

ДОСТИЖЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНТЕГРИРОВАНЫ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ

Главная инновация, которая нам необходима, — создание и внедрение четких организационных алгоритмов

**Директор
Национального
медицинского
исследовательского
центра травматологии
и ортопедии имени
Н. Н. Приорова, д. м. н.,
профессор Губин
Александр Вадимович
о современной
ситуации и
дальнейшем развитии
травматологии и
ортопедии в России**

С высоты своего опыта практикующего хирурга, руководителя научно-исследовательских центров по травматологии и ортопедии, главного специалиста ортопеда-травматолога федерального округа и педагога доктор медицинских наук, профессор А. В. Губин уверен в том, что сегодня на первый план выходят организационные вопросы.

— Александр Вадимович, вы возглавляли профильные центры, руководили травматолого-ортопедической службой в качестве главного специалиста федерального округа. Как бы вы охарактеризовали нынешнюю ситуацию с оказанием помощи в области травматологии и ортопедии в России?

— В нашей стране по организации травматолого-ортопедической службы предстоит сделать очень многое. И мы не можем здесь взять за основу модель ни одного другого государства. В России не только большая территория, но и сложная система сообщения. Регионы очень сильно отличаются между собой не только экономическим состоянием, но и с точки зрения традиций, ментальности, возрастного показателя, специфики производств и концентрации научного и образовательного потенциала. Все это влияет на ортопедию и травматологию в целом.

Например, Курган — город, в котором преобладает пожилое население, молодежь в основном уезжает в другие регионы на учебу и работу. Это формирует свою специфику по заболеваемости костно-мышеч-



Директор НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова, Москва

С 1991 по 1997 год — студент Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии (СПбГПМА); учебу совмещал с работой техником по ЭВМ, медбратом, преподавателем английского языка.

В 1995 году принят в научно-клиническую группу по хирургической вертебрологии профессора Э. В. Ульриха (СПбГПМА).

С 1997 по 1999 год — обучение в ординатуре СПбГПМА по детской хирургии.

С 1998 по 1999 год — стажировка (6 мес.) в Детском ортопедическом институте им. Г. И. Турнера, Санкт-Петербург.

С 1999 по 2000 год — инициативная НИР «Влияние НПВС на костеобразование». Результаты представлены на конгрессе «Педиатрия 2000», Москва.

С 1999 по 2009 год — участие в проекте Global Computer Model of Organism for Decision Making Support in Telemedicine, представлен на High Performance Computing Symposium — HPC 2000, Вашингтон, США.

С 1999 по 2001 год — обучение в аспирантуре СПбГПМА.

В 2001 году — защита кандидатской диссертации на тему «Костная пластика аллогенными фетотрансплантатами в хирургии позвоночника у детей» под руководством проф. Э. В. Ульриха (СПбГПМА), проф. В. И. Савельева (РОСНИИТО им. Р. Р. Вредена).

С 2000 по 2005 год — врач-ординатор хирургической клиники СПбГПМА.

С 2000 по 2010 год — ортопед-консультант: консультативно-диагностического отделения СПбГПМА, клиники «Бейби», РЦ «Дет-



Губин Александр Вадимович

д. м. н., профессор

ские дюны», отделения детской онкологии ГБ № 31 Санкт-Петербурга, городской комиссии Санкт-Петербурга по усыновлению.

С 2002 по 2005 год — ассистент кафедры хирургических болезней детского возраста и руководитель студенческого кружка по детской хирургии СПбГПМА.

С 2005 по 2009 год — доцент кафедры хирургических болезней детского возраста СПбГПМА.

2002 год — обучение в РНЦ ВТО им. акад. Г. А. Илизарова.

С 2002 по 2008 год — руководитель учебного отдела кафедры хирургических болезней детского возраста СПбГПМА.

С 2008 по 2010 год — директор Научно-исследовательского центра (НИЦ) СПбГПМА (лаборатории: вертебрологии, молекулярной генетики, кардиологии, иммунологии, экспериментальной хирургии).

ной системы. А если брать северные регионы — Ямал или Ханты-Мансийск, формирующих 1/3 федерального бюджета страны, туда приезжает на заработки огромное количество людей, в основном молодых. Там суровый климат с недостатком солнца, что существенно влияет на развитие опорно-двигательного аппарата детей и течение дегенеративных заболеваний у взрослых, а среди травм много серьезных производственных. С другой стороны, иной уровень финансирования и достатка. Если брать республики Кавказа, то там специфика заключается в перекосах,

связанных с учетом: в травматологии и ортопедии мы видим очень низкие показатели по заболеваемости. При этом понимаем, что травматизм есть, а показатели близки к нулю, то есть проблема с обработкой и предоставлением информации.

Таким образом, первая и основная проблема травматолого-ортопедической службы в России — это разница в работе регионов, которая никаким образом не формализована. Отчетность единая, подход единый, а специфика очень разная. На сегодняшний день в статистике по некоторым нозологическим группам

С 2009 по 2010 год — председатель Совета молодых ученых СПбГПМА и член Совета молодых ученых Санкт-Петербурга.

В 2009 году — защита докторской диссертации на тему «Хирургическая патология шейного отдела позвоночника у детей», научный консультант проф. Э. В. Ульрих.

С 2010 года — профессор кафедры хирургических болезней детского возраста СПбГПМА.

С 2010 по 2020 год — директор Российского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г. А. Илизарова, Курган.

С 2012 по 2017 год — директор по образованию «ортопедия» AOSpine — Международная ассоциация по изучению патологии позвоночника (AOS Russia orthofficer).

С 2012 по 2020 год — организатор и исполнитель общественного проекта «Медицина для непрофессионалов».

С 2014 по 2020 год — председатель Совета главных врачей и директоров курганского медицинского кластера (КМК).

С 2014 года по настоящее время — организатор и исполнитель общественного проекта «Искусство выступлений».

С 2015 года по настоящее время — лектор проекта «Университетская клиника».

С 2016 по 2020 год — главный внештатный ортопед-травматолог Уральского федерального округа (УРФО).

С 2017 по 2020 год — председатель AOSpine-Россия.

С февраля 2020 года — заместитель директора по науке НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова, Москва.

С июля 2020 года по настоящее время — директор НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова, Москва. А. В. Губин — автор более 300 научных работ,

в том числе 8 монографий, 8 учебно-методических изданий, 21 патента.

С 2011 года по настоящее время — главный редактор журнала клинической и экспериментальной ортопедии им. Г. А. Илизарова «Гений ортопедии».

Входит в редакционные коллегии журналов: The Journal of Limb Lengthening and Reconstruction Surgery, «Хирургия позвоночника», «Травматология и ортопедия России», «Детская травматология и ортопедия России», «Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова», «Политравма», «Педиатр», «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации», «Человек. Спорт. Медицина».

Член ассоциаций: АСАМИ (Россия), травматологов-ортопедов России, хирургов-вертебрологов России, AOSpine, SICOT.

С 2019 года — национальный представитель РФ в SICOT.

Почетный член Румынской ассоциации ортопедов, Сербской ассоциации травматологов.

Член советов: экспертного совета Национального центра развития технологий и базовых элементов робототехники, Научного совета Министерства здравоохранения РФ, совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук при РНЦ ВТО им. акад. Г. А. Илизарова.

Награжден: Почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ (2012); нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» (2016), нагрудным знаком республики Узбекистан «Отличник здравоохранения» (2017), медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2018), медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» (2019).

показатели могут различаться в 200 раз. Это не значит, что там, где по официальным данным больных много, — их действительно много, а там, где нет — их нет совсем. Может быть, как раз наоборот. В одном регионе, если он небольшой, один-два врача создают эту статистику, а в другом регионе ее вовсе некому делать. В результате мы фактически имеем «среднюю температуру по больнице» с позиции статистики и понимания проблемы.

По-хорошему, нам нужны несколько моделей: московская, санкт-петербургская — одна, для городов до мил-

лиона — вторая, для небольших городов с населением 50–100 тысяч — третья, для поселков — четвертая. Плюс еще нужно принимать во внимание специфику региона — это все имеет большое значение.

— Если рассматривать травматологию и ортопедию в плане оказания помощи пациентам со всевозможными патологиями, то здесь тоже есть множество нюансов и очевидные сложности. Какие, на ваш взгляд?

— Ортопедия и травматология не решит все проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Наша специальность тесно связана с другими специальностями.

Приведу пример: пациент, у которого есть артрозы и дегенеративные заболевания суставов. Чаще всего — это человек после 40, с пиком проявления жалоб в 50–60 лет, и, как правило, у него «букет» сопутствующих проблем: ожирение, артериальная гипертензия, нарушения со стороны нервной системы, сахарный диабет и т. д. Ортопед в данной ситуации — всего лишь помощник. Превалировать может основная жалоба, скажем, боль в суставах, а на самом деле у пациента основная проблема совсем в другом. Поэтому, если говорить о дегенеративных заболеваниях, мы должны понимать следующую картину: с 40 лет и до конца жизни все в той или иной форме страдают от дегенеративных поражений одного или нескольких суставов или отделов позвоночника.

Что тут можно сделать? Нужно понимать, сколько людей мы можем пролечить консервативно, изменив образ жизни, условия труда, в том числе помощь со стороны других служб. Предположим, уменьшить проявления, связанные с ожирением, нарушением питания, низкой подвижностью, неврологическими расстройствами, для того чтобы максимально отдалить момент, когда необратимые изменения потребуют операции. Итоговое оперативное лечение — это, как правило, замена суставов или фиксация позвоночника. Вот этот момент нужно всеми силами отдалять, и если он неизбежен, то стараться свести его к одному

Принимая во внимание специфику окружающей среды, нужно создавать такие условия, чтобы человек мог максимально реализовать естественный натуральный потенциал своего опорно-двигательного аппарата

разу в жизни, чтобы мы не делали ревизионные и повторные операции. Во многом это будет зависеть, от приверженности человека здоровому образу жизни и насколько хорошо сопутствующие специалисты работали с пациентом. Может сложиться ситуация, когда больного нельзя будет взять на операцию или мы его возьмем, но риск осложнений будет очень высок. По-хорошему, всю науку надо направлять на то, чтобы уходить от эндопротезирования в пользу его отдающих, замещающих хирургических и терапевтических технологий. Принимая во внимание специфику окружающей среды, создавать такие условия, чтобы человек мог максимально реализовать естественный натуральный потенциал своего опорно-двигательного аппарата.

Обязательно нужно «работать» с болью. Кабинеты боли, служба боли — очень серьезное направление, потому что у всех болевой синдром разный, это субъективная жалоба. Врачи часто сталкиваются с тем, что пациенты не осознают приходящий и уходящий характер боли. Вместо того чтобы начать консервативное лечение, они легко поддаются уговорам на оперативное вмешательство, которое, как им кажется, сразу избавит от боли.

Иногда мы видим по снимкам выраженные дегенеративные изменения, но у человека ничего не болит. И наоборот: наблюдаются умеренные изменения или их отсутствие, а у него сильный болевой синдром. Это несоответствие очень выражено при дегенеративных изменениях со стороны позвоночника. В частности, исследования, которые проводились в мире, говорят о том, что наибольшее количество обращений и жалоб на боли в спине приходится на страны, в которых большой процент людей не работает и находится на попечении государства. С одной стороны, у них есть доступ к медицинской помощи, с другой — люди предоставлены сами себе, они ничем не заняты, малоактивны и находятся в депрессивном состоянии. То есть это четко связано с эмоциональным состоянием людей. Доступная медицинская помощь всегда увеличивает показатели статистики. А вот в странах, где медицина менее доступна, например в Китае, очень низкое количество обращений к врачу. Среди китайских крестьян, которые работают на сборе риса, в воде и постоянно в согнутом положении, очень незначительное число жалоб на боли в спине. Наибольшее количество обращений по этому поводу — от людей, занятых на производстве, где есть монотонная, рутинная работа, в частности на конвейере.

Дегенеративные заболевания суставов и позвоночника — это сложное направление, которое затрагивает всех, и связано оно, прежде всего, не с хирургической ортопедией, а с вопросами грамотной профилактики.

Другая важная группа — это заболевания, возникающие в детстве. Они могут быть запрограммированы в генетическом коде человека или появляться в результате аномалии развития при воздействии неблагоприятных факторов во время внутриутробного развития и родов. Эти проблемы появляются в детстве, но после 18 лет, даже при нашей помощи, они не исчезают, люди с этим грузом, иногда не диагностированных патологий, продолжают жить, у них продолжается эволюция болезни с высокой вероятностью дегенеративных, а порой, онкологических заболеваний. При системных поражениях, затрагивающих многие органы и ткани, например дисплазии соединительной ткани, риск выше. И здесь нужно понимать, что «паспортный возраст» к этому никакого отношения не имеет. Такие заболевания будут сопровождать человека на протяжении всей жизни, у кого-то в меньшей степени, у кого-то в большей. Должно быть такое понятие, как «возрастная преемственность» в их лечении. Мы пока далеки от того, чтобы решить все проблемы, с которыми сталкиваются детские ортопеды до 18 лет. Должна быть последовательная цепочка связанных действий. Возьмем, например, детский церебральный паралич, число пациентов с которым сейчас резко растет, — в целом это не ортопедическая проблема, но с большим набором ортопедических осложнений. Ортопеды здесь вмешиваются вместе с неврологами и реабилитологами, но опять же в команде, в своем узком сегменте. И после 18 лет пациент с детским церебральным параличом не исчезает. Такими больными тоже нужно заниматься.

Это касается и многих других системных заболеваний, которые составляют достаточно весомую группу. Статистика по ним неточна, поскольку патологии разнообразны. Здесь могут быть и очень серьезные заболевания, а могут быть те, которые не мешают обычной жизни. Сколиоз I степени вообще никак не влияет на качество жизни человека, а диагноз мы активно ставим. Такие данные составляют процентов 80 от той диагностики, которую мы заносим в статистику. На здоровье это не влияет, а статистику будет делать очень большую. То есть структура статистики более важна, чем количество в целом выявленных больных. — *Ортопеды часто сталкиваются со сложными проблемами, связанными с ревизионными операциями, с инфекционными процессами. Как налажена работа на этом направлении?*

— К сложным я бы отнес и больных с деструктивными онкологическими поражениями. Таких пациентов меньше одного процента, но здесь все очень серьезно, потому что это — угроза жизни, и важно своевременно поставить диагноз. Существуют определенные ориентиры — так называемые красные флаги, они помогают

выявить заболевание. Для этого у нас в стране все есть. Нужны только правильные алгоритмы. Мы должны четко посчитать, сколько таких людей, и концентрировать их только в специализированных центрах. В частности, Центральный институт травматологии и ортопедии специализируется в том числе и на лечении больных с онкологическим поражением.

Отдельная группа — деструктивные поражения на фоне инфекционных поражений (остеомиелиты). Туда же, к сожалению, попадают больные, у которых по какой-либо причине не прижилась установленная конструкция — спинальные, погружные конструкции и эндопротезы. Таких обращений сейчас очень много, и это серьезная проблема. В центре Илизарова в Кургане создана самая большая в мире специализированная клиника на 135 коек, занимающаяся этими проблемами. В ЦИТО этим занимается 5 отделение.

В сложившейся ситуации в любой крупной ортопедической клинике должно быть отделение, которое занимается ревизиями и сложными инфекционными поражениями, потому что таких пациентов становится все больше, опять же по причине сопутствующих проблем. Если есть диабет, ожирение, иммунодефицит, то вероятность того, что эндопротез или спинальная конструкция не приживется, повышается значительно. А если мы выполняем ревизию, то риск инфекционного осложнения в несколько раз выше. Поэтому надо делать операцию один раз и так, чтобы соматически человек был в нормальном состоянии, а из-за букета сопутствующих заболеваний это проблематично. Получается замкнутый круг.

— *А если говорить непосредственно о травме?*

— Есть некоторый исторический нюанс в названии нашей специальности. Травматолог — и раньше в СССР, и сейчас в России как изолированная специальность не существует — это ортопед, специализирующийся на экстренной ортопедии. Но временная грань при оказании помощи на практике очень размыта и техники вмешательств едины, поэтому и нельзя «разорвать» исторически сложившееся название. Чаще всего в мире используется термин «хирург-ортопед». А вот статистика строится на смертности от внешних причин, включающих травмы и отравления. Вот мы и «отвечаем» за всю статистику смерти от внешних причин. Статистика по России — пять миллионов травм и отравлений ежегодно. Надо понимать, что из этих пяти миллионов требует помощи травматолога-ортопеда только один процент. Все остальные лечатся на уровне самопомощи, фельдшера, обычного детского или взрослого хирурга. Это порезы, микротравмы, растяжения, переломы без смещения. Когда нас пугают страшными цифрами с огромной статистикой, надо понимать структуру этой статистики.

Действительно, есть проблемы, связанные с оказанием помощи, но чаще всего они относятся к комплексному лечению тяжелой травмы. При политравме травматолог-ортопед не является лидером, он должен работать в команде. Основным здесь выступает хирург общей практики, анестезиолог-реаниматолог, нейрохирург, которые спасают жизнь с позиций борьбы с шоком, повреждением внутренних органов, головного и спинного мозга. Травматолог-ортопед в данном случае помощник, часть команды.

Что касается травмы опорно-двигательного аппарата, здесь основной принцип такой: нужно сделать так, чтобы пациент максимально быстро вернулся в строй. То есть акцент должен быть на малоинвазивные, быстрые методы, которые не нарушат жизнь человека. Чтобы он вернулся в строй, даже продолжая лечение, и чтобы период фиксации костных фрагментов соответствовал периоду реабилитации. Это общий тренд, который начал активно продвигаться с середины XX века, он так и остался основным.

Что касается тяжелых повреждений, то здесь самый большой бич — автомобильная травма, в дорожно-транспортных происшествиях в год погибает небольшой город — 17 тысяч человек. Огромное число пострадавших становятся инвалидами. Ситуацию можно радикально улучшить только за счет организации дорожного движения. В городе, с учетом установленных скоростных ограничений, гибель человека в автомобильной аварии вообще должна быть исключением. На трассе, при высоких скоростях, травма будет оставаться, но это можно минимизировать правильно организованным дорожным движением и качеством дорог, быстрой эвакуацией, то есть организационными мероприятиями.

— *Получается, что основные проблемы в травматологии-ортопедии кроются в организационных моментах?*
— Абсолютно верно! Все, что придумали в травматологии и ортопедии, с точки зрения методик, это все создано в XX веке: эндопротезирование, аппарат Илизарова (внешней фиксации), интрамедуллярный и накостный остеосинтез, транспедикулярная фиксация позвоночника... Дальше только улучшали. Все это придумали, когда врачи могли без больших ограничений со стороны государства активно «испытывать на людях» различные методики. И у нас, и за рубежом тогда еще не было таких жестких контролируемых мер. Теперь во всем мире внедрить что-то радикально новое очень сложно, мы все только улучшаем. Революционного прорыва пока не происходит. Возможно, найдутся какие-то биологические решения. А вот с точки зрения организации, потенциал только начинает раскрываться — чего только стоит развитие телемедицины и интернет технологий!

— *Вы имеете в виду клеточные технологии?*

— Возможно, но у меня нет уверенности, что подрывная технология в виде клеточных методов придет и реально что-то поменяет. Вполне возможно, что нам не удастся преодолеть системные проблемы, как организационные, так и биологические. Когда-то мы планировали в XXI веке летать на Марс и Венеру, но все ушли в гаджеты и виртуальные системы. Так же может случиться и здесь. Мы говорим про клеточные технологии и совершенствование эндопротезов, а люди скажут: «У меня будет полное подключение, виртуальный экран, и я буду в коляске сидеть, меня это устраивает». Это будет дешево и меньше рисков. Мы не знаем наверняка, по какому пути пойдет развитие. Надо искать, но, с точки зрения регуляторов, что-то новое внедрить очень сложно. Даже проверенный протез, но из новых материалов, не так быстро внедрится, радикально новый метод с ходу точно не получится внедрить. Во многих странах новые методики в принципе запрещены к применению, пока кто-нибудь в другой стране не попробует и не получит многолетний положительный результат.

Когда я возглавлял Центр Илизарова в Кургане, журналисты меня постоянно спрашивали: «Какие инновации разработал в этом году Центр Илизарова?» Я всегда задавал встречный вопрос: «Вы хотите, чтобы на вас или на ваших родственниках опробовали инновации?» Никто не хочет.

Что такое инновации? Мы придумали новый препарат или инструмент для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата. Но потребители хотят, чтобы он гарантированно работал 10–15–20 лет. Для того же эндопротеза — чтобы на ком-то другом убедились, что он не разрушается, что не надо будет ревизий, что он не вызывает канцерогенез в связи с разрушением компонентов, и только после этого готовы разрешить что-то сделать на себе.

Поэтому сегодня серьезные инновации должны быть в организации. Важно наш ресурс распределить правильно и богатство накопленных разработок вложить в нужное русло, а не метаться. Если мы сделаем это — уже будет колоссальный прорыв. Многие организационные мероприятия радикально уменьшают необходимость оперативных вмешательств и оказания какой-либо другой медицинской помощи.

Приведу в пример программу Швеции по уменьшению вывихов тазобедренного сустава у детей с ДЦП. Они оперировали несколько сотен пациентов в год, а страна небольшая. Ортопеды придумывали технологии, разрабатывали специальные пластины. Потом ввели программу «Ведение пациента 24 часа дома», обучили родителей правильной укладке больного, технике наложения ортезов, применили еще ряд консервативных

Новая технология может перечеркнуть массовое применение привычных методов. А возможны возвраты по кругу. Вот по аппарату Илизарова поняли, что есть сегменты, где без него не обойтись, и продолжают использовать. Главное — правильно организовать процесс. Если применять инновационные технологии, то очень грамотно, взвешенно, и понимать, какие у нас есть ресурсы. Применив инновацию, важно не потерять простые базовые основы, которые нужны всем

мер, и операций стало 3–4 в год. Многие хирургические разработки стали просто не нужны.

— *То есть снова приходим к вопросу организации... Самая главная инновация последних лет в травматологии и ортопедии, наряду с общими вопросами организации работы службы в целом, — разработка оптимального подхода к лечению?*

— Именно так. Например, аппарат Илизарова практически откинул вытяжение, погружные стабильные системы откинули аппарат Илизарова, артроскопия откинула открытые вмешательства на суставах... Новая технология может перечеркнуть массовое применение привычных методов. А возможны возвраты по кругу. Вот по аппарату Илизарова поняли, что есть сегменты, где без него не обойтись, и продолжают использовать. Главное — правильно организовать процесс. Если применять инновационные технологии, то очень грамотно, взвешенно, и понимать, какие у нас есть ресурсы. Применив инновацию, важно не потерять простые базовые основы, которые нужны всем.

Говоря о травматологии и ортопедии в стране в целом, нужно понять, что это важная, с точки зрения качества жизни, отрасль, и она на 100% может быть интегрирована в другие специальности. Но самое главное — она должна быть интегрирована в повседневную жизнь общества. Даже в ортопедии важен психологический момент — востребованность людей. Они должны быть нужны, оптимистичны, настроены на какую-нибудь деятельность. Это реально влияет на количество обращений за медицинской помощью. Люди должны правильно питаться, понимать, как грамотно заниматься спортом, какие допустимы нагрузки. У них должна быть правильно организована среда обитания, и она должна быть безопасной — с точки зрения транспорта, перемещения, средств производства. Все это необходимо для того, чтобы максимально продлить комфортное использование нашего опорно-двигательного аппарата. Поэтому профилактические меры должны составлять основу.

— *У нас в стране есть понимание этой проблемы на государственном уровне?*

— Ни в одной стране мира его полноценно нет. Потому что все задачи, которые перед нами ставятся, — очень разносторонние. Плюс еще появляются такие «черные лебеди», как коронавирус, экономические кризисы, войны. Поэтому приоритеты могут смещаться. Те отрасли, где все можно по полочкам разложить, более понятны. Например кардиология. Все видят, как люди умирают от инсульта и инфаркта — это на слуху. Минздрав сделал и продвинул очень хорошую программу. Или онкология. Мы все боимся рака. Здесь все можно четко прописать: понятные формы, понятное оборудование, понятные технологии — и прорыв

На жизнь человека проблемы травматологии-ортопедии никто системно не проецировал. А тем более с позиции развития социума, развития государства, больших программ... Это серьезная проблема, и ее нужно решать

колоссальный. А есть отрасли, в которых по полочкам все разложить сложнее.

В травматологии и ортопедии мы даже и не пытались. Это наша вина. Мы, травматологи и ортопеды, людям ничего не объясняем. На жизнь человека проблемы травматологии-ортопедии никто системно не проецировал. А тем более с позиции развития социума, развития государства, больших программ... Это серьезная проблема, и ее нужно решать. Если мы говорим о качестве жизни, о том, как сделать жизнь не просто длинной, а полноценной, без связи с травматологией и ортопедией не обойтись. А пока мы «тушим пожары» — делаем короткие программы: по перелому шейки бедра, по уменьшению дорожного травматизма, то есть затрагиваем наиболее острые проблемы.

— Утверждение «хорош тот хирург, который может избежать операции» сейчас выходит на первый план?

— Совершенно верно, но это сложный вопрос. Осознание этого приходит, когда хирург уже какое-то время поработал, увидел разные варианты развития событий, в том числе осложнения, когда он наглотался слез и боли своих пациентов. Когда врач на пике своей хирургической активности, он хочет оперировать. Хирурга, который рвется всех оперировать, надо бояться. Любое разрушение ткани не естественно и

не физиологично. Нас учили тому, что нужно найти способ избежать операции. Все должно иметь свои строгие показания.

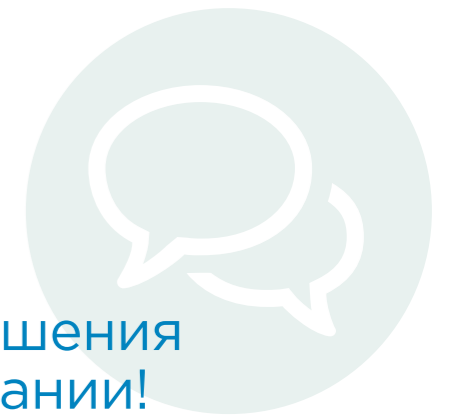
— Вы сказали «когда врач наглотался слез и боли своих пациентов»... Считаете, что врач непременно должен все это принимать близко к сердцу, пропустить через себя? По вашему мнению, можно быть хорошим специалистом, выполняя свою работу исключительно хладнокровно?

— Человек, в отличие от компьютера, устроен так, что для принятия решений у него есть два основных органа: мозг и сердце, и это очень важно. Наши эмоции, душевная и интеллектуальная составляющие должны быть в гармонии. Нет таких врачей, которые относятся к больному хладнокровно. Они могут это прятать, но каждая проблема больного, каждое осложнение — всегда «рубец» на сердце врача.

Есть такое понятие, как профессионализм, и у хирургов это особенно выражено. Терапевт может всю жизнь лечить и непосредственно не видеть, что происходит с человеком, а мы, хирурги, сразу видим, что мы натворили. Поэтому у хирурга есть одно свойство, называется оно «отсоединение объекта от субъекта». Те, кто его не приобрел, не могут дальше работать хирургами. Когда мы приходим в операционную, ограничиваем операционное пространство, закрываемся ширмой от анестезиолога, перед нами остается маленькая часть тела. Дальше мы делаем разрез и работаем с «объектом» — сустав, кость, позвоночник... Мы работаем не с Петей, Васей, Машей, мы работаем с болезнью. Решаем проблему «объекта», полностью отключаясь от «субъекта». Если врач не умеет отделить «объект» от «субъекта», он не станет хирургом. Этому учат в институте, и часть людей автоматически отсеивается из специальности.

Именно поэтому хирург не может оперировать своего близкого человека, этого не надо делать никогда: в какой-то момент можно потерять контроль между «субъектом» и «объектом». А сострадать, помогать людям — это должно быть всегда, но тогда, когда вы завершили свою работу с «объектом». Поддержать пациента, его родственников — это важный момент.

□



Мы предлагаем новые решения в медицинском образовании!

www.zbinetworkemea.com



Зарегистрируйтесь и получите доступ к нашей образовательной платформе уже сейчас!



LEARN. INTERACT. UNDERSTAND. SHARE.



All content herein is protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights, as applicable, owned by or licensed to Zimmer Biomet or its affiliates unless otherwise indicated, and must not be redistributed, duplicated or disclosed, in whole or in part, without the express written consent of Zimmer Biomet. This material is intended for health care professionals. Distribution to any other recipient is prohibited. Not intended for distribution in France. Check for country product clearances and reference product specific instructions for use. For product information, including indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse effects, and patient counseling information, see the package insert and zimmerbiomet.com. ©2018 Zimmer Biomet www.zimmerbiomet.com