен быть осведомлен о том, что излечить ДОА невозможно полностью. Задача врача и самого пациента заключается в том, чтобы найти взаимопонимание и верить в эффективность проводимой терапии. Больной должен четко отдавать себе отчет, что заболевание протекает с периодами обострений и ремиссий и вся терапия направлена на увеличение периода ремиссии заболевания.

Основные направления лечения ДОА должны учитывать патогенез заболевания, факторы риска и сводятся к следующему:

- / снижение нагрузки на сам сустав;
- / применение медикаментозной терапии;
- / хирургическое лечение.

Разгрузка суставов наименее экономически затратный и в то же время довольно эффективный способ лечения ДОА.

В настоящее время разработано много различных видов диеты для похудения, но при выборе какой-то из них необходимо советоваться с лечащим врачом или диетологом.

Способствует разгрузке суставов применение различного рода ортезов, дополнительной опоры в виде трости или костылей, ходунков, а также укрепление мышечного корсета вокруг суставов и позвоночника.

Медикаментозная терапия ДОА включает в себя две большие группы препаратов:

- / симптом-модифицирующие средства;
- / структурно-модифицирующие средства.

Само название этих групп уже говорит о том, что есть препараты, которые устраняют симптомы заболевания, и препараты, влияющие на обменные процессы хрящевой ткани. Структурно-модифицирующие средства называют еще базисными или хондропротекторами (защищающими хрящ).

В зависимости от способа их применения различают препараты для локального и для системного применения.

Локальная терапия ДОА очень обширная и разнообразная и часто бывает довольно эффективной. Она включает в себя гормональные препараты, протезы

Лечение ДОА начинается, когда установлен точный диагноз и сам пациент готов к проведению предложенной ему терапии. Больной должен быть осведомлен о том, что излечить ДОА невозможно полностью. Задача врача и пациента заключается в том, чтобы верить в эффективность проводимой терапии

синовиальной жидкости, препараты растительного происхождения (гомеопатические), противовоспалительные средства.

Гормональные препараты для локального применения у больных ДОА назначаются очень редко и только при наличии сопутствующего синовита (наличие жидкости, повышение температуры кожи над суставом). В сухой сустав эти препараты вводить запрещается.

Кортикостероиды довольно быстро купируют явления синовита и устраняют боль. Наиболее часто вводят препарат Дипроспан, состоящий из двух компонентов – короткого действия (Бетаметазон натрия фосфат) и продолжительного (Бетаметазон дипропионат). Кортикостероиды можно вводить не более 1–3 инъекций, так как они довольно сильно угнетают метаболизм хря-

щевой ткани и ускоряют его деструктивные изменения. В последнее время для локальной терапии довольно широко применяются препараты гиалуроновой кислоты. Как известно, гиалуроновая кислота входит в состав межучточного вещества хрящевой ткани, соединяясь с многочисленными протеогликанами, основные из которых хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат. Гиалуроновая кислота обладает определенной вязкостью и эластичностью. По этим показателям она приближается к здоровой синовиальной жидкости, и ее введение в сустав способствует скольжению и движению в нем (поэтому эти препараты называют эндопротезами синовиальной жидкости). Установлено, что наилучшими свойствами эндопротеза обладают препараты с большим молекулярным весом. Препарат Синвиск (Синвиск ван) имеет молекулярный вес около 7 млн дальтон, и ежегодно он вводится в суставы в количестве нескольких миллионов доз. Также эффективными оказались инъекции Остенила, Ферматрона, Дюралана, Гиалгана. Все эти препараты имеют биологическую природу, поэтому больным с повышенным аллергологическим фоном применять их необходимо осторожно.

Довольно хорошо себя зарекомендовали гомеопатические препараты, вводимые внутрисуставно: Цель Т и Траумель. Их использование не вызывает побочных эффектов, и они переносятся пациентами удовлетворительно. Эти препараты хорошо дополняют терапию ДОА с применением артроскопии. В последние годы появились данные о внутрисуставном введении протеогликанов (хондропротекторов). Однако достоверных данных об их убедительной эффективности нет.

Большое количество препаратов, обладающих трансдермальным действием, применяется локально. Это гели, мази, настойки, растирки, которые в виде компрессов и пластырей наносятся на кожу больного сустава. Они обладают, как правило, хорошим рефлекторным действием на рецепторы кожи, вызывая улучшение местного кровообращения, уменьшение отека мягких тканей, явлений синовита и уменьшение болевого синдрома. В состав этих лечебных форм входят нестероидные противовоспалительные препараты, гормональные средства, гомеопатические вещества, препараты животного происхождения (яды), опиоиды. Существуют препараты, которые легко проникают через кожу в нижележащие ткани и способны транспортировать на себе другие лекарственные вещества. К таким препаратам относится Димексид. Он может соединиться с хондропротекторами и, проникая через кожу, доставлять их в сустав. Этот препарат оказывается довольно эффективным при лечении реактивного синовита. Для этого готовится компресс на сустав; в состав препарата входит 50-процентный

раствор Димексида, раствор Анальгина, Дипроспана и Супрастина. Длительность воздействия на кожу такого состава 1–2 часа. Более длительно его держать нельзя, так как могут возникнуть ожоги кожи.

Препараты системного действия представляют одну из многочисленных групп, обладающих различным действием по силе, продолжительности и месту приложения в самом организме. Самая многочисленная из них — нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

В организме в составе клеточных мембран находится арахидоновая кислота, которая представляет собой омега-6 ненасыщенную жирную кислоту. Образуется она из линолевой кислоты. В нормальных условиях под действием фермента циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) вырабатываются вещества простагландины. Последние защищают слизистую оболочку пищеварительного тракта, вызывают расширение сосудов, улучшают почечный кровоток. Также выделяются вещества-тромбоксаны, усиливающие агрегацию тромбоцитов и клубочковую фильтрацию в почках.

При развитии воспаления в суставах активируется фермент циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2), который способствует образованию из арахидоновой кислоты провоспалительных простагландинов, вызывающих воспаление тканей, отек, боль, повышение температуры, явления деструкции и пролиферации. Имеется еще фермент циклооксигеназа-3 (ЦОГ-3), который способствует образованию простагландинов, вызывающих боль и повышение температуры тела.

В соответствии с отношением препаратов к циклооксигеназе все НПВС делятся на 4 группы.

Первая группа представляет собой ингибиторы ЦОГ-1. Сюда относится Аспирин. При его назначении и длительном применении часто развиваются осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта.

В практике Аспирин как препарат для лечения ДОА не применяется.

Следующая группа препаратов относится к неселективным ингибиторам, влияющим в одинаковой степени на ЦОГ-1 и ЦОГ-2. К ним принадлежат широко используемые Диклофенак, Ибупрофен, Кеторол, Напроксен, Бутадион. Указанные препараты, помимо воздействия на провоспалительные простагландины, негативно влияют на ЦОГ-1, вызывая упомянутые выше осложнения.

Преимущественно селективные препараты в основном ингибируют ЦОГ-2, вызывая лечебный эффект, но они не лишены развития осложнений из-за незначительного влияния на ЦОГ-1. В эту группу входят Нимесулид, Оксикамы.

Наиболее эффективные НПВС в лечении ДОА являются селективные ЦОГ-2 средства, называемые коксибами.

Около 1% ВВП в развитых странах расходуется на купирование боли при ДОО

К ним относятся Аркоксия, Целебрекс, Целекоксиб, Династан, Виокс. На рис. 4 представлена схема действия НПВС, их группы и вызываемые ими терапевтические эффекты. При лечении ДОО с использованием НПВС необходимо проявлять осторожность. Их нельзя принимать длительное время (более месяца). Применение данных препаратов необходимо начинать с малых доз, постепенно увеличивая до получения эффекта. Как правило, они снимают воспаление и болевой синдром. С болью при ДОО бороться очень сложно: 2/3 больных испытывают боль даже при проводимом лечении. Около 1% ВВП в развитых странах расходуется на купирование боли при ДОО.

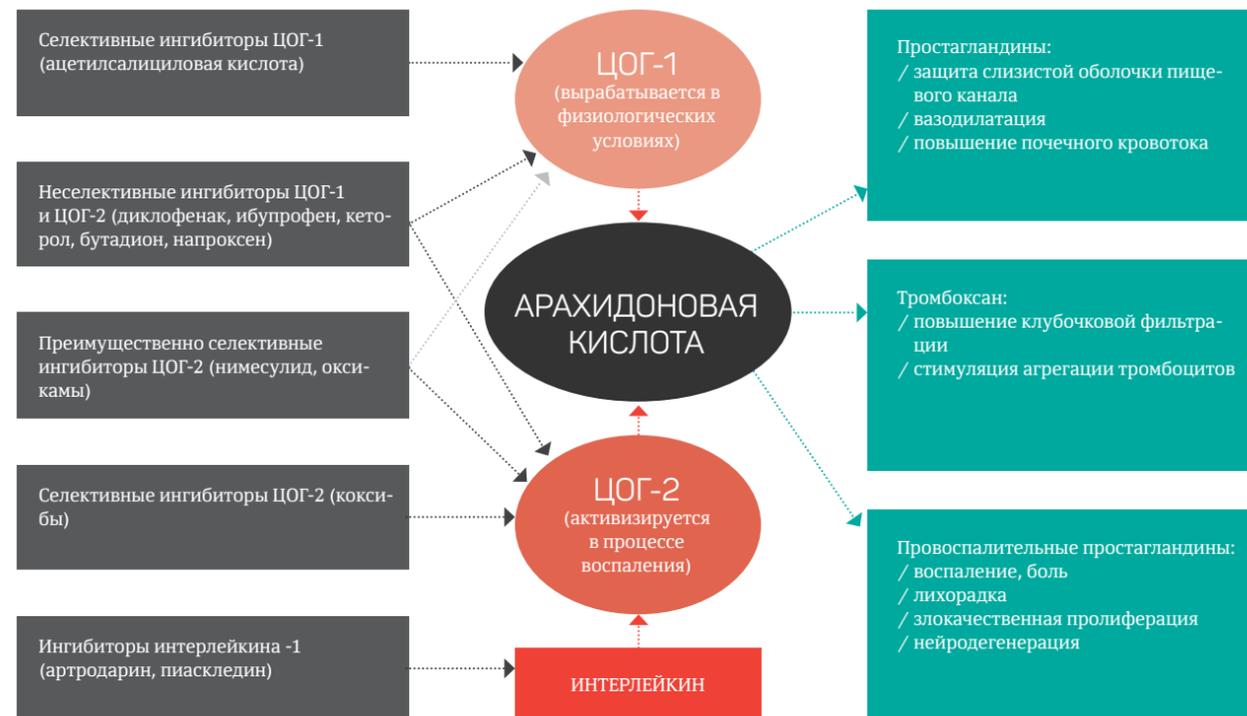


Рис. 4
Схема действия различных групп НПВС

При отсутствии эффекта от приема НПВС или развитии осложнений прибегают к назначению Опиоидов. К ним отношение должно быть особым, они требуют изучения при применении для каждого пациента в отдельности: подойдут ли они данному больному, не будет ли привыкания к препарату, отпускается ли препарат без рецепта. У этих препаратов имеются свои побочные действия: развитие сонливости (опасно назначать водителям), запоры, головокружение, их следует назначать с малых доз и постепенно увеличивать для достижения положительного эффекта. Известно, что около 60% пациентов имеют два и более сопутствующих заболевания, что зачастую делает стандартную терапию ДОО малоэффективной. Наиболее частым сопутствующим заболеванием (55%) является артериальная гипертензия, несколько реже – заболевания желудочно-кишечного тракта (21,8%), сахарный диабет (17,2%), ишемическая болезнь сердца (12,9%), бронхиальная астма (9,6%). Наличие артериальной гипертензии у каждого второго больного ДОО можно объяснить тем, что принимаемые ими НПВС увеличивают задержку воды и соли в организме, стимулируют увеличение синтеза ренального эндотелина-1, что ведет к увеличению периферической сосудистой резистентности, имеют лекарственное взаимодействие с диуретиками, бета-блокаторами,

Количество пациентов (%), отметивших уменьшение боли (более чем на 20% по шкале WOMAC) через 24 недели лечения

Группа	Все пациенты	WOMAC 301–400 mm	WOMAC 301–400 mm
Плацебо	60,1%	54,3%	61,7%
Целекоксиб	70,1%**	69,4% ?	70,3%*
Глюкозамина гидрохлорид	64,0%	65,7%	63,6%
Хондроитина сульфат	65,4%	61,4%	66,5%
Глюкозамина гидрохлорид + Хондроитина сульфат	66,6% ??	79,2%***	62,9%

*P=0,04; **P=0,008; ***P=0,002; ? P=0,06; ?? P=0,09

Рис. 5
Результаты исследования GAIT. Доказательство синергизма хондроитина и глюкозамина в клинике Glucosamine / chondroitin Arthritis Intervention Trial (GAIT)

ингибиторами АПФ (отсутствие взаимодействия с блокаторами кальциевых каналов). Один из метаболитов арахидоновой кислоты — простагландин и его антагонист тромбоксан. Простагландин снижает агрегацию тромбоцитов, вызывает вазодилатацию, а также усиливает антикоагулянтные свойства гепарина. Тромбоксан же, наоборот, сужает сосуды, повышает артериальное давление и активизирует агрегацию тромбоцитов. При приеме коксибов равновесие между простагландином и тромбоксаном нарушается с усилением действия последнего. Коксибы избирательно блокируют синтез простагландина, что нарушает баланс и увеличивает риск сердечно-сосудистых катастроф. Как было установлено, Ибупрофен и Напроксен имеют наименьший сердечно-сосудистый риск у больных ДОО. К структурно-модифицирующим средствам относятся препараты, которые влияют на метаболизм хрящевой ткани. К ним в первую очередь относятся хондропротекторы. Главная идея, положенная в основу работы хондропротекторов при ДОО, является доставка для организма соединений, из которых состоит гиалиновый хрящ — хондроитина-сульфата, гиалуроновой кислоты, глюкозамина. Последние многоцентровые исследования назначения хондропротекторов у больных ДОО достоверно под-

Известно, что около 60% пациентов имеют два и более сопутствующих заболевания, что зачастую делает стандартную терапию ДОО малоэффективной

твердили их эффективность. Использование этих препаратов замедляет разрушение гиалинового хряща, стимулирует образование внутрисуставной (синовиальной) жидкости, уменьшает симптомы воспаления и нормализует обмен веществ в суставе. Производство этих препаратов претерпело ряд изменений и усовершенствований, в результате чего выделяют несколько поколений хондропротекторов. / **Первое поколение** (Алфлутоп, Румалон) — препараты состоят из вытяжки связок и хрящей животных. Относительно хорошо усваиваются организмом, но обладают аллергическим эффектом.

/ **Второе поколение** (Структум, Мукосат) — препараты изготавливаются уже химическим путем, содержат в своем составе более легкоусвояемые формы хондроитина и глюкозамина.

/ **Третье поколение** (Хондроитинкомплекс, Терафлекс, Хонда) — эти препараты представляют собой комбинацию хондропротектора, витаминов и противовоспалительных средств.

Доказано, что комбинация хондроитина и глюкозамина в 3 раза больше увеличивает синтез гликозаминогликанов по сравнению с монопрепаратами, наиболее эффективно увеличивает синтез коллагена в связках. Доказательством синергизма в действии хондроитина и глюкозамина служит масштабное и независимое исследование в 16 ревматологических центрах США, которое включало в себя 1583 пациента.

Как видно из рис. 5, именно комбинации хондроитина и глюкозамина по своей эффективности близки к эффективности препарата НПВС — целекоксиба.

Хондропротекторы третьего поколения — это комбинированные препараты, но обязательной составляющей их всех является хондроитин и глюкозамин.

К средствам, сочетающим в своем составе хондроитина сульфат и глюкозамина гидрохлорид относятся: Хондроитин-комплекс, Артрон-комплекс — они имеют твердую лекарственную форму и приблизительно одинаковую схему лечения.

Наиболее активный среди них — Артрон-комплекс, который превосходит остальные средства по соотношению действующих веществ. Так, хондроитина сульфат содержится в нем в количестве 500 мг, в то время как остальные препараты содержат это вещество в количестве 400 мг.

Средства, имеющие в своем составе хондроитина сульфат и глюкозамина гидрохлорид в сочетании с метилсульфонилметаном, увеличивают гибкость и эластичность соединительной ткани. К ним относится Артрон Триактив. Средства из глюкозамина сульфата и хондроитина сульфата в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами — Ибупрофеном и Диклофенаком известны как Терафлекс Адванс и Мовекс. Из них наиболее активен препарат Мовекс, который содержит 500 мг глюкозамина сульфата и 400 мг хондроитина сульфата, в отличие от Терафлекса, который имеет содержание этих веществ в 2 раза меньше. Благодаря содержанию НПВС эти препараты проявляют противовоспалительное и анальгезирующее действие, уменьшают скованность в суставах, повышают их подвижность.

Применение хондропротекторов третьего поколения больными с ДОО значительно уменьшает потребность в НПВС, а иногда способствует их отмене. Пути применения хондропротекторов самые разнообразные: мазе-

вые формы, суспензии, порошки, таблетки, капсулы, внутримышечные и внутрисуставные инъекции.

В комплексном консервативном лечении ДОО особое место отводится физиотерапевтическому методу. Это обширная палитра физических факторов, без которых лечение ДОО не представляется возможным и эффективным. Они включают в себя водные процедуры, лечебные ванны, аппликации, воздействие электрических процедур, физических упражнений, массаж мышц, глубокие прогревания мягких тканей, окружающих суставы и позвоночник. Вместе с тем мы заметили, что у больных, страдающих коксартрозом 2 и 3 стадии, после грязевых процедур отмечается быстрое прогрессирование патологического процесса с развитием некроза и кист в области головки бедра и вертлужной впадине. Поэтому своим больным мы не рекомендуем грязелечение и находим альтернативные методы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОО

Хирургическому методу лечения подвергаются больные ДОО с 3 стадией развития самого патологического процесса. Основные показания к оперативному лечению — наличие болевого синдрома, не поддающегося лечению консервативными методами, хромота, укорочение конечности, ведущие к снижению функции конечности и активности пациента.

Наиболее эффективный метод хирургического лечения артроза сустава — его замена на искусственный, то есть эндопротезирование. Чаще всего эндопротезированию подвергаются статически нагружаемые суставы — тазобедренный и коленный; реже — плечевой, локтевой и мелкие суставы кисти и стопы. Данный вид

Наиболее эффективный метод хирургического лечения артроза сустава — его замена на искусственный, то есть эндопротезирование

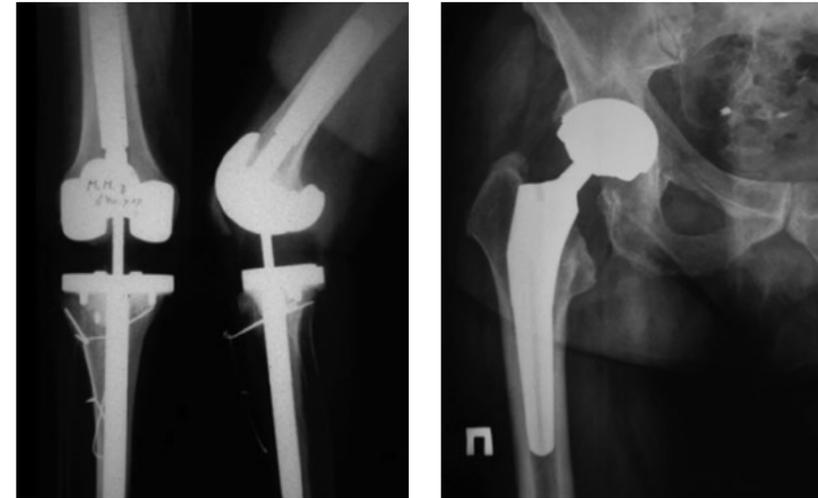


Рис. 6
Рентгенограммы тазобедренного и коленного суставов после эндопротезирования

операций быстро устраняет боль в суставе, восстанавливает функцию, двигательную активность пациента, что положительно сказывается на самообслуживании и работоспособности. Как отмечают пациенты, их жизнь делится на два периода: до операции и после. В литературе много обсуждается вопрос о долговечности эндопротезов. Как и вся медицина, эндопротезирование в своем развитии претерпело много изменений. Основа любого эндопротеза, как вращающегося шарнира, — узел движений и материал, из которого он изготовлен. Это «золотой ключ» любого эндопротеза. Не вдаваясь в историю развития эндопротезов, можно сразу сказать, что наиболее оптимальная пара трения в узле движения эндопротеза — керамика-полиэтилен. Эта пара трения показана всем пациентам в возрасте 65 лет и старше. Молодым работоспособным и активным пациентам показана пара трения керамика-керамика. Пациентам, кому за 80 лет, можно успешно использовать пару трения металл-полиэтилен. Больным пожилого и старческого возраста с неврологическими нарушениями (последствия инсульта) предпочтительнее использовать эндопротезы с двойной мобильностью, которые предотвращают вывихи головки. Эндопротезы коленного сустава также отличаются между собой по сложности, по показаниям для применения. Фиксация эндопротезов осуществляется за счет плотной посадки его в кость или за счет костного цемента (по показаниям). Данный вид лечения сейчас широко применяется в России: в год в клиниках страны устанавливается около 140 тыс. эндопротезов, и количество их будет расти и дальше. Вместе с тем имеются проблемы и осложнения, связанные с эндопротезированием. Часть из них зависит от пациента, часть от конструктивных особенностей самого имплантата, а часть — и от врача. Вместе с тем необходимо помнить, что с эндопротезированием сустава лечение

не заканчивается, оно только начинается, но на более сложном уровне.

Из других видов оперативного лечения следует отметить такие операции, как околосуставная остеотомия, которая позволяет исправить ось конечности и оптимально распределить нагрузку на все отделы сустава. Сейчас возрождается остеотомия голени при медиальном гонартрозе, остеотомия первой плюсневой кости стопы, остеотомия таза при диспластическом коксартрозе. Эти операции позволяют отсрочить замену сустава на многие годы.

Такие операции, как остеокриоаналгезия, тунелизация, криоартропластика, артроскопический дебридмент сустава, носят паллиативный характер. Особо необходимо отметить операцию артродезирования сустава (замыкание), когда в суставе в результате анкилоза исчезают движения, но сустав становится опорным и в нем исчезает боль. Для крупных суставов такая операция является операцией отчаяния, а для мелких суставов стоп или кисти — удачным выходом из проблемы.

Один из самых новых методов лечения ДОО — клеточные технологии. Это направление в настоящее время очень быстро и продуктивно развивается, потому что для лечения используются внутренние резервы самого организма (плазма, обогащенная тромбоцитами и факторами, стимулирующими репаративные процессы, стволовые клетки). Можно надеяться, что в ближайшее десятилетие лечение ДОО выйдет на качественно новый уровень.

Таким образом, деформирующий остеоартроз является большой социальной и медицинской проблемой, требующей больших финансовых и психологических затрат на его лечение.

Кафедра — лидер в подготовке
высококласных врачей

ОБУЧАЯ ДРУГИХ, УЧИМСЯ САМИ

Непрерывное обучение в травматологии и ортопедии

От студента к специалисту



**Скороглядов
Александр
Васильевич**

Доктор медицинских наук,
профессор

Доктор медицинских наук, профессор Александр Васильевич Скороглядов возглавляет кафедру травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова 15 лет. За это время на кафедре защищено около 60-ти диссертаций. В этом году к ним прибавятся еще 4 докторских и 8 кандидатских. Александр Васильевич уверен, что роль кафедры в подготовке настоящего профессионала переоценить невозможно

Сегодня клиническую базу нашей кафедры составляют 11 лечебных учреждений, в том числе и больницы ФМБА. Это очень много. Благодаря этому огромное количество людей получают квалифицированную помощь. Каждая база — это свой организм, со своей спецификой, своими больными. Это большой полигон для научной деятельности. Все думают, что мы лечим, а основная задача кафедры — учить. Мы все делаем под девизом: «Обучая других, учимся сами».

КАДРЫ РЕШАЮТ ВСЕ

Хочу отметить, что роль кафедры в подготовке специалиста колоссальная. А готовить квалифицированные кадры — это очень непростая и ответственная задача. Как мы учим, такой врач и получается. Нашей кафедре через 2 года будет 85 лет. Я работаю здесь уже около полувека и с благодарностью вспоминаю своих учителей, но если сопоставить то, чем они занимались, с нынешним уровнем травматологии — это небо и земля. Появились новые технологии, например артроскопия, эндопротезирование. Много изменилось в травматологии и продолжает меняться, по-

этому врач должен учиться постоянно. Основатель нашей кафедры российский профессор Г. С. Бом изучал травматологию в четырех странах Европы, но он был ортопед. Травматология возникла позже в связи с бурным развитием жизни: транспорт, строительство и т. д. Бом говорил, что война — это травматическая эпидемия. А разве то, что сегодня творится на дорогах, — это не травматическая эпидемия? Помню, в одном из журналов было написано: «Травма — это убийца, которому все дозволено». По статистике травматизму подвержен каждый десятый житель России. Это проблема, и решать ее должны кадры — вот мы их и готовим. Ежегодно наша кафедра выпускает 40 специалистов. Можно подсчитать, сколько мы выпустили более чем за 80 лет, — армию. Мы учим сирийцев, тунисцев, индийцев, граждан Маврикия... Это огромный потенциал.

Во всех наших успехах труд наших учителей. Они приучали нас к порядочности в педагогическом процессе. Не бросать студентов, а все возникающие вопросы разбирать вместе у постели больного. Это очень важно.

На кафедре ведется очень большая печатная работа: пишется много статей, у нас 25 монографий. Очень



Мы все делаем под девизом:
«Обучая других, учимся сами»



Хочу отметить, что роль кафедры в подготовке специалиста колоссальная

много работ коллективных по разным специальностям, по пересечению этих специальностей. Это тоже многое значит. Для кого мы их пишем? Для молодого поколения, чтобы они по ним учились. У нас 35 патентов. Наши сотрудники 9 раз становились лауреатами премии по науке РНИМУ им Н. И. Пирогова. Специалисты нашей кафедры работают на 11-ти клинических базах, и мы придерживаемся идеи, которую пропагандировали еще наши учителя: «берите своих, и не надо будет никого переучивать». Она актуальна по сей день. Кафедра — это лидер в любой дисциплине, потому что она должна диктовать всю политику лечения больных, развивать новое, совершенствовать старое. Без кафедры нет жизни в продвижении науки и невозможен процесс подготовки высококлассных врачей.

Первый этап ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО



**Коробушкин
Глеб Владимирович**

Доктор медицинских наук,
доцент

Заведующий 26-м травматологическим отделением ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, руководитель студенческого научного кружка и ответственный за работу ординаторов доктор медицинских наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Коробушкин Глеб Владимирович много сил прикладывает к тому, чтобы будущие и молодые врачи стали настоящими профессионалами

— В какой момент студент-медик начинает серьезно задумываться над выбором своей будущей специальности?

— Путь становления специалиста похож на эмблему травматологии и ортопедии: искривленное дерево укреплено шиной. Или на эмблему нашего студенческого научного кружка: кость, который обвивает змея. То есть главное — чтобы была направляющая, по которой идет развитие. Так и формирование специалиста происходит поэтапно и нуждается в такой направляющей.

Первый этап — профориентация, когда студент решает быть ему травматологом, терапевтом, реабилитологом или врачом другой специальности. Для того чтобы определиться, он должен в реальных жизненных условиях посмотреть, как работают специалисты. Сейчас в медицинских вузах существуют студенческие научные общества (СНО), студенческие научные кружки при кафедрах (СНК). В каждом институте они представлены по-разному, но благодаря СНО заинтересованные студенты могут прийти на кафедру и посмотреть, какие особенности в этой специальности, интересно им это направление или нет. В душе каждый студент мечтает стать профессио-

налом, но не знает, какой профиль выбрать. Когда он видит, как работают специалисты, он как бы примеряет это на себя и оценивает, готов он так трудиться или нет. Плюс к этому, например, у нас в Первой градской больнице многие студенты выходят на работу с дежурной бригадой. Это и студенту интересно, и для ортопедической и травматологической бригады большое подспорье. Наши операции очень технологичны и помимо рукоделия обязательно предполагают какое-то оборудование, которым нужно управлять: ортопедический стол, электронно-оптический преобразователь... Современные методы лечения направлены на то, чтобы операция была малоинвазивная. Высокотехнологичные малоинвазивные операции выполняются через маленькие разрезы, чтобы была меньше кожная рана, но при этом хорошая стабильная фиксация, которая позволяет обеспечить раннюю активизацию пациента. Студент может, лично осмотрев больного до и после операции, как говорится, все пощупать своими руками и сделать для себя выводы. Врачебная практика, которая проходит после 4 курса, предполагает 2 недели акушерства и гинекологии, 2 недели терапии и 2 недели хирургии. Иногда после хирургии

приходят в травматологию и ортопедию. За время практики студент успевае проследить, как происходит сращение перелома, и это производит большое впечатление. Поэтому необходима профориентация.

— **Что еще важно узнать, попробовать, для того чтобы сориентироваться в многообразии направлений медицины?**

— Еще очень важный момент: не просто посмотреть, что это такое, а начать собирать теоретические знания, чтобы проявить себя не только как ремесленник, который что-то делает руками. Осмотрел больного, потом пришел на перевязку увидеть, что происходит. Через месяц оценил результат. Это первичный сбор информации. Также очень важен сбор информации из источников литературы. Прочитал, что пишет один специалист, что пишет другой, подумал, какие из этого можно сделать выводы. Результат достигается и из общения с коллегами. Если есть возможность, хорошо бы посмотреть, какие существуют технологии, это тоже большое дело. Тогда только человек сможет понять, чем эта специальность отличается от других, нравится она ему или нет. Сегодня много высокотехнологичных специальностей и одна краше другой. По результатам всего этого студент уже принимает решение — работать дальше по этой специальности или нет, в каком направлении двигаться. В медицине есть сигнальные моменты, которые помогают тебе выстроить правильный путь в профессии.

— **Это только становление на профессиональный путь. Что важно не упустить в самом его начале?**

— Следующий этап — последипломное образование. Человек окончил институт, поступил в ординатуру, где уже начинается его рост непосредственно как специалиста. Он еще не может самостоятельно



Очень важно посмотреть на реальных пациентов, а это возможно только, работая в клинике

работать травматологом, но может вместе с врачом выполнять те этапы лечения, которые ему доверит наставник. Сейчас обучение построено на том, что вначале идет теоретический блок подготовки по специальности, симуляционные этапы, но очень важно посмотреть на реальных пациентов. А это возможно только, работая в клинике, там, где есть традиции передачи знаний.

Обычно именно в ординатуре человек решает заниматься в дальнейшем научной деятельностью и оценивает свои возможности для поступления в аспирантуру. Затем идут 3 года аспирантуры, закончив которые врач уже становится специалистом, хотя работать травматологом он может уже после ординатуры. Но должен пройти еще важный этап, когда человек уже может что-то делать сам, но желательно, чтобы он пока был под контролем опытного наставника. У специалиста в период его становления должен быть свой учитель. Любой врач встречается с теми случаями, когда он сам не может разобраться, и принимает

решение только после обсуждения с коллегами. Это важно в любой медицинской специальности и особенно в травматологии, где много вариантов решения одной и той же проблемы. Здесь нет универсальных методов, у каждого из них свои плюсы и минусы. Прийти к оптимальному решению возможно только в клинике, в коллективе, где идет совместная работа и происходит постепенный рост от студента к специалисту.

Чем отличается снайпер от хорошего стрелка? Многие стрелки могут попасть в десятку, но задача снайпера — попадать в десятку всегда.

— **Каков процент студентов, которые становятся специалистами?**

— Студенты, пришедшие в кафедральный кружок на 4–5 курсе, если даже не пошли в травматологию, все стали специалистами. Многие уходят в анестезиологию, ревматологию, гинекологию, но остаются в медицине. Кружок — это плацдарм для получения практического опыта. Человек, который окончил институт, но за время учебы нигде не поработал, никому не нужен. Это пустой плод, он не будет

© Наде Лагардер

Одна из составляющих воспитания хорошего специалиста — необходимость привить ему получение удовольствия от профессионального роста

востребован. А если он поработал, подежурил хотя бы полгода-год, то это дает тот бесценный опыт, который позволяет двигаться дальше и быть более востребованным, его уже по-другому воспринимают. Если студент прошел через кружок, то я уже знаком с ним, знаю, на что он способен. Поэтому в Первой градской больнице проблемы с кадрами нашей специальности не бывает.

— **Есть ли проблемы на пути подготовки студента-медика в специалиста?**

— Проблемы есть. Это слишком формализованный процесс работы педагога на кафедре. Количество отчетности, которое необходимо

составлять, сегодня переходит все границы. До сих пор у нас практикуется бумажное оформление истории болезни.

— **Стандартный путь подготовки врача: студент, ординатор, врач, каждые 5 лет переподготовка и новый сертификат. И все же немногие прошедшие его становятся настоящими профессионалами. Значит, чего-то не хватает?**

— Получить сертификат и переподтвердить его — не значит учиться и совершенствоваться. Для того чтобы достичь результата, процесс учебы не должен быть формализован. Когда ты копаешь от забора до обеда, появляется перспективность. Любому специ-

алисту необходим стимул к росту, который помогает преодолеть профессиональное выгорание. То есть одна из составляющих воспитания хорошего специалиста — необходимость привить ему получение удовольствия от профессионального роста. А для того чтобы человеку это привить, нужно, чтобы он понимал, что сделал хорошо и получилось хорошо. Если сделал не очень хорошо, то он проанализировал, пообщался с коллегами, и в следующий раз получится лучше. Нужно постоянно совершенствовать свое мастерство.

Оценить и повысить уровень мастерства, подогреть интерес к научной и практической деятельности помогают профессиональные олимпиады. Вот, например, в мае на базе Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования Минздрава РФ в Смоленске уже в третий раз прошла ежегодная олимпиада среди ординаторов, обучающихся по специальности «Травматология и ортопедия».

Наши ребята заняли на ней второе место в командном и первое — в индивидуальном зачете. Все это важные и неотъемлемые составляющие довольно длительного процесса превращения студента в высококлассного специалиста.

Участники XVI Межвузовской студенческой конференции «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» с заведующим кафедрой травматологии, ортопедии и ВГХ РНИМУ им. Н. И. Пирогова профессором А. В. Скороглядным



© mektrauma.ru

Студенческий научный кружок – трамплин для будущего специалиста

С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ПРОФЕССИЯ



**Алексей
Абилемец**

Староста студенческого научного кружка

Студенты медицинских вузов иногда довольно долго не могут сориентироваться в многообразии врачебных специальностей. По мнению старосты студенческого научного кружка (СНК) кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова Алексея Абилемца, именно на занятиях кружка можно лучше прочувствовать свою будущую профессию

– Алексей, на каком этапе обучения вы решили стать травматологом и почему?

– Я уже поступал в университет с такой мыслью. Правда, потом в какой-то момент у меня были некоторые колебания в сторону других специальностей. Но кружок помог определиться и указал мне четкую дорогу в травматологию. Сейчас я уже заканчиваю 6 курс и планирую поступать в ординатуру. Хотелось бы в последующем продолжить свое обучение в аспирантуре.

– Какие преимущества у кружковцев перед студентами, которые не посещают заседания СНК?

– Несомненно, более тесное общение с наставниками, у нас это доцент Коробушкин Глеб Владимирович и Копенкин Сергей Семенович. На кафедре устраивается много всевозможных мероприятий, куда приглашаются и студенты-кружковцы, несмотря на то что организуются они в основном для врачей в рамках непрерывного образования. Это очень помогает войти в профессию. Там материалы преподносятся с более раскрытой тематикой — не так, как мы, студенты, слушаем в цикле, а более интересно. У студентов кружка есть возможность постоянно общаться с ординаторами и

уже состоявшимися врачами. Это много дает.

В кружок обычно входит человек пятнадцать, и это, как правило, уже те, кто определился с будущей специализацией. В основном студенты делают выбор, в какой области медицины они будут в дальнейшем работать курсе на третьем-четвертом.

– Студенческий кружок вашего университета чем-то отличается от аналогичных кружков других медицинских вузов?

– Очень хорошо, что мы занимаемся именно на базе клиник. В других мединститутах это не так развито. Студенты в основном обучаются, сидя в аудиториях, смотрят презентации, а с реальными пациентами многие из них первый раз встречаются только на 6 курсе.

Я пришел в кружок в конце третьего курса, и все эти годы у меня была возможность общаться с больными. Кружковцы часто ходят на круглосуточные дежурства, где мы наблюдаем за работой врачей в приемном отделении, в экстренных операционных. И уже даже с 3–4 курса мы начинаем помогать: стоим на операциях, крючки держим, что-то зашиваем; чтобы на 3 курсе студенту разрешили что-то зашить... Это преимущество есть только у кружковцев.

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения России
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Кафедра травматологии и ортопедии ИПК ФМБА России
Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова
Ассоциация травматологов-ортопедов России
Ассоциация травматологов-ортопедов г. Москвы
Медицинский факультет университета г. Аахен, Германия
Европейское общество травматологии и неотложной хирургии (ESTES)
Европейское общество хирургии стопы и голеностопного сустава (EFAS)
Европейское общество хирургии плеча и локтевого сустава (SECEC/ESSSE)

ТЕМЫ

Эволюция современного остеосинтеза при изолированной и множественной травме.
Лечение заболеваний, травм стопы и их последствий (III Конгресс по хирургии стопы и голеностопного сустава).
Лечение повреждений и заболеваний верхней конечности.
Осложнения и последствия травм опорно-двигательного аппарата.
Непрерывное обучение в травматологии, ортопедии: от студента к специалисту.
Обучающий курс «Тактика лечения больных с тяжелой сочетанной травмой»
Специальный курс «Лечение заболеваний и травм локтевого и плечевого суставов».

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Международная конференция

ТРАВМА 2016 TRAUMA

International Conference

МОСКВА, 3–4.11.2016

КРОКУС ЭКСПО

WWW.2016.TRAUMA.PRO

СЕКРЕТАРИАТ

117049, Москва, Ленинский пр-т, д. 8, корп. 7, ГКБ №1
профессор Скороглазов Александр Васильевич
доцент Коробушкин Глеб Владимирович
телефон: +7 (495) 952-54-61
доцент Копенкин Сергей Семенович
телефон: +7 (499) 135-91-64
электронная почта: traumaRSMU@gmail.com

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР

ООО «Ивентариум»
телефон: +7 (926) 965-25-05
электронная почта: mail@eventarium.pro



Врач должен учиться всю жизнь

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ



**Копенкин
Сергей Семенович**

Кандидат медицинских наук,
доцент

Врач должен учиться всю жизнь – это аксиома, утверждает заведующий учебной частью кафедры на базе ГКБ № 64 кандидат медицинских наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Сергей Семенович Копенкин

На протяжении многих десятилетий в нашей стране функционировала стройная система последи-дипломного образования. Врача направляли в крупный лечебный центр для прохождения курса усовершенствования, ему оплачивали проживание, командировочные расходы. Обучающие циклы длились, как правило, месяц, а иногда и больше. Все это время доктор активно участвовал в лечебном процессе, на практике перенимал новые методики, оперировал совместно со специалистами клиники. Личный контакт с выдающимися учителями запоминался на многие годы. Многие врачи приезжали в клинику повторно. Доктора получали действительно хорошую переподготовку в своей области. Потом был период, когда средства из бюджета не выделялись, и врачи приезжали за свой счет, продолжительность циклов сократилась. Позднее стали превалировать так

называемые выездные циклы. Дешевле преподавателю приехать на место, это удобнее и тем врачам, которые не имели возможности надолго оставить свое рабочее место. Такое обучение превратилось больше в теоретическое, врач не видел, как работает клиника. Информацию он получал из презентации, возможность практики исчезла, снизилось качество переподготовки.

ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ

Сейчас наступает новый этап. Минздрав, видя сложности в процессе усовершенствования врачей, предпринимает правильные шаги в плане перехода на международную систему, когда на протяжении пяти лет идет непрерывное образование врачей. Врач, участвуя в конференциях, съездах, онлайн-курсах и т. п., должен набирать кредитные баллы. На сайте Минздрава создан портал по не-

прерывному медицинскому образованию, где каждый специалист должен зарегистрироваться. То есть усовершенствование проводится не раз в 5 лет, а непрерывно, и доктор постоянно находится в процессе повышения уровня своего мастерства. Это очень хорошая система, но думаю, что все-таки для врача, работающего на просторах нашей страны, обязательно должна быть предусмотрена возможность работы в крупной авторитетной клинике. В медицине необходим непосредственный контакт учителя и ученика, передача опыта от одного к другому. Манипуляцию можно отработать и на манекене, и на тренажере. А вот выбрать больного, которому показана именно эта операция, — уже искусство, которое так просто, теоретически, передать трудно. Поэтому в перспективе было бы оптимально сочетание нескольких моделей обучения.

Замечательно, когда учитель-профессионал может выехать непосредственно на место, иногда у него даже есть возможность и лично что-то показать. Есть вещи, которым можно обучить и на выезде. Но организацию рабочего процесса, сочетание различных отделений, командную работу анестезиологов, травматологов, хирургов, реаниматологов и реабилитологов труднее передать. Думаю, оптимально сочетать выездные циклы обучения врачей с приездом местного лидера в крупную центральную клинику, чтобы он посмотрел, как это все работает в комплексе. И тогда он полученные знания и умения внедрит в своем лечебном учреждении.

ПОД КОНТРОЛЕМ АССОЦИАЦИИ

В обучении не должно быть профанации. У наших врачей разный базовый уровень. Иногда при обсуждении с врачами пациентов вы-

Оптимально сочетать выездные циклы обучения врачей с приездом местного лидера в крупную центральную клинику, чтобы он посмотрел, как это все работает в комплексе. И тогда он полученные знания и умения внедрит в своем лечебном учреждении

является низкий уровень знаний по общим вопросам медицины. Нельзя говорить только о высоком и современном, надо всегда начинать обучение с основ. Обучение должно быть построено по принципу от простого к сложному. Оптимально, чтобы обучение проводилось под эгидой профессиональных ассоциаций. Современная высококвалифицированная помощь требует специализации. Рассказывать о проблеме должен авторитетный в этой области врач.

Внедряющаяся сейчас система непрерывного медицинского образования, в целом, рациональна. Должны быть, естественно, тесты, по окончании обучения — экзамены на врачебную категорию, содержащие практически важные вопросы. Доктор должен знать, как действовать в экстремальной ситуации, где найти нужную информацию, а при необходимости — прибегнуть к помощи коллег.

ЛУЧШЕ МЕНЬШЕ, ДА ЛУЧШЕ

Еще один из аспектов — это разумный подход в проведении конференций, в том числе и обучающих, которые сейчас организуют регионы. Их количество должно быть ограничено, иначе их уровень упадет, и они будут проводиться формально, «для галочки». Региональные ассоциации должны согласовывать программы и сроки своих конференций с Ассоциацией травматологов и ортопедов России. Не должно быть самодеятельности, профанации в обучении и в проведении конференций. Нужны лекции авторитетных в своей области специалистов с семинарами, клиническими разборами пациентов. Надо возвращать лидеров специальности к преподаванию, обучению врачей. Сложность в том, что это им экономически невыгодно. Проведя одну высокотехнологичную операцию, врач может получить за нее столько же, сколько за

Сейчас обучение во многом ведется за счет компаний-производителей имплантатов, инструментов, медицинского оборудования, лекарственных препаратов. Это неплохо. И за рубежом все конференции поддерживаются спонсорами. Но эта поддержка не должна переходить в однобокость, навязывание своего мнения, и вот здесь очень важна роль ассоциаций

полмесяца преподавания. Преподавая, врач-лидер отдает то, что он накапливал годами, и за это его нужно ценить. В последнее время эта проблема стала потихоньку решаться.

Сейчас в связи с недостатком бюджетных средств обучение во многом ведется за счет компаний-производителей имплантатов, инструментов, медицинского оборудования, лекарственных препаратов. Это неплохо. И за рубежом все конференции поддерживаются спонсорами. Но эта поддержка не должна переходить в однобокость, навязывание своего мнения, и вот здесь очень важна роль ассоциаций. То есть если компания помогает провести цикл, школу, конференцию, — заме-

чательно, но задача лектора и ассоциации в своем материале соблюдать объективный подход. Поэтому важно, чтобы средства, которые вкладывают компании в обучение врачей, шли не напрямую, а через ассоциацию. Надо, чтобы мероприятие организовывала Ассоциация травматологов-ортопедов. Важно, чтобы эксперт обучал на основе принятых клинических рекомендаций, причем именно национальных рекомендаций, которые учитывают особенности России. Нельзя просто перенести зарубежный опыт к нам, на наши необъятные просторы, где иные возможности и у больного и у врача. Эти национальные особенности должны обязательно учитываться при обучении врачей,

потому что у нас разные условия в разных местах. Если мы будем обучать по стандарту, а у доктора нет соответствующего обеспечения, больной поступил не в первые сутки после травмы, а приехал из отдаленного села на десятые, — как тогда быть? Поэтому оптимален не жесткий протокол, а именно клинические рекомендации, которые учитывают возможности разных условий.

НОВЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Очень интересное направление обучения — создание клубов, школ для специалистов одной области. В нашей специальности заседания проходят под эгидой Ассоциации травматологов и ортопедов. Люди говорят на одном языке, привлекают знающих специалистов, обсуждают наболевшее. Проводиться такая школа должна не с 5–7 сотнями участников, а для более узкого круга врачей, которые в этом случае имеют возможность непосредственно пообщаться с лектором, выступить в обсуждении, проголосовать с применением интерактивной системы. В обучении обязательно должна быть обратная связь.

Очень интересны разборы клинических случаев из практики преподавателя или обучающегося. Это и есть клиническое обучение — процесс, развивающий клиническое мышление, о чем мы иногда забываем. Разбор конкретного пациента с объяснением, почему ты выбираешь именно этот вариант лечения из всех возможных, необходим. Грядет ренессанс обучения. Очень важно, чтобы этот процесс был направлен в правильное русло, чтобы его не захватили коммерческие интересы. Во многом это зависит от нас с вами.



Курс травматологии и ортопедии Института повышения квалификации ФМБА РАСШИРЯЕМ КРУГ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ



**Страхов
Максим Алексеевич**

Кандидат медицинских наук

Кафедра (курс) травматологии и ортопедии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства (ИПК ФМБА) имеет непосредственное отношение к последипломному усовершенствованию врачей. По мнению заведующего учебной частью кафедры кандидата медицинских наук Максима Алексеевича Страхова, в последнее время врачи проявляют все большую заинтересованность в узкоспециализированных программах, которые расширяют круг их профессиональных возможностей

Наша кафедра в ФМБА, созданная в 2002 году, составляет единое подразделение с кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Обе кафедры возглавляет доктор медицинских наук, профессор А. В. Скороглазов. ИПК ФМБА специализируется на постдипломном образовании и занимается различными вариантами усовершенствования. Предполагалось, что когда выпускник медицинского института выйдет на работу, перед ним встанет вопрос необходимости каждые пять лет подтверждать сертификат. Это самая популярная форма подготовки; называется она «общее усовершенствование» и рассчитана на 144 учебных часа. Пока еще новая бальная система не заработала в полную силу, действует традиционная пятилетняя программа.

Организована на нашей кафедре и первичная специализация в фор-

мате переподготовки. Она актуальна для тех врачей, у которых по какой-то причине образовался перерыв в стаже от пяти лет и более. И вот здесь есть одна проблема. Для детских хирургов, которые стремятся устроиться на должность травматолога-ортопеда, например в детский травмпункт, требуется наличие сертификата именно по этой специальности. Образовательная программа ординатуры по детской хирургии на 30% уже включает в себя травматологию и ортопедию. А по ныне действующему законодательству детские хирурги вынуждены еще и отдельно проходить необходимую специализацию, а это 565 учебных часов. В общем-то это деньги, которые государство выкидывает.

Всегда были и есть врачи, которые хотят более глубоко специализироваться по своему профилю, для них у нас и созданы программы по-



© Надежда Лагудер

Всегда были и есть врачи, которые хотят более глубоко специализироваться по своему профилю, для них у нас и созданы программы повышения квалификации в относительно узкой области, по конкретной теме. Это позволяет доктору овладеть новой технологией и, таким образом, расширить горизонты своего профессионализма

вышения квалификации в относительно узкой области, по конкретной теме. Это позволяет доктору овладеть новой технологией и, таким образом, расширить горизонты своего профессионализма. Заинтересованность в каждой конкретной теме разная. Мы, например, какое-то время назад открывали курс спортивной травмы, вывесили его в плане, но интерес к нему был минимальный. А когда разговариваем с врачами, которые бывают на наших школах, конференциях, они спрашивают, можно ли к нам прийти поучиться. То есть такое странное несоответствие иногда получается, наверное, не доходит информация.

Мы постоянно ищем какие-то новые программы, в которые можем встроиться, для нас это интересно. Например, была замечательная программа «Оказание помощи при дорожно-транспортном травматизме», разработанная при поддержке Минздрава. Мы собирали врачей разных специальностей, брали автомобиль скорой помощи, который привозил тяжелого пострадавшего — манекен. Все врачи должны были работать по секундомеру, замеряли кто что делает. Помню, как в одной из ЦРБ анестезиолог шел к тяжелому пострадавшему 15 минут! Как это возможно? Анестезиолог максимум через 5 минут должен быть на месте. Этот курс и сейчас очень актуален, но в эту программу перестали вкладывать деньги. Она остается в плане, но ее мы делаем по заявкам. У нас есть очень интересные курсы по эндопротезированию и артроскопии крупных суставов.

Помимо теории своим слушателям мы предоставляем возможность чуть ли не каждый день бывать в операционной на интересующих их операциях на базе всех наших тринадцати клиник. Так выглядит наша постдипломная система обучения.

КУРС ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ПРИ КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ЭНДОСКОПИИ ИНСТИТУТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ФМБА

Расписание циклов на осень-зиму 2016 года

Наименование цикла	Вид подготовки	Контингент слушателей	Сроки	Объем учебного плана
Травматология и ортопедия	Первичная подготовка	Травматологи-ортопеды, имеющие перерыв в стаже более 5 лет: Приказ Минздрава-соцразвития РФ № 705н от 09.12.2008	05.09–20.12	565 часов
Травматология и ортопедия	Повышение квалификации	Травматологи-ортопеды	05.09–01.10 14.11–10.12	144 часа 144 часа
Эндопротезирование крупных суставов	Повышение квалификации	Врачи хирургических специальностей	03.10–15.10	72 часа
Артроскопия крупных суставов	Стажировка	Врачи хирургических специальностей	07.11–03.12	144 часа
Оказание помощи при дорожно-транспортном травматизме	Повышение квалификации	Мультидисциплинарный: травматологи-ортопеды, хирурги, анестезиологи и реаниматологи, ультразвуковые диагносты, врачи скорой помощи	По заявкам	144 часа

Сейчас во многих российских городах есть институты, где открываются кафедры последипломного образования, но насколько они специализированные? Мы занимаемся только таким видом образования. А когда идет смешение потоков, где пересекаются студенты, ординаторы и уже практикующие врачи, это сложно. Каждой из этих категорий слушателей нужно преподавать по-разному. У нас держится костяк очень профессиональных педагогов, которые поддерживают высокий уровень преподавания и на выездных курсах.

Понятно, что российской медицине много чего не хватает, но хочу отметить и достоинства, которые делают ее вне конкуренции по сравнению с Западом. У нас очень мощный человеческий фактор, большое значе-

ние придает межличностным взаимоотношениям. Россия на сегодня практически единственная страна в мире, где доктор разговаривает с пациентом и рассматривает его диагноз со всех сторон, в контексте особенностей всего организма. Достоинство нашей русской школы и во взаимосвязи молодых докторов со своими учителями, которая передается из поколения в поколение. За рубежом такой подход встречается нечасто. Там проблема в том, что врач заходит в операционную, стоит у операционного стола, он хорошо знает технику оперативного вмешательства, владеет всеми необходимыми навыками; например, он меняет сустав, но пациента зачастую не видит. Идет работа по принципу конвейера. Какой же это врач?

Как лектор, который много ездит по России, могу сказать, что у нас в стране в последнее время такое тоже стало появляться. Я считаю, что российским медикам не во всем нужно ориентироваться на Запад, а во многом придерживаться отечественной школы медицины.

Артроскопическая хирургия ОБУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЯМ БУДУЩЕГО ДОСТУПНО УЖЕ СЕГОДНЯ



**Лазишвили
Гурам Давидович**

Доктор медицинских наук,
профессор

На кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова дипломированный травматолог-ортопед может овладеть современными технологиями на любом этапе своей деятельности. В учебно-практическом центре по артроскопии крупных суставов, созданном на базе ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова совместно с компанией KARL STORZ, проводятся курсы по оперативной артроскопии всех уровней сложности. Возглавляет центр доктор медицинских наук профессор Гурам Давидович Лазишвили

– Гурам Давидович, как давно создан центр и для кого предназначены курсы?

– Одно из направлений деятельности нашей кафедры — артроскопическая хирургия — операции на суставах без разрезов. Это современнейшее направление эндоскопической хирургии, а в нашей специальности оно называется артроскопией. Долгое время в России стоял вопрос — где обучать молодых специалистов этим технологиям? Модернизация здравоохранения, техническое обеспечение больниц уже позволяло выполнять эти операции, но отсутствие знаний и навыков у молодых специалистов препятствовало применению этой технологии на практике. И мы в 2008 году на базе нашей кафедры создали первый в то время симуляционный класс по артроскопической хирургии. За эти годы обучено уже порядка пятисот докторов из разных горо-

дов России, бывших стран СНГ и ближнего зарубежья. Мы регулярно выезжаем с мастер-классами в различные города и проводим обучение врачей на местах. Как показала практика, это себя оправдывает. Наша кафедра одна из лидирующих в этой области, поэтому мы взяли на себя смелость создать такой центр. Сегодня существуют и другие центры — в Казани, Санкт-Петербурге, но начало этому положили мы и очень этим гордимся.

– Что входит в учебную программу курсов?

– Наша учебная программа имеет несколько степеней. Базовый курс ориентирован на тех, у кого еще нет артроскопической практики. Продвинутый курс — это следующий этап, он предназначен для врачей, у которых уже есть практика в этом направлении, но они хотят обучиться более современным подходам. И еще так называемый высший продвинутый курс, на нем

обучаются самым сложным технологиям и операциям.

Первую неделю мы работаем в учебном классе, где идет теоретическая подготовка: изучение анатомии и артроскопических навыков, отработка навыков на муляжах. И только после этого переходим в операционную. Мы обучаем самым современным операциям на коленном, плечевом, голеностопном и локтевом суставах.

– Сколько по времени длится один курс?

– Базовый — 2 недели. Практика показала, что месячный курс для начинающих — это очень много. Это огромный поток информации, и врачи, когда возвращаются домой, все забывают. Поэтому мы решили так: 2 недели идет обучение, потом врач уезжает к себе и начинает практику. Естественно, у него возникает масса вопросов. Тогда он приезжает на продвинутый курс продолжительностью 3 недели. А высший продвинутый курс длится уже месяц. Но есть одна большая проблема, с которой мы столкнулись: не все врачи могут приехать на столь длительный срок. Поэтому даже самый высший продвинутый курс мы можем дать за 2 недели.

– Как много человек бывает в группе?

– На курс принимаем, как правило, только двух врачей, максимум трех. Мы уже поняли, что чем больше врачей, тем сложнее уделить каждому должное внимание. Такая маленькая группа позволяет очень насыщенно и плодотворно проводить занятия, обучение практически индивидуально. Вторая проблема, почему мы не можем набирать большие группы, — это работа в операционной, а туда толпой не зайдешь.

– Насколько популярны эти курсы и какова на сегодняшний день потребность в специалистах по артроскопии?



Обучение у нас бесплатное. Оно проходит в рамках программы повышения квалификации

– Очень популярны. Дня нет, чтобы у нас кто-то не обучался. Летом обычно перерыв, а с сентября у нас уже все расписано.

Сегодня мы очень широко используем в травматологии самые современные клеточные технологии, но, к сожалению, по-прежнему в клиниках недостаточно квалифицированных специалистов по артроскопии. Мы регулярно выступаем на различных симпозиумах, конгрессах, конференциях с лекциями и докладами. Стараемся как-то привить осознание того, что за эндоскопической хирургией суставов будущее. Понятно, что далеко не все операции можно и нужно делать артроскопически, но сегодня в 85% случаев можно обойтись вообще без разрезов. А это минимальная травматичность операций и в десять раз быстрее сроки восстановления. Преимущество артроскопических операций очевидно.

– Занятия у вас платные?

– Обучение у нас бесплатное. Оно проходит в рамках программы повышения квалификации.

– Как врач может попасть на курс?

– Очень просто: созванивается с нами, определяем удобную дату приезда, и мы его ждем.

Более подробную информацию можно получить у Гурама Давидовича Лазишвили по тел.: +7 (495) 536-9669 или +7 (916) 657-5996 и на сайте: www.koleno21.ru

Особенности применения БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) в травматологии, ортопедии и спортивной медицине

М. А. Страхов, Н. В. Загородний, Г. Д. Лазишвили, А. В. Скороглядов, Л. К. Брижань,
А. М. Педанов, Я. В. Бугаев, Т. Г. Гаев

Ключевые слова: PRP

В последние десятилетия интерес к восстановительным возможностям, которые дает применение PRP, неуклонно растет. Причиной этому является физиологичность и универсальность данного лечебного метода, позволяющего использовать скрытые естественные силы организма, для того чтобы добиться лечебного эффекта, повысить качество жизни и отсрочить или предотвратить хирургические вмешательства у пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата, что отражается на экономических и социальных аспектах медицинской помощи [1, 2, 3].

Основой клинической эффективности метода является заключенный в альфа-гранулах тромбоцитов комплекс биологически активных веществ, действующих на разных стадиях восстановительных процессов.

В настоящее время основой терапевтического действия PRP считаются факторы роста (таблица 1) и цитокины, обладающие противовоспалительным действием [1, 2, 3].

Таблица 1

Основные биологически активные вещества (факторы роста), выделенные в PRP

Фактор роста	Полное название (англ.)	Биологическое действие
TGF-beta	Transforming Growth Factor	Стимулирует пролиферацию клеток Способствует продукции компонентов межклеточного матрикса Стимулирует ангиогенез
PDGF-AB	Platelet-Derived Growth Factor	Стимулирует пролиферацию клеток Стимулирует хемотаксис фибробластов
bFGF	Fibroblast Growth Factor	Стимулирует пролиферацию фибробластов
IGF (plasmatic)	Insulin-like Growth Factor	Стимулирует пролиферацию клеток Способствует синтезу коллагена Стимулирует миграцию фибробластов
VEGF	Vascular Endothelial Growth Factor	Стимулирует пролиферацию и миграцию эндотелиальных клеток
EGF	Epidermal Growth Factor	Стимулирует ангиогенез Регулирует обновление межклеточного матрикса Стимулирует миграцию и пролиферацию фибробластов

Максимальным эффектом обладают факторы роста и цитокины, секретированные жизнеспособными клетками локально в месте инъекции, так как эти вещества переходят в активную форму в процессе взаимодействия с мембранными структурами тромбоцита

Максимальным эффектом обладают факторы роста и цитокины, секретированные жизнеспособными клетками локально в месте инъекции, так как эти вещества переходят в активную форму в процессе взаимодействия с мембранными структурами тромбоцита. Использование комплексных препаратов PRP в отличие от терапии отдельными факторами роста важно, потому что регуляторы действуют в биологически детерминированной пропорции, максимально близкой к естественной регуляции восстановительного процесса [1, 2, 3].

PRP-терапия является биологическим методом, и ее эффективность зависит: от исходного состояния пациента — наличия патологии крови и тромбоцитов, сопутствующих заболеваний, диеты и режима питания, уровня физических нагрузок, времени забора крови и сопутствующего приема ряда лекарственных пре-

паратов. Эффективность PRP-терапии зависит от качественных характеристик и особенностей медицинской технологии приготовления препарата, эргономики и техники проведения процедуры [4].

В медицинском сообществе обсуждается, что эффективность PRP-терапии должна быть в прямой зависимости от концентрации тромбоцитов. Но ряд исследований показывают, что чрезмерно высокая концентрация тромбоцитов не позволяет тромбоцитам полностью раскрыть свой восстановительный потенциал, так как они начинают оказывать друг на друга ингибирующее воздействие. Концентрация тромбоцитов в препаратах PRP в диапазоне 300–600 тыс. в 1 мл признана оптимальной для реализации регенеративного потенциала плазмы. Важным параметром PRP является сохранение максимального количества жизнеспособных тромбоцитов, так как именно физиологически активные клетки являются источником факторов роста и других биологически активных веществ [5]. Эффективность PRP-терапии может быть повышена с помощью активации тромбоцитов аутологичным тромбином.

В основе доступных зарегистрированных протоколов приготовления препаратов PRP лежит центрифугирование, но способы разделения клеток отличаются. Для этой цели может быть использована механическая сепарация (Arthrex ACP, YcellBio PRP и другие) и сепарация с разделителем гелем (Regen A-PRP, Cellular Matrix OA). Гелевая сепарация дает возможность селективно отделять богатую тромбоцитами плазму от эритроцитов и провоспалительных лейкоцитов, работать с плазмой без учета вертикализации пробирки, позволяет избежать контакта препарата с окружающим воздухом за счет использования закрытого контура технологии. Весь процесс забора, получения препарата и последующее его введение в ткани происходит без контакта с внешней окружающей средой [7, 8, 9].

Инновационным подходом в применении PRP является комбинация обогащенной тромбоцитами плазмы с гиалуроновой кислотой (PRP Cellular Matrix OA). Данный препарат предназначен только для интраартикулярного введения и позволяет использовать взаимодополняющее и синергичное действие гиалуроновой кислоты и плазмы в лечении остеоартроза [9].

В настоящее время PRP-терапия включена в консенсус Американской ассоциации ортопедических хирургов (AAOS). AAOS включала PRP-терапию в релизы 2014, 2015, 2016 годов. В публикациях 2014–2015 годов сформированы показания и противопоказания к PRP-терапии и даны комментарии по применению и безопасности данного вида терапии. В 2016 году был показан уровень доказательности по использованию PRP в лечении остеоартроза [10].

regenlab

ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА В ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

REGENLAB (ШВЕЙЦАРИЯ) – ЗАПАТЕНТОВАННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ И ФИБРИНО-ТРОМБИНОВОГО ГЕЛЯ.

Метод RegenACR (Autologous Cellular Regeneration) – инновационная швейцарская технология клеточной регенерации тканей с помощью введения аутологичной плазмы, богатой живыми тромбоцитами (PRP). Уникальность технологии Regenlab заключается в активации PRP аутологичным тромбино-фибриновым комплексом.

CELLULAR MATRIX

Уникальная разработка, соединяющая в одном препарате матрикс гиалуроновой кислоты и А-PRP. Находящаяся в пробирке ГК специально создана для комбинации с PRP, работает как каркасный элемент, замещающий синовиальную жидкость и создает идеальные условия для выделения факторов роста тромбоцитами.



REGEN VCT «СИНЯЯ»

Изделия медицинского назначения – пробирки для получения аутологичной богатой живыми тромбоцитами плазмы с пролонгированной деградацией тромбоцитов. Максимальный эффект регенерации тканей.



REGEN ATS «КРАСНАЯ»

Пробирки для получения аутологичного тромбино-фибринового геля, выполняющего функцию объемного матрикса и активатора деградации факторов роста тромбоцитов из «СИНЕЙ» пробирки.



Официальный дистрибьютор в России – КЭМ [Корпорация Эстетической Медицины] МАСТЕР-КЛАССЫ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОВОДЯТСЯ ПО АДРЕСУ: Москва, Новый Арбат 31/12 • тел. +7 495 637 6276 • www.aestpharm.ru • www.orthoregen.ru

Регистрационные удостоверения на медицинские изделия №ПЗН 2016/3845 от 17 марта 2016 и №ФСЗ 2011/10570

В соответствии с рекомендациями показания к PRP звучат так:

- / острые состояния: тендиниты, острые травмы мягких тканей;
 - / хронические состояния: тендинопатии — ахиллобурсит, эпикондилит, подошвенный фасциит, тендинопатия ротаторной манжеты плеча, тендинопатия собственной связки надколенника, APC-синдром; миопатии; остеоартрит;
 - / комбинация с оперативными техниками: лечение хондропатий, сопровождение шва сухожилия, спондиллодеза; лечение поврежденных менисков, повреждений ПКС; в комплексе с костным трансплантатом, лечение остеомиелита, как компонент трансплантации стволовых клеток.
- Противопоказания к PRP:**
- / гематологические патологии с дисфункцией тромбоцитов, критический уровень тромбоцитов и фибриногена, нестабильная гемодинамика, нарушение свертываемости крови;
 - / острые инфекционные заболевания, септикопиемия, воспалительные процессы различных локализаций, кожные инфекции в области инъекции;
 - / анемия;
 - / злокачественные опухоли, особенно гематологические или костные;
 - / хронические заболевания печени;
 - / прием аспирина.

В 2010 году Международным олимпийским комитетом достигнут консенсус об использовании PRP-терапии в профессиональном спорте. Признано, что локальная терапия плазмой и клеточная терапия не влияют на спортивные результаты, тогда как эффективность при спортивных травмах показана во многих исследованиях [11]. Но в некоторых ситуациях PRP-терапия должна применяться с осторожностью, в первую очередь идет речь об острых травмах, где PRP-терапия может эффективно купировать болевой синдром, но при ранних нагрузках, особенно в спорте, высока вероятность повторной травмы. В этом случае PRP не может приводить к эффективному исцелению [12].

Отношение медицинского сообщества к использованию PRP в лечении свежих переломов неоднозначно. Исследования с использованием PRP в лечении спондиллодеза показали, что добавление препарата снижает темпы регенерации. Было предположено, что присутствие факторов роста в чрезмерно высокой концентрации замедляет направленный остеогенез [13]. В настоящее время в России имеется дефицит юридической базы по использованию PRP в травматологии и ортопедии. В связи с этим основной ориентир при использовании препарата должен быть сделан на

Инновационным подходом в применении PRP является комбинация обогащенной тромбоцитами плазмы с гиалуроновой кислотой (PRP Cellular Matrix OA)

международные рекомендации и консенсусы, в частности AAOS.

Группа авторов ЦИТО в течение нескольких последних лет проводит научную работу по использованию PRP в лечении переломов с нарушенной консолидацией. Результаты работы отражены в патенте и методических рекомендациях [14].

Для обеспечения эффективности и безопасности PRP-терапии важно правильно подготовить пациента, дать рекомендации по режиму и питанию, разъяснить детали лечения и сформировать реалистичные ожидания, в некоторых случаях накануне процедуры рекомендуется прием успокаивающих препаратов. За 2 недели до процедуры рекомендуется отменить кортикостероиды и за 1 неделю — нестероидные противовоспалительные препараты, как минимум за 5 дней до процедуры рекомендуется отменить антикоагулянты. Обязательным является оформление информированного согласия [15, 16].

Очень важно соблюдение техники манипуляций, особенно если планируется одновременное введение препарата или разных препаратов в несколько локализаций. Процедуру инъекции следует проводить под контролем ультразвукового обследования и в случае определения риска разрыва сухожилия или мышцы воздержаться от манипуляции [16, 17, 18, 19].

После проведения PRP-терапии пациенту следует воздержаться от физической активности в течение 1–2 дней. Появление легкой отечности и дискомфорта является допустимой реакцией, для купирования ко-

торой можно использовать отпускаемые без рецепта обезболивающие препараты и лед, в случае значительной болезненности и при выраженном отеке пациент обязательно должен связаться с врачом [16, 17, 18, 19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы PRP-терапия прочно вошла в практику современной травматологии, ортопедии и спортивной медицины как безопасный и эффективный метод биологического лечения. Достижение положительного действия препаратов аутологичной, обогащенной тромбоцитами плазмы связано с реализацией скрытого потенциала биологически активных веществ конкретного пациента, учетом особенностей его состояния, воздействием внешних факторов, оптимизацией технологии получения препарата. Американской ассоциацией ортопедических хирургов PRP рекомендован для лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата в качестве инъекционной технологии и как технология сопровождения ряда оперативных вмешательств. Важным является соблюдение ряда условий, в том числе учет противопоказаний, оформление согласия пациента и отмена приема ряда препаратов, соблюдение техники манипуляции, которые помогают повысить эффективность лечения пациента.

Литература:

1. Filardo G., Kon E., Di Martino A., et al: Platelet-rich-plasma versus hyaluronic acid to treat knee degenerative pathology: Study design and preliminary results of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012. 13:229.
2. Robert L. Parisien, MD David P. Trofa, MD Jesse Dashe, MD and Scott F.M. Duncan, MD, MPH, MBA, PRP: Does It Do Anything? www.aaos.org/AAOSNow/2016/Feb/Cover/cover1/
3. Barbara D. Boyan, PhD Zvi Schwartz, DMD, PhD Thomas E. Patterson, PhD and George Muschler, MD. Clinical use of platelet-rich plasma in orthopaedics. www.aaos.org/aaosnow/2007/sep/research/research2/
4. Kellie K. Middleton, Victor Barro, Bart Muller, Satosha Terada, Freddie H. Fu. Evaluation of the Effects of Platelet-Rich Plasma (PRP) Therapy Involved in the Healing of Sports-Related Soft Tissue Injuries. *Iowa Orthop J.* 2012. 32: 150-163. PMID: PMC3565396.
5. Rappl LM et al. Effect of platelet-rich plasma gel in a physiologically relevant platelet concentration on wounds in persons with spinal cord injury. *Int Wound J.* 2011. 8:187-195.
6. Foster TE, Puskas BL, Mandelbaum BR, Gerhardt MB, Rodeo SA. Platelet-rich plasma: from basic science to clinical applications. *Am J Sports Med.* 2009. Vol. 37, № 11, pp. 2259-2272.
7. prp-rost.ru/news/tehnologiya-polucheniya-i-klassifikatsiya-preparatov-prp/
8. www.arthrex.com/resources/animation/5DJQTOXdEy0dweE2LZN7CQ/acp-autologous-conditioned-plasma
9. www.regenlab.com
10. www.aaos.org
11. Engebretsen L., Steffen K., Alsousou J., Anitua E., Bachl N., Devilee R., Everts P., Hamilton B., Huard J., Jenoure P., Kelberine F., Kon E., Maffulli N., Matheson G., Mei-Dan O., Menetrey J., Philippon M., Randelli P., Schamasch P., Schweltnus M., Vernec A., Verrall G. IOC consensus paper on the use of platelet-rich plasma in sports medicine. *Br J Sports Med.* 2010 Dec. 44(15):1072-1081. doi: 10.1136/bjism.2010.079822.

12. T. Yuan, C. Q. Zhang, J. H. Wang. Augmenting tendon and ligament repair with platelet-rich plasma (PRP). *Muscle, Ligaments and Tendons J.* 2013 Jul-Sep. 3(3):139-149. Published online 2013 Aug 11. PMID: PMC3838322.
13. Isaac A. Rodriguez, Emily A. Growney Kalaf, Gary L. Bowlin, Scott A. Sell. Platelet-Rich Plasma in Bone Regeneration: Engineering the Delivery for Improved Clinical Efficacy. *Biomed Res Int.* 2014; 2014: 392398. Published online 2014 June 23. doi: 10.1155/2014/392398. PMID: PMC4094865.
14. Миронов С. П., Кесян Г. А., Берченко Г. Н., Уразгильдеев Р. З., Микелаишвили Д. С. Способ лечения несросшихся переломов, ложных суставов и костных дефектов трубчатых костей. Патент РФ на изобретение № 2356508. Бюллетень №15 от 27.05.2009.
15. www.aoshogdocs.com/treatment-specialties/Platelet-Rich-Plasma
16. Kim Harmon, MD Ron Hanson, MD Jay Bowen, MD Scott Greenberg, MD Ed Magaziner, MD James Vandenbosch, David Harshfield, MD Brian Shiple, MD David Audley. Guidelines for the Use of Platelet Rich Plasma. Presented by The International Cellular Medical Society. DRAFT Version 1.0. dcareusa.com
17. Mikel Sanchez, Jorge Guadilla, Nicolas Fiz and Isabel Andia. Ultrasound-guided platelet-rich plasma injections for the treatment of osteoarthritis of the hip. *Rheumatology* 2012. 51:144, 150 doi:10.1093/rheumatology/ker303, Advance Access publication 10 November 2011.
18. McNabb JW. Knee-lateral suprapatellar approach. In: *A Practical Guide to Joint & Soft Tissue Injection & Aspiration.* Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:85-93.
19. Waddell DD, The tolerability of viscosupplementation: low incidence and clinical management of local adverse events. *Curr Med Res Opin.* 2003. 19(7):575-580.

Н. В. Загородний*, С. В. Безверхий, Н. Г. Захарян, Т. О. Скипенко,
А. С. Кардангушев, И. Д. Евсюкова**

ГБУЗ ГКБ № 31, г. Москва. Кафедра травматологии и ортопедии. Российский университет дружбы народов, г. Москва

* ФГБУ ЦИТО им. Н. Н. Приорова. Кафедра травматологии и ортопедии РУДН

** ГБУЗ ГКБ № 31, г. Москва. Отделение рентгенологии

Ближайшие результаты поверхностного эндопротезирования тазобедренного сустава на примере ЭНДОПРОТЕЗА ВМНР

Ключевые слова:
поверхностное эндопротезирование,
тазобедренный сустав

Выполнена ретроспективная оценка ближайших результатов поверхностного эндопротезирования тазобедренного сустава у 17 пациентов (18 вмешательств). Сроки наблюдения составили от 3 до 24 месяцев (средний срок 11,6 мес.). Средний возраст пациентов был 55 лет. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава показали хорошие клинические и рентгенологические результаты. Отмечается более раннее функциональное восстановление пациентов. Поверхностное эндопротезирование является альтернативой тотальному эндопротезированию у пациентов, ведущих активный образ жизни.

BIRMINGHAM HIP RESURFACING ARTHROPLASTY: SHORT-TERM OUTCOME

Aim of our study was to evaluate the clinical and radiographic outcome of the first 18 consecutively implanted Birmingham Mid Head Resection arthroplasties (BMHR) in our department. 18 BMHR arthroplasties were performed in 17 patients until JUNE 2012. Primary clinical endpoints of the investigation were the implant survival and the total Harris hip score, assessed at the last examination. 1 implant revisions were performed due to femoral neck fracture. The median Harris hip score improved

from 46,6 points to 87,5 points at last follow-up. The median WOMAC improved from 45,6 points to 4,3 points at last follow-up. No hip showed radiographic signs of aseptic implant loosening. The preliminary experience with the BMHR for the younger adult requiring hip arthroplasty is encouraging, but has to be reproduced in the long-term.

ВВЕДЕНИЕ

Концепция поверхностного эндопротезирования не нова и относится к ранним дизайнам эндопротезов тазобедренного сустава, как, например, протезы из слоновой кости, протезы типа Judet, McBride и Smith-Peterson. В 70-х — начале 80-х годов стали активно использовать пару трения металл-металл, однако результаты были неудовлетворительными ввиду малой износостойкости этих эндопротезов (Furuya et al. 1978, Wagner 1978, Freeman and Bradley 1983). Это было связано с низким качеством металла, применяемого в узле трения. После проведения ряда исследований с различными видами поверхностных эндопротезов с металл-металлической парой трения в 1997 году стал доступен протез BMHR с наилучшими показателями относительно износа (кобальт-хромовый сплав), сохранением костной ткани и хорошими биомеханическими показателями, что отличало его от предшественников (McMinn et al. 1996, McMinn 2003).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры травматологии и ортопедии РУДН в ГКБ № 31 изучены ранние результаты поверхностного эндопротезирования тазобедренного сустава конструкции BMHR. Проведен анализ клиничко-рентгенологической картины, а также статистическая обработка полученных данных.

В группу оперированных больных с имплантацией поверхностного эндопротеза BMHR были отобраны пациенты, соответствующие следующим критериям: лица не старше 70 лет, ведущие активный образ жизни и по рентгенологическим показателям с отсутствием выраженной деформации головки бедренной кости и кист в ее структуре или их наличием, но размерами не более 1 см. Противопоказания к имплантации выбранного нами поверхностного эндопротеза: дисплазия тазобедренного сустава (coxa vara \ valga), остеопороз, классифицирующийся по индексу Singh, доказанный факт аллергической реакции на металлы, входящие в сплав эндопротеза.

Все пациенты были обследованы в пред- и послеоперационном периоде, через 6, 12 месяцев, а в дальнейшем ежегодно, с регистрацией интра- и послеоперационных осложнений. По шкалам оценки Harris, WOMAC были учтены следующие критерии: боль, функция, амплитуда движений, а также разница длины конечности. Для всех пациентов было выполнено рентгенологическое обследование до операции, и на каждом контрольном осмотре анализировались снимки, полученные в передне-задней проекции и с отведением конечности. Анализу подвергались угол инклинации чашки эндопротеза, шеечно-диафизарный угол, наличие гетеротопической оссификации на основе

... в 1997 году стал доступен протез BMHR с наилучшими показателями относительно износа (кобальт-хромовый сплав), сохранением костной ткани и хорошими биомеханическими показателями

классификации Brooker и признаки нестабильности компонентов эндопротеза по зонам Charnley (Charnley, 1972) и Amstutz (Amstutz et al., 2004).

Беря во внимание проблемы, с которыми столкнулись наши коллеги в проведенных исследованиях (Куропаткин Г. В. в 2010 году), мы использовали модифицированный доступ Хардинга. При установке компонентов эндопротеза использовали бесцементную фиксацию. Отступая от этапов классической техники операции, первым этапом мы производили первичное фрезирование головки бедренной кости до необходимого размера, выбранного при тщательном предоперационном планировании. Вторым этапом переходили к установке вертлужного компонента. Для лучшей визуализации вертлужной впадины нижнюю конечность ротировали кнаружи и приводили кнутри с максимальным сгибанием в коленном суставе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с 2012 по 2014 год прооперировано 17 человек (произведено 18 имплантаций). Средний срок наблюдения составил 11,6 месяцев (от 3 до 24 мес). В одном случае эндопротезирование выполнено с обеих сторон (рис. 1). Средний возраст пациентов составил 55 лет (от 38 до 73 лет). Количество мужчин (16 пациентов) превалировало над пациентами женского пола (1 па-



Рис. 1
Пациент Ш., 56 лет, с первичным двусторонним коксартрозом. Рентгенологическое исследование до операции, после и через 2 года. NHS 92. Амплитуда движений после операции (справа\слева): сгибание 132\134°, отведение 49\52°, приведение 17\21°, внутренняя ротация 24\26°, наружная ротация 17\19°

циентка). Этиопатогенетически пациенты распределились в следующем порядке: первичный коксартроз 14 человек (14 эндопротезов); 2 пациента (3 эндопротеза) с посттравматическим коксартрозом, из которых у одного — последствия перелома шейки бедренной кости; 1 пациент (1 эндопротез) с асептическим некрозом головки бедренной кости по классификации Ficat II степени.

При контрольном осмотре средний балл по шкале NHS улучшился с 46,6 (25–70) до операции до 87,5 (72–100) после операции. Средний балл по шкале WOMAC был 45,6 (7–92) до операции и 4,3 (от 0 до 28) после.

При осмотре до операции у 10 пациентов (59%) выявлено несоответствие длины ног > 0,5 см до операции; расхождение ≥ 2 см было у 1 пациента. После операции 16 пациентов имели несоответствие длины ног менее 0,5 см и только 1 пациент > 1 см. Результаты сравнения амплитуды движений до и после операции отражены в таблице.

Гетеротопическая оссификация по классификации Brooker 1 степени присутствовала в 1 случае. Возможно, такой низкий уровень оссификации связан с коротким сроком наблюдения.

Средний угол инклинации вертлужного компонента составил 49° (44–50°). Недостаточная посадка вертлужного компонента была отмечена на послеоперационных рентгенограммах в 2 случаях и равнялась 2 мм. При анализе рентгенограмм в послеоперационном периоде нами не выявлено признаков асептической нестабильности, не было обнаружено линий просветления по зонам Charnley и Gruen.

Результаты сравнения амплитуды движений в тазобедренном суставе до операции и после

Амплитуда движений	До операции	После
Сгибание	117° (96–132)	123° (90–140)
Отведение	43° (20–55)	47° (30–55)
Приведение	16° (7–24)	28° (20–40)
Внутренняя ротация	27° (0–41)	24° (7–40)
Наружная ротация	9° (2–17)	11° (4–19)



Рис. 2
Пациент Ш., 52 лет, с посттравматическим коксартрозом левого тазобедренного сустава, интраоперационный перелом шейки при установке бедренного компонента, что потребовало установки тотального эндопротеза

Из осложнений, с которыми мы столкнулись, следует отметить ятрогенный перелом шейки бедренной кости при установке имплантата у пациента с посттравматическим асептическим некрозом головки и сросшимся переломом шейки бедренной кости, что потребовало установки тотального эндопротеза (см. рис. 2). На контрольном осмотре у пациента был обнаружен тромбоз поверхностной вены на оперированной стороне, что потребовало курса интенсивной антикоагулянтной терапии. Не было ни одного случая гнойного осложнения.

По итогам проделанной работы полученные результаты по поверхностному эндопротезу VMHR являются удовлетворительными, а в отдельных случаях наилучшими и сопоставимы с более ранним восстановлением функции конечности относительно тотальных эндопротезов тазобедренного сустава. Таким образом, поверхностное эндопротезирование является альтернативой тотальному эндопротезированию у пациентов до 70 лет, ведущих активный образ жизни. С данного вида эндопротезирования легко можно перейти к выполнению стандартного вида эндопротезирования, что очень важно для пациентов молодого возраста. Планируется проведение дальнейшей работы по обследованию пациентов с имплантацией поверхностного эндопротеза VMHR с целью изучения отдаленных результатов. Лицам, имевшим в анамнезе перелом шейки бедренной кости, мы не рекомендуем установку эндопротеза VMHR.

Литература:

1. Куропаткин Г. В. Поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава — первые впечатления. Травматология и ортопедия России. 2010. 2(56). 19-20.
2. Furuya K., Tsuchiya M., Kawachi S. Socket-cup arthroplasty. Clin. Orthop. Relat. Res. 1978. 134:41-44.
3. Freeman M. A., Bradley G. W. ICLH surface replacement of the hip. An analysis of the first 10 years. J Bone Joint Surg (Br.) 1983. 65-B:405-411.
4. Wagner H. Surface replacement arthroplasty of the hip. Clin. Orthop. Relat. Res. 1978. 134:102-130.
5. McMinn D. J. W., Treacy R., Lin K., Pynsent P. Metal on metal surface replacement of the hip. Experience of the McMinn prosthesis. Clin. Orthop. Relat. Res. 1996. 329. S:89-98.
6. Charnley J. The long-term results of low-friction arthroplasty of the hip performed as a primary intervention. J Bone Joint Surg. 1972. 54-B:61-76.
7. Amstutz H. C., Beaulé P. E., Dorey F. J., Le Duff M. J., Campbell P. A., Gruen T. A. Metal-on-metal hybrid surface arthroplasty: two to six-year follow-up study. J Bone Joint Surg. 2004. 86-A:28-39.



Празднуя первую годовщину объединенной компании!

Год назад в области здравоохранения, занимающейся лечением заболеваний опорно-двигательного аппарата, была создана объединенная компания Zimmer Biomet с целью улучшить жизнь тех, о ком мы заботимся.

Наша главная цель – помочь в достижении выдающихся результатов пациентам, работникам здравоохранения, инвесторам, нашим коллегам и сообществам, в которых мы работаем.

Объединив сильные стороны двух замечательных компаний, мы направляем наши усилия на обеспечение дальнейшего роста компании и сохранение темпов внедрения инноваций с целью продолжения развития отрасли в целом.

Эта простая и действенная философия выражена в нашем обращении к вам – “Your progress. Our promise”.

Посетите нас на сайте zimmerbiomet.com

 **ZIMMER BIOMET**
Your progress. Our promise.™

Наука оказания экстренной помощи

В медицине катастроф нужно действовать прежде всего административно, а потом врачебно

Более двадцати лет назад в медицинской науке и практике появилось новое направление — медицина катастроф. Сегодня оказание помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях одно из приоритетных направлений в мировой медицине, а российские специалисты по праву считаются ведущими в этой отрасли. Андрей Владимирович Гаркави, доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф лечебного факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, стоял у истоков создания медицины катастроф в России

— Андрей Владимирович, вы один из ведущих специалистов страны в области медицины катастроф, автор учебников и клинических рекомендаций, член Ученого совета ВЦМК «Защита» и редколлегии журнала «Медицина катастроф», участник множества выездов в составе полевого госпиталя для оказания помощи пострадавшим не только в России, но и в других странах. А с чего все начиналось?

— В конце 80-х годов прошлого века серия масштабных катастроф, произошедших на территории СССР (авария на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении, взрыв газопровода под Уфой), обусловила необходимость повышения эффективности оказания помощи пострадавшим при массовых поражениях не только военного, но и мирного времени. В 1990 году были организованы Российский корпус спасателей и Служба экстренной медицинской помощи в чрезвычай-



Гаркави Андрей Владимирович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф лечебного факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова

При землетрясении в Турции 1999 года наши спасатели извлекли из завалов живыми чуть более 70 человек. Это очень много для таких условий



ных ситуациях. История медицины катастроф в современной России началась в 1994 году с Постановления Правительства РФ № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций...», когда во Всероссийском центре медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» был организован полевой госпиталь. Госпиталь нуждался в опытных специалистах, способных сразу включиться в работу не только по выполнению достаточно сложных и специфических практических задач, стоящих перед службой медицины катастроф, но и по формированию общей концепции оказания медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций. В том числе обратились к нашей кафедре, имеющей специалистов по преподаванию военно-полевой хирургии. Весь прошлый опыт работы по оказанию помощи пострадавшим базировался на военно-полевой медицине. Специфика чрезвычайных ситуаций мирного времени, когда приходится оказывать помощь не только молодым здоровым мужчинам (военным), но и гражданскому населению, причем в условиях не военных действий (хотя случалось и такое), а при ликвидации последствий техногенных аварий, стихийных бедствий, экологических и гуманитарных катастроф, была в то время недостаточно изучена и понятна. Многие решения приходилось принимать, как говорится, «с листа», опираясь не только на каноны военно-полевой хирургии, но и на врачебный опыт, здравый смысл и технические возможности только что организованного госпиталя. Первый выезд у нас был в сентябре 1994 года в Моздок. Тогда еще чеченская война не началась, и мы вблизи наблюдали развитие этого конфликта. В Моздоке, а потом в



На каждом выезде наше понимание концепции оказания помощи пострадавшим обогащается новым опытом

Грозном наш полевой госпиталь находился 9 месяцев, персонал работал вахтовым методом по 3–4 недели. За это время я трижды выезжал туда, был в том числе в самой первой смене, выполнял вместе с коллегами первые операции. В процессе работы становилось понятно, что из опыта военно-полевой хирургии следует взять на вооружение, а какие аспекты организации работы, лечебной тактики необходимо разработать заново. Фактически именно в это время было начато создание хирургической доктрины современной медицины катастроф. Более чем за 20 лет мы прошли большой путь, приобрели бесценный опыт. И каждый раз, на каждом выезде наше понимание концепции оказания помощи пострадавшим обогащается новым опытом.

— Вы учились всему на собственном опыте, а где сегодня получить квалификацию для работы в медицине катастроф?

— Сейчас во ВЦМК «Защита» готовят специалистов для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС),

но это в порядке курсов повышения квалификации. А врачей по-прежнему готовят на лечебном факультете, медсестер — в медицинских училищах. И это правильно. Меня иногда после лекций студенты спрашивают: «Как мне после института попасть в медицину катастроф? Вы так интересно об этом рассказываете». А я им отвечаю: «Не нужно после института туда приходить!» Для того чтобы эффективно работать в условиях чрезвычайных ситуаций, нужно сначала в совершенстве овладеть своей основной специальностью и приходить в медицину катастроф грамотным специалистом — хирургом, анестезиологом, травматологом, педиатром... В условиях ЧС врач должен уметь работать самостоятельно, без совета и помощи коллег, там нет времени на консилиумы, обмен опытом, иногда — даже совет. Если врач не готов принимать самостоятельные сложные и крайне ответственные решения, он не нужен в этой системе. Можно опытного врача научить основам организации оказания помощи пострадавшим при массовых поступлениях, в полевых условиях, при ограниченных лечебно-диагностических возможностях. Но обучать врача технике диагностических и лечебных манипуляций

Некомпетентные решения при организации работы госпиталя могут привести к ущербу здоровья, а то и к гибели не только всех или большинства пациентов, но и персонала

или операций в условиях чрезвычайной ситуации некогда и некому. В полевом госпитале есть штатные сотрудники, у которых за плечами большой клинический опыт, но сейчас они специализируются на организации работы, и у них нет постоянной врачебной практики. Ни в коем случае не хочу умалить их роль, организация работы — основное условие успеха. Еще Н. И. Пирогов говорил, что при массовых поражениях необходимо действовать «прежде всего административно, а потом врачебно». Но для непосредственного выполнения врачебных манипуляций и операций в состав госпиталя всегда включают нас — практикующих

врачей, у которых квалификация поддерживается постоянно. Я, например, со всем своим богатым опытом организации оказания помощи пострадавшим в различных выездах интересен госпиталю только до тех пор, пока не утратил хирургических навыков и в курсе всех современных методик.

— При ликвидации чрезвычайной ситуации часто оказание медицинской помощи осложняется массовым поступлением пациентов. В чем, помимо этого, заключается специфика медицины катастроф?

Операция в модуле



— Я уже говорил, что главный фактор успешной работы — хорошая организация. Это требует специальной подготовки и квалификации. Некомпетентные решения при оказании медицинской помощи пациенту могут привести к трагическому исходу только для него, а при организации работы госпиталя — к ущербу здоровья, а то и к гибели не только всех или большинства пациентов, но и персонала. Так, например, во время выезда для ликвидации последствий землетрясения в Турции руководитель нашей бригады определял место развертывания госпиталя с учетом возможности организации подъездных путей, водоснабжения, взаимодействия с местными службами, относительной удаленности от разрушенных домов (под обломками домов остались трупы, и в летнюю турецкую жару уже на следующий день там нечем было бы дышать, возникала опасность эпидемии).

При землетрясении в Турции 1999 года наши спасатели извлекли из завалов живыми чуть более 70 человек. Это очень много для таких условий. Но под завалами при землетрясении остаются сотни или даже тысячи. Землетрясение — это вообще страшная катастрофа, с медицинскими последствиями которой человечеству в должной мере справиться пока не удастся. Объем медицинской помощи, который оказывают в госпитале, определяется спецификой каждой катастрофы. На это влияет множество факторов — количество пострадавших, тяжесть и характер поражений, возможности эвакуации, оснащение и квалификация персонала и многое другое. При таких катастрофах, как землетрясения в Турции в городе Гельджук или на Сахалине в Нефтегорске, перед нами стояла задача как можно скорее эвакуировать пострадавших с синдромом длительного сдавления, так как



© Из личного архива А. В. Гарчева

Один и тот же госпиталь может работать по-разному в зависимости от того, какие задачи ставятся

при этой патологии только в специализированном стационаре можно спасти им жизнь. Пострадавшим проводили комплекс противошоковых мероприятий, приводили в транспортабельное состояние и сразу же эвакуировали.

На землетрясении в Колумбии было совершенно по-другому. Туда мы приехали на четвертые сутки после толчка. К этому времени самых тяжелых пострадавших уже эвакуировали, кто-то погиб, и остались только те, кто не очень тяжело пострадали, но не смогли вовремя получить помощь. Поскольку окружающие госпитали были переполнены, мы взяли на себя расширенные функции, выполняя в том числе и некоторые операции.

В каждом случае необходимо постоянно изменять объем оказываемой помощи сообразно с конкретной обстановкой. И это тоже одна из важнейших задач главного врача госпиталя как организатора.

— **Чрезвычайные ситуации не ограничиваются землетрясениями. К каким еще условиям работы должны быть готовы врачи медицины катастроф?**

— Один и тот же госпиталь может работать по-разному в зависимости от того, какие задачи ставятся. Например, в Грозном в 2000 году после военных действий вообще ни одной работающей больницы не осталось. Но в городе жили старики, женщины и дети, у которых не только была опасность подорваться на минах, но они просто болели, рожали... Им была нужна помощь по полному спектру медицинских специальностей. В нашем госпитале тогда работало порядка пятидесяти человек медперсонала. Фактически госпиталь представлял из себя многопрофильный скорпомощной стационар, имея в своем составе не только таких «традиционных» в условиях ЧС специалистов, как травматологи,

хирурги, анестезиологи-реаниматологи, но и окулистов, педиатров, акушеров-гинекологов, терапевтов, ЛОР-врачей и других. Госпиталь функционировал несколько месяцев, пока вновь не заработали городские больницы.

В 2001 году в Гудермесе развернули педиатрический госпиталь, так как с начала 90-х годов на Северном Кавказе народилось поколение детей, многих из которых ни разу не видел педиатр. Задачей этого госпиталя была именно консультативная и плановая хирургическая специализированная помощь, при необходимости проводили телемедицинские консультации с крупнейшими специалистами страны. Госпиталь стоял там больше года, врачи работали вахтовым методом, и они обслужили практически всех детей, которые нуждались в осмотре и помощи специалиста.

— **Работа в условиях медицины катастроф требует от врача не только высокого профессионального уровня, но и психологической устойчивости.**

— Да, конечно, это очень важный момент. Взрослым, порой очень разным людям со своими привычками приходится круглосуточно вместе жить, питаться, работать. К тому же физически бывает тяжело, бытовые условия, как правило, не очень комфортные. И нужно не просто общаться, но и работать в команде. В моей практике были случаи, когда люди через неделю-полторы не выдерживали; их приходилось отстранять от работы и отправлять домой. Обычно для ликвидации ЧС достаточно 7–10 дней, как, например, при землетрясении. Однако существует такое понятие, как «пролонгированная ЧС», когда местные органы здравоохранения не в состоянии сами справиться с оказанием медицинской помощи нуждающимся в течение длительного времени. Тогда госпиталь работает вахтовым

методом со стандартным сроком пребывания бригады на рабочем месте 3–4 недели. Все это время нужно мириться с недостатками других, находить общий язык, проявлять толерантность.

В середине 90-х годов во ВЦМК «Защита» было проведено научное исследование по определению психологической готовности сотрудников госпиталя к работе в условиях ЧС. По итогам тестирования были сформулированы рекомендации по степени пригодности того или иного сотрудника. Жаль, что такой обязательной практики сегодня нет, и такой важный аспект организации работы, как формирование бригад для выезда госпиталя, решается на основе общего впечатления без должного научного обоснования.

— **Андрей Владимирович, на чем еще держится современная медицина катастроф?**

— Сейчас очень много говорят о новых технологиях в различных областях жизни. Медицина катастроф также подвержена инновациям, но тут важно понимать, что, собственно, считать новым. Новые технологии можно разделить на несколько групп. Есть технологии, которые на самом деле новыми не являются. Это методики, которые мы в своей повседневной практике постоянно применяем в стационарах. В медицине катастроф они ранее не использовались, а сейчас их решили взять на вооружение, адаптировав к новым условиям. Например, аппараты внешней фиксации при переломах долго не накладывали по разным причинам; сначала многие не умели, потом были проблемы с их списанием. Они довольно дорогие, а когда мы приезжаем в другую страну и накладываем аппарат пострадавшему, то понятно, что обратно мы этот аппарат не получим. Наконец все вопросы решили, и аппараты в госпитале стали широко применять. Новые



1

© Из личного архива А. В. Гарчева



2

© Из личного архива А. В. Гарчева



3

© Из личного архива А. В. Гарчева

Объем медицинской помощи в госпитале, определяется спецификой каждой катастрофы. 1. Землетрясение на Гаити, 2010 год. Реанимационный блок. 2. Землетрясение на Гаити, 2010 год. 3. Землетрясение в Колумбии, 1999 год

это технологии для медицины катастроф? Да, новые.

А есть технологии, которые разработаны специально применительно для полевых условий, и в повседневной работе стационаров они нецелесообразны. Например, одноразовые системы для безаппаратного плазмафереза. Есть целый ряд разработок, ориентированных именно на полевые условия, на массовые поступления.

И третий вариант — это уже чисто организационные технологии, и тут, конечно, все новое. Сейчас, например, очень широко распространяется практика эвакуации пострадавших воздушным транспортом. Самолеты и вертолеты — идеальный для этого транспорт, наиболее бережный, наиболее быстрый, но и здесь есть свои проблемы, которые надо решать. В свое время сделали самолеты-операционные. Был, например, самолет «Скальпель», оборудованный для проведения операций в полете. На самом деле никто никогда в нем не оперировал, операция в таких условиях — это нецелесообразный риск.

Сейчас используют специальные многофункциональные модули, устанавливаемые в самолеты и вертолеты, снабженные необходимым оборудованием для поддержания жизнедеятельности во время полета. Это новая и, безусловно, очень эффективная технология. Созданы легкие вертолеты, которые могут летать над городом и садиться практически где угодно. Их сегодня активно используют для ликвидации последствий ДТП.

Есть принципиально новые организационные решения, связанные с развертыванием, оснащением и кадровым составом госпиталя. Сейчас можно оснастить госпиталь абсолютно любым самым высокотехнологичным оборудованием и развернуть его в полевых условиях. Но нужно ли это делать? Далеко



© Из личного архива А. В. Гарчева

Наши специалисты, работающие в структурах медицины катастроф, имеют заслуженно высокий авторитет в мире. Такого опыта по ликвидации последствий самых различных катастроф как природного, так и антропогенного характера нет ни у кого

не всегда. Сотрудники госпиталя — специалисты самой высокой квалификации, владеющие в том числе высокотехнологичными методами диагностики и лечения. Но в большинстве случаев мы в зависимости от конкретной ситуации сознательно ограничиваем объем оказываемой медицинской помощи в угоду целесообразности выполняемых действий, динамичности и эффективности работы.

— Когда вы готовите молодых врачей к работе в условиях чрезвычайной ситуации, что вы считаете важным до них донести?

— Молодым коллегам, которые впервые участвуют в выезде госпиталя, я всегда говорю: «Чем меньше вы будете делать, тем лучше». Это в городском стационаре, где мы последняя инстанция и выше нас практически никого нет, мы должны максимально использовать все

наши возможности. А при ЧС от нас требуется необходимый минимум — подготовить человека к доставке в более оснащенное медицинское учреждение для оказания дальнейшей исчерпывающей помощи. Ведь госпиталь всегда работает как этап медицинской эвакуации, и лечение пострадавших в нем не заканчивается.

Постепенно с возрастом, с опытом приходит осознание того, что каждый в условиях ЧС должен делать свою работу, не ища дополнительных «приключений». Это по молодости был романтизм — рация, бронжилет... Интересно было посмотреть Грозный в руинах, а ведь там было полно минных растяжек. Вместе с тем надо отметить, что за все эти годы работы на выездах никто из непосредственных сотрудников госпиталя не только не погиб, но даже не получил серьезных травм. Скорее всего это было обусловлено двумя основными причинами — прекрасной организацией безопасности силами МЧС и ответственным отношением сотрудников, соблюдавших необходимую осторожность. Важно понимать, что «героический» врач, участвующий в боевых действиях, работающий вместе со спасателями на разборе завалов, стремящийся попасть туда, где наиболее опасно, на самом деле никакой не герой, а безответственный авантюрист, так как его дело — оказывать помощь пострадавшим. Если он рискует сам пострадать, после чего будет нуждаться в помощи, — это по меньшей мере непрофессионально.

Наша кафедра не готовит специалистов по медицине катастроф, мы только преподаем ее основы, формируем общее представление студентов и ординаторов об основных принципах медицины катастроф. Мы учим в основном оказанию первой помощи, фактически работе в очаге поражения

не врача-специалиста, а спасателя или даже случайного очевидца происшествия, не имеющего никакого медицинского оснащения. Все время пребывания в институте студент видит, как оказывают медицинскую помощь в прекрасном оснащенных стационарах. А когда под руками нет каталки, медикаментов, санитаров, рентгена, иногда даже бинтов, это совершенно другая ситуация.

В этом году четвертый раз в нашем университете проводилась Всероссийская олимпиада для студентов медицинских вузов, в ходе которой они должны были в том числе продемонстрировать свои навыки по оказанию первой помощи пострадавшим на месте происшествия. Для студентов смоделировали ряд реальных ситуаций с пострадавшими. Подготовленные актеры с имитаторами ранений весьма натурально кричали, звали на помощь, истекали «кровью», иногда даже «теряли сознание» или «умирали». На столах были разложены предметы, которые они могли использовать, но большинство студентов начали искать медикаменты, которых на месте происшествия нет и быть, как правило, не может! Они привыкли начинать оказание помощи «с середины», когда в приемное отделение стационара доставляют живого пострадавшего, которому первая помощь уже оказана. А как начинать «с начала», то есть оказывать именно первую помощь на месте происшествия, они знают плохо. Почти никто при оказании помощи не использовал перчатки — это угроза собственной безопасности, грубейшая ошибка, которую ни один спасатель никогда не допустит! Практически все, чему студентов учили в специализированных стационарах при оказании первой помощи, оказывается бесполезным. Первая помощь — это не травматология, не

хирургия, даже не реанимация, а особый вид деятельности со своими правилами, приемами и хитростями. И владеть этими приемами обязан каждый человек, а уж тем более дипломированный врач.

— Чем вас привлекает работа в медицине катастроф?

— Наши специалисты, работающие в структурах медицины катастроф, имеют заслуженно высокий авторитет в мире. Такого опыта по ликвидации последствий самых различных катастроф как природного, так и антропогенного характера нет ни у кого. Условия ЧС не сравнимы с условиями повседневной работы. В нашем госпитале сложился определенный круг «ветеранов», которые бок о бок работают много лет, досконально знакомы со всеми достоинствами и слабостями друг друга и стали уже практически как родственники. Медицина катастроф очень ответственная, творческая и интересная специальность. Она сложна, порой опасна и тяжела физически и морально, но это особый мир, который нужно принять и полюбить.

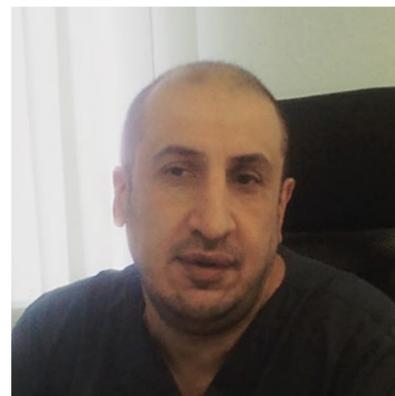
Травматология с армянским акцентом

Врачи объединились для оказания помощи своей родине

В травматологии существует немало различных ассоциаций и обществ, которые объединяют врачей этого направления медицины на почве их профессиональных интересов. В этом году к ним прибавилось еще одно сообщество — Ассоциация российских травматологов-ортопедов армян. О работе новой ассоциации рассказывает ее президент кандидат медицинских наук хирург-ортопед ЦИТО Григорий Карапетян

— Григорий Сергеевич, как родилась идея объединить российских травматологов именно по узконациональному признаку?

— Ассоциация официально зарегистрирована в этом году, а вообще доктора, которые сейчас состоят в ней, объединились примерно полтора года назад. Идея создания ассоциации зародилась в процессе тесного общения травматологов армян. Все началось с создания фонда, который занимался тем, что обеспечивал отправку в Армению различного травматологического оборудования, эндопротезов. Направлял туда врачей, способных сделать какие-то сложные операции наиболее нуждающимся. А когда в апреле этого года случилась четырехдневная война в Нагорном Карабахе, мы переключились на оказание помощи через Министерство обороны Армении. На тот момент наиболее уязвимой частью населения оказались военнотра-



Карапетян Григорий Сергеевич

Президент Ассоциации российских травматологов-ортопедов армян, кандидат медицинских наук, хирург-ортопед



© Ассоциация российских травматологов-ортопедов армян

щие — молодые 18–20-летние ребята с тяжелыми ранениями, которым было сложно получить адекватную помощь из-за отсутствия финансирования или по другим причинам. После последних боевых действий мы отправили из Москвы большую помощь в виде металлоконструкций. Наши врачи выехали в Армению и провели несколько экстренных операций в Центральном клиническом военном госпитале страны и в Нагорном Карабахе. Ранения там были в основном минно-взрывные, оскольчатые. Смысл ассоциации в том, чтобы помогать Армении по мере своих профессиональных возможностей. Помогаем исключительно по нашей специальности, ни в какие другие дела и в политику мы не вмешиваемся.

— Кто входит в ассоциацию и каков ее численный состав?

— На сегодняшний день в нее входят только московские травмато-

Члены ассоциации: к. м. н. травматолог-ортопед Арменак Петросян, к. м. н. зав. отделением травматологии московской больницы им. С. С. Юдина Артак Мацакян, к. м. н. травматолог-ортопед Артур Саакян (крайний справа). Третий слева — д. м. н. зав. кафедрой травматологии и ортопедии Ереванского государственного медицинского университета, руководитель медицинского центра «Измайрлян» Армен Герасимович Чарчян

логи-ортопеды армяне. Основное руководство составляет шесть человек, а в общем у нас пока около сорока врачей, которые активно проявляют себя.

— Кто финансирует ассоциацию?

— По сути все оплачиваем мы сами, армяне травматологи-ортопеды, живущие и работающие в Москве. Каждый из нас ежемесячно направляет какие-то деньги в фонд ассоциации. Если находятся люди, не имеющие отношения к медицине, но желающие помочь, мы это только приветствуем. Всегда находятся те, кто абсолютно бескорыстно вкладывает средства в покупку оборудования, например, для какого-то конкретного госпиталя.

Любой фонд — это коммерческая организация, но мы таковой не являемся. Традиционно фонд, согласно уставу, может до 10% собранных средств распределять в виде зарплаты своим официальным сотрудникам. У нас этого нет, мы только вкладываем деньги. Есть суммы, которые мы вносим в обязательном порядке, а сверх того — по желанию. Помимо этого, врач, который выезжает для оказания помощи в Армению, самостоятельно оплачивает дорожные расходы и бесплатно оперирует. Никто никого ни к чему не принуждает. Мы это делаем потому, что у каждого из нас есть внутренняя потребность помочь своей родине и есть такая возможность.



© Ассоциация российских травматологов-ортопедов армян



© Ассоциация российских травматологов-ортопедов армян

Многопрофильный медицинский центр «Измирлян» в Ереване

Мы никогда не работаем за закрытыми дверями, а делимся своим опытом с армянскими врачами

— У вас есть планы привлечь к деятельности ассоциации специалистов других профилей. То есть вы выйдете за рамки травматологии?

— Да, мы хотим привлечь к работе и других специалистов, потому что очень тяжело справиться врачу одной области, например, при сочетанной травме, политравмах. Я думаю, что мы найдем нейрохирургов, кардиологов, кардиохирургов, готовых сотрудничать

с нами. Для этого необязательно входить в ассоциацию. Понятие «ассоциация» нужно в основном для общения с официальными властями, чиновниками. Например, для того чтобы нам разрешили проводить операции в военных госпиталях, нужно было договариваться с министром обороны Армении, а это удобнее сделать от имени ассоциации.

— В каких еще направлениях вы планируете развивать свою деятельность?

— Мы обязательно будем проводить выездные мастер-классы для врачей. В каждой стране травматология развивается по-разному. Какие-то вещи в Армении, может быть, делают лучше нас, но в чем-то российские врачи превосходят армянских коллег. И то, что мы делаем лучше, мы им покажем. У нас есть необходимое оснащение, металл, соберем группу мо-

сковских врачей. Мастер-классы будут организованы за счет фонда ассоциации и компаний, которые заинтересованы в продвижении своей продукции. Мы поедем в Армению, проведем кадаверный курс или на пластическом материале. Научим местных врачей, как делать определенный вид остеосинтеза. Планируем провести несколько таких курсов. Привезем не «рыбу», а «удочку». Гораздо продуктивнее обучить армянских травматологов необходимым навыкам.

Также продолжим практику показательных операций. Таковой в общем-то можно считать каждую операцию, которую мы проводим на выезде. Мы никогда не работаем за закрытыми дверями, а делимся своим опытом с армянскими врачами. Уже в августе с нами выезжают в Армению прекрасные артроscopicисты: хирург-травматолог, ортопед Сергей Оганесян и зав. отделением травматологии больницы им. С. С. Юдина кандидат медицинских наук Артак Мацакян. Они проведут курс по артроscopicической хирургии и при необходимости сделают операции. Все это они делают по собственной инициативе и за свой счет.

— Как часто ваша ассоциация направляет московских специалистов в Армению?

— Там нет смысла постоянно держать врачей из Москвы. Мы выезжаем туда, мониторим ситуацию. Сейчас вот приняли решение направить на постоянную работу в Нагорный Карабах молодого специалиста, который оканчивает аспирантуру в Москве. Он, конечно, будет получать зарплату, но она мизерная, и, чтобы врач не сбежал через месяц, ассоциация обеспечит достойную оплату его труда. Посмотрим, как дальше будут развиваться события. Если ситуация обострится, усилим помощь, чаще станем отправлять врачей. Если воцарится мир, то переключим свои

Смысл деятельности Ассоциации российских травматологов-ортопедов армян в том, чтобы выработать четкую схему оказания необходимой помощи



© Ассоциация российских травматологов-ортопедов армян

Какие-то вещи в Армении, может быть, делают лучше нас, но в чем-то российские врачи превосходят армянских коллег

силы на гражданское население. Смысл деятельности Ассоциации российских травматологов-ортопедов армян в том, чтобы выработать четкую схему оказания необходимой помощи. Есть те, кто хочет помочь, но не знает, чем. Вот, например, когда начались боевые действия в Карабахе, люди посылали отсюда автомобильные аптечки. Потратили много денег, но это не та помощь, в которой нуждалась

Армения. Мы знаем уровень подготовки армянских врачей, мы учитываем, куда и что мы направляем. На передовую мы не пошлем очень дорогое оборудование, потому что в этом нет смысла, а у Центрального госпиталя уже совсем другие потребности. Мы видим, что деятельность нашей ассоциации очень важна для Армении, и мы будем оказывать помощь по мере возможности. □

ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД В ИНФОРМАЦИОННОМ ПОТОКЕ

Управлять, а не тонуть



Зубков Дмитрий

Травматолог-ортопед, ведущий юрист «Ассоциации травматологов-ортопедов Москвы»

Общество поставило травматолога-ортопеда в позу эквилибриста, каждый день балансирующего между укрывательством преступлений (ст. 316 УК РФ) и нарушением неприкосновенности частной жизни (ст. 137 УК РФ). Кроме того, руководство постоянно норовит назначить травматологов-ортопедов должностным лицом — дежурным администратором поликлиники или ответственным дежурным по больнице. Эти должности предполагают постоянный прием и отправку сообщений по схемам оповещения

Разделим потоки информации по адресатам: пациенту, третьим лицам, должностному лицу.

ПОТОК № 1

Врач — пациент

Ситуация описывается в ст. 21 «Информация о состоянии здоровья» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — ФЗ № 323). Говорим о результатах обследования, диагнозе, прогнозе, способах лечения и последствиях каждого из них. Справки и заключения выдаются по письменному заявлению пациента в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития от 02.05.2012 № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений». По обычаю делового оборота заявление должно рассматриваться должностным лицом, руководителем организации. Травматолог-ортопед лишь выдает документы, указанные в визе руководства на заявлении.

ПОТОК № 2

Врач — лица, сопровождающие пациента

В ФЗ № 323 упоминаются следующие лица:

- / законный представитель — требуем документы, подтверждающие полномочия, и теперь рассказываем все ему, а не пациенту; сведения о пациентах старше 15 лет разглашать их родителям запрещено;
- / адвокат — рекомендую потребовать заявление о разрешении на передачу врачебной тайны, а также оформить разрешение пациента на осмотр при адвокате;
- / священнослужитель — ничего ему не сообщаем, а лишь предоставляем отдельное помещение стационара для встречи с пациентом, если это не мешает работе организации;
- / супруг и близкие родственники: дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, бабушка, бабушка — информируем кого-то одного, если прогноз заболевания неблагоприятный, а пациент не запрещал передавать информацию.

Этот список исчерпывающий. Никаких сожителей, приятелей, водителей. Ничего о пациенте они узнать не должны. Если пациент хочет доверить врачебную тайну другим лицам, рекомендую потребовать от него пись-

менное заявление с указанием персональных данных этих лиц, а также характера информации и обстоятельств, при которых она будет передана.

ПОТОК № 3

Врач — должностное лицо

В этом случае информацию на законных и не очень основаниях требуют должностные лица государственных и коммерческих организаций. Пункт 4 ст. 13 ФЗ № 323 содержит 10 ситуаций, в которых врачебная тайна разглашается без согласия пациента. Для удобства работы с законом выделю для травматологов-ортопедов три способа передачи сведений о пациенте в зависимости от степени конфиденциальности (Рис. 1).

I. Медицинская организация информирует самостоятельно:

- а) «криминальная» травма,
- б) ДТП,
- в) инфекция, поствакцинальное осложнение.

II. Руководитель в ответе на запрос:

- а) «производственная» травма и «спортивная» травма,
- б) запрос военно-врачебной комиссии,
- в) запрос правоохранителей.

III. В рамках проверок:

- а) социальное страхование (ФСС, экспертиза временной нетрудоспособности),
- б) контроль качества медицинской помощи (страховые компании и надзорные ведомства: Минздрав, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Прокуратура РФ).

Травматолог-ортопед как лечащий врач использует только первый способ передачи информации. Ответы на запросы и участие в проверках — обязанность должностных лиц медицинской организации, а не рядовых врачей, поэтому поговорим об экстренных извещениях.

Травма, связанная с противоправными действиями

Если вы заподозрили криминальное происхождение травмы, действуйте по готовой инструкции: Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий». Законодатель оставил решение вопроса о «криминальности» на усмотрение врача, перечислив в п. 2 приведенного Порядка лишь несколько состояний, возникающих от противоправных действий: переломы костей, ожоги, гематомы, ушибы мягких тканей, иные признаки причинения вреда здоровью. Указание пациента на обстоятельства травмы или сам характер травмы (огнестрельное, ножевое ранение) являются безусловными признаками, однако окончательно решает — имеются или нет «достаточные основания полагать» — исключительно лечащий врач. Уточню, что травмы криминального характера бывают не только у пострадавших, но и у самих преступников. Согласно п. 4 при обращении таких пациентов работник медицинской организации немедленно сообщает об этом в местный ОВД по телефону дежурной части или «02». Порядок передачи и содержание телефонограммы нигде не оговорены, поэтому рекомендую придерживаться моей схемы (Пример 1).

«криминальная» травма, ДТП, инфекционное заболевание

информирование по закону

«производственная» травма, запрос ВВК, запрос правоохранителей

информирование по запросу

страховые компании, гос. органы контроля и надзора

информирование в рамках проверки

Рис. 1. Способы передачи сведений о пациенте в зависимости от степени конфиденциальности

«Здравствуйте. Травматолог Зубков, городская больница № 20. Сегодня в 12:20 обратился пациент Бессонов Модест Эрнестович 1965 г. р. после нападения группы неизвестных лиц в костюмах скорой помощи 12.07.2016 в 0:45 в сквере у дома 2 на Госпитальной площади с диагнозом: ушибы мягких тканей затылочной области, правой ягодичной области. Сообщите вашу должность и фамилию».

Пример 1. Вариант телефонограммы



Ваша основная информационная обязанность как лечащего врача — сохранение врачебной тайны. Любые вопросы относительно ее разглашения адресуйте вашему руководству. Такой подход избавит вас от юридических рисков

В соответствии с п. 4 Порядка в течение одного рабочего дня в тот же ОВД направляется «Письменное извещение о поступлении (обращении) пациента...», подписанное руководителем медицинской организации или одним из его заместителей и заверенное круглой печатью. В медицинской организации ведется «Журнал регистрации сведений о фактах поступления (обращения) пациентов...» с «криминальными» травмами. Бланки и содержимое извещения и журнала законодатель не указывает. Предлагаю бланковую часть журнала оформить в соответствии с журналом приема телефонограмм ОВД (Пример 2).

Пример 3 иллюстрирует один из вариантов неблагоприятного развития событий вследствие нарушения установленного порядка. Отказ пациента от передачи информации не имеет значения. Вы обязаны передать указанную информацию в любом случае.

Травмы в результате ДТП

Согласно п. 25 Постановления Правительства РФ от 29.06.1995 № 647 «Об утверждении Правил учета дорожно-транспортных происшествий» медицинские организации обязаны немедленно сообщить в местный ОВД о раненых в ДТП. Учетная форма № 58-ДТП-2/у «Извещение о раненом в дорожно-транспортном происшествии, обратившемся или доставленном в медицинскую организацию» и инструкция по ее заполнению утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 № 18 «Об утверждении статистического инструментария по учету пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях». Извещение направляется в течение суток.

Обнаружение опасных инфекций

Порядок направления сведений об инфекциях изложен в п. 3 Приложения № 1 к Постановлению Главного государственного санитарного врача РФ от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера». В территори-

№ п/п

Поступление, обращение пациента

Дата, время

Ф.И.О.

Дата рождения

Обстоятельства травмы

Дата, время

Адрес

Обстоятельства

Передача телефонограммы

Передал

Дата, время

Принял

Пример 2.
Бланковая часть журнала

альный орган Роспотребнадзора по санитарно-эпидемиологическому надзору (в прошлом — Санэпидемстанция) передается информация не только о выявлении, но даже о подозрении на инфекционное заболевание. В течение 2 часов необходимо сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме или по электронной связи направить «Экстренное извещение о регистрации случая инфекционной болезни». В Приложении № 2 указанного постановления приведен «Перечень инфекционных, паразитарных болезней, поствакцинальных осложнений и необычных реакций после применения иммунобиологических лекарственных препаратов, внеочередные донесения о которых представляются в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека». Из 105 позиций перечня травматологам-ортопедам достаточно знать лишь несколько:

- / инфекции, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой вирусный энцефалит, Крымская геморрагическая лихорадка, иксодовые клещевые боррелиозы, туляремия, клещевые риккетсиозы, гранулоцитарный анаплазмоз человека, моноцитарный эрлихиоз человека, лихорадка Ку) — Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.11.2015 № 78 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3310-15 «Профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами»;
- / бешенство — Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 06.05.2010 № 54 «Об утверждении СП 3.1.7.2627-10. «Профилактика бешенства среди людей»;
- / поствакцинальные осложнения и необычные реакции после вакцинопрофилактики столбняка и бешенства;
- / ВИЧ-инфекция и парентеральные гепатиты (В, С и другие) — Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 58 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С»;
- / гнойно-септические и другие внутрибольничные инфекции — Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.11.2011 № 146 «О профилактике внутрибольничных инфекций».

Форму № 60/у «Журнал учета инфекционных заболеваний» и форму № 58/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, необычной реакции на прививку» можно найти в Приказе Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». В любом случае травматологи-ортопеды не являются специалистами в инфекционных заболеваниях, поэтому логично было бы при любом подозрении на указанные состояния направлять пациентов к инфекционисту или вызывать его в качестве консультанта, перепоручая вместе с тем и обязанности по информированию государственных органов.

Чтобы не тонуть в частности, рекомендую практикующим травматологам-ортопедам свою авторскую универсальную схему передачи телефонограмм и экстренных извещений.

В заключение хочу дать коллегам травматологам-ортопедам лишь один совет: не торопитесь предоставлять информацию о пациенте кому бы то ни было. Ваша основная информационная обязанность как лечащего врача — сохранение врачебной тайны. Любые вопросы относительно ее разглашения адресуйте вашему руководству. Такой подход избавит вас от юридических рисков, а руководству даст определенную свободу маневра.

«Адвокат потерпевшего Н. обратился в Прокуратуру РФ с заявлением о наличии в действиях (бездействии) медицинских работников ГКБ № 12 города М. состава преступления, предусмотренного ст. 293 УК РФ (Халатность) и ст. 316 УК РФ (Укрывательство преступлений), утверждая, что при поступлении в приемное отделение медсестра настояла на том, чтобы Н. подписал отказ от сообщения в ОВД о нанесении ему множественных переломов и колото-резаных ран в массовой потасовке у городского стадиона «М». В итоге сообщение о пациенте в ОВД не поступило. Прокурор признал бездействие медицинских работников незаконным, вынес предписание об устранении нарушений и усилении контроля информирования медицинской организацией органов внутренних дел о поступлении пациентов с указанным видом травм».

Пример 3.
Вариант неблагоприятного развития событий



Важные отраслевые события 2016 / сентябрь – декабрь

19–20 СЕНТЯБРЯ

Крым, Ялта / *отель «Ялта-Интурист»*
cfto-2016.ru
**«КРЫМСКИЙ ФОРУМ
 ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ 2016»**

Форум, который будет проведен впервые, нацелен на эффективный обмен опытом между травматологами-ортопедами Крыма, Севастополя и ведущими специалистами российских клиник в рамках темы «Основные направления в отечественной травматологии и ортопедии». На пленарном заседании участники мероприятия узнают о состоянии дел по оказанию травматолого-ортопедической помощи в Крыму, Севастополе и России, рассмотрят современные аспекты восстановительного лечения ортопедо-травматологических больных в здравницах Крыма. Во время тематических секционных заседаний на выставке медицинского оборудования, препаратов и расходных материалов ознакомятся с новейшими техническими достижениями в этой области медицины.

Среди программных докладов также будут освещены следующие темы:

- / Малоинвазивные технологии в травматологии и ортопедии.
- / Инновационные технологии в диагностике и лечении повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.
- / Эндопротезирование крупных суставов.
- / Детская травма.
- / Воспалительные и опухолевые заболевания костей.

Проведение форума должно ускорить процесс внедрения в практику современных методик, в том числе по эндопротезированию суставов, артроскопической хирургии, оперативной вертебрологии и другим направлениям.

22–24 СЕНТЯБРЯ

Санкт-Петербург / *гостиничный комплекс «Холлидей Инн & Стейбридж Сьюйтс Санкт-Петербург Московские ворота»*
vredenreadings.org
«ВРЕДЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 VIII Научно-практическая конференция с международным участием

Впервые «Вреденовские чтения» прошли в 2007 году. С тех пор инициатор этого крупного отраслевого события Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена проводит конференцию ежегодно. «Вреденовские чтения» высоко котируются в профессиональной среде, а в числе спикеров конференции – ведущие специалисты в травматологии и ортопедии из разных стран мира. Основные вопросы конференции:

- / Тазобедренный сустав: актуальные вопросы первичного и ревизионного эндопротезирования, сложные случаи и выходы из трудных ситуаций.
- / Коленный сустав: актуальные вопросы первичного и ревизионного эндопротезирования и особенности артропластики в сложных случаях.
- / Голеностопный сустав: актуальные вопросы эндопротезирования, показания к артропластике, выживаемость имплантов и функциональные результаты.
- / Актуальные вопросы костной онкологии.

29–30 СЕНТЯБРЯ

Санкт-Петербург / *отель «Введенский»*
www.scaf-spb.ru
«ПОВРЕЖДЕНИЯ И ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ)»
 Научно-практическая конференция с международным участием

Организаторами мероприятия выступают Минздрав РФ и Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера.

Предварительные темы конференции:

- / Медицинская помощь детям при повреждениях и последствиях повреждений костей, мышц и суставов верхних конечностей.
- / Реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение и реабилитация детей с врожденными пороками развития верхних конечностей и кистей.
- / Хирургическое лечение детей с нейро-ортопедической патологией и двигательными нарушениями верхних конечностей.
- / Организация ортопедической и протезной помощи детям с ограниченными возможностями вследствие повреждений, заболеваний и врожденных пороков развития костно-мышечной системы верхних конечностей.
- / Новые технологии в диагностике, лечении и реабилитации детей с повреждениями, заболеваниями и врожденными пороками развития костно-мышечной системы.

3–4 НОЯБРЯ

Москва / *МВЦ «Крокус Экспо»*
2016.trauma.pro
«ТРАВМА-2016»
 Международная конференция травматологов-ортопедов

Минздрав РФ придает большое значение этому отраслевому мероприятию, считает предлагаемые для обсуждения темы актуальными для современного здравоохранения и адресует специальное письмо к руководителям различных медицинских организаций с рекомендацией командировать на «Травму-2016» специалистов врачей-травматологов-ортопедов. Среди организаторов мероприятия: кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра травматологии и ортопедии ИПК ФМБА РФ, ЦИТО им. Н. Н. Приорова, НИИ ревматологии, медицинский факультет Университета г. Аахен (Германия), профильные ассоциации и общества России и Европы. Основные темы конференции «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии»:

- / Эволюция современного остеосинтеза при изолированной и множественной травме.
- / Лечение заболеваний, травм стопы и их последствий.
- / Лечение повреждений и заболеваний верхней конечности.
- / Осложнения и последствия травм опорно-двигательного аппарата.
- / Непрерывное обучение в травматологии, ортопедии: от студента к специалисту.
- / Обучающий курс «Тактика лечения больных с тяжелой сочетанной травмой»
- / Специальный курс «Лечение заболеваний и травм локтевого и плечевого суставов».

Участники конференции смогут принять участие в учебном семинаре по хирургии стопы с практикумом (ведущие: В. Г. Процко, А. В. Мазалов).

В рамках конференции пройдет 21-й Политравма-курс, на котором будут рассмотрены различные аспекты оказания помощи больным с политравмой на примере систем России, Германии, Великобритании и США.



24–25 НОЯБРЯ

Москва / здание президиума РАН
priorovconf.ru
**XII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО
 АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**
 Конгресс с международным участием

На этот раз конгресс пройдет в рамках 20-летнего юбилея, который празднует в этом году Российское артроскопическое общество. Программа мероприятия состоит из двух больших разделов: первый день отведен нижней конечности, второй – верхней. Тематика конгресса будет раскрыта в лекциях и докладах, посвященных патологии тазобедренного, коленного, голеностопного, плечевого, локтевого и лучезапястного суставов. Своим опытом с участниками поделятся ведущие мировые и отечественные специалисты в этой области. Отдельно планируется проведение сессии реабилитологов и заседание Российского артроскопического общества. Выставочная часть конгресса будет представлена медицинским оборудованием, препаратами и расходными материалами.

8–9 ДЕКАБРЯ

Москва / ЦИТО им. Н. Н. Приорова
priorovconf.ru
**«ПРИОРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»
 И КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**
 IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

Это ставшее ежегодным научное мероприятие организовано ЦИТО им. Н. Н. Приорова, Ассоциацией травматологов-ортопедов России, Департаментом здравоохранения г. Москвы и Российским артроскопическим обществом. Для предстоящей в ноябре конференции выбрана интересная и важная тема: «Вертебрология – проблемы, поиски, решения», которую участникам предлагают рассмотреть со следующих позиций:

- / Деформации позвоночника у детей и взрослых.
- / Дегенеративные заболевания позвоночника.
- / Опухоли, опухолеподобные и воспалительные заболевания позвоночника.
- / Травматические повреждения позвоночника и их последствия.

Помимо лекционной части пройдут тематические мастер-классы, награждение победителей конкурса за лучшую научную работу и выставка.

В рамках «Приоровских чтений» традиционно состоится конференция молодых ученых, на этот раз по теме «Травматология и ортопедия сегодня и завтра». В конференции молодых ученых могут принять участие только врачи до 35 лет.

«Приоровские чтения» уникальны своим необычным форматом, который позволяет наладить конструктивный диалог для специалистов любых возрастов и уровней квалификации.



Opinion Leader ~

Научно-популярный профессиональный медицинский журнал, призванный донести информацию от Лидеров Мнений и о них до врачей РФ. В каждом номере, посвященном одному разделу медицины, — отраслевые новости, научные достижения, новейшие исследования, важные события, информация о кафедрах, клиниках, мероприятиях, методах лечения, интервью с авторитетными представителями отрасли о работе и личной жизни. Увлекательно о профессиональном. Целевое бесплатное распространение.

Журнал Opinion Leader — Ваш медицинский представитель на 2000 докторов Вашей целевой аудитории.

Периодичность издания — 4 раза в год.

Уважаемые Лидеры Мнений из регионов, если у Вас есть о чем поведать узким специалистам России, пишите нам, мы с удовольствием с Вами познакомимся. Наш адрес: opinionleaderjournal@gmail.com

Следующий номер, который выйдет в октябре, вновь посвящен травматологии и ортопедии и приурочен к конференции «Травма-2016».



Празднуя первую годовщину объединенной компании!

Год назад в области здравоохранения, занимающейся лечением заболеваний опорно-двигательного аппарата, была создана объединенная компания Zimmer Biomet с целью улучшить жизнь тех, о ком мы заботимся.

Наша главная цель – помочь в достижении выдающихся результатов пациентам, работникам здравоохранения, инвесторам, нашим коллегам и сообществам, в которых мы работаем.

Объединив сильные стороны двух замечательных компаний, мы направляем наши усилия на обеспечение дальнейшего роста компании и сохранение темпов внедрения инноваций с целью продолжения развития отрасли в целом.

Эта простая и действенная философия выражена в нашем обращении к вам –
“Your progress. Our promise”.

Посетите нас на сайте zimmerbiomet.com

