

– **Вадим Эрикович, как вы оцениваете уровень развития столичной травматологии на сегодняшний день?**

– Думаю, не будет большим преувеличением сказать, что наша служба является самой развитой и эффективной среди других регионов страны. Говорю это, поскольку могу изнутри оценивать те изменения к лучшему, которые произошли в столице за последние несколько лет. Вспоминаю, как в начале 1990-х годов я впервые в качестве слушателя побывал в Швейцарии, где ежегодно проводятся курсы для травматологов-ортопедов со всего мира. Возвращаясь домой, я чуть не плакал от бессилия: всё думал, неужели когда-нибудь мы в России сможем делать то, что нам показывали на этих курсах? Если бы мне тогда кто-нибудь сказал, что в течение 15 лет мы будем на этих курсах вести занятия уже в качестве преподавателей, я бы ни за что в это не поверил. А теперь наши специалисты делают это, причём ежегодно.

В 90-х годах минувшего столетия у нас было много больниц – и ещё больше проблем. Мы старались оказать помощь, кому только можно, пользуясь всеми доступными ресурсами. Но не располагали достойным оснащением и оборудованием, не владели современными технологиями. Пациенты за свой счёт покупали не только имплантаты, но порой и лекарства с перевязочными материалами, что выглядит анекдотично на сегодняшний день.

Проблема была банальная: недостаточность финансирования нашей специальности, ведь травматология и ортопедия – весьма дорогое клиническое направление с точки зрения сопутствующих расходов. Например: если вы покупаете аналогичный прибор для травматологической операции, с помощью которого «всего лишь» необходимо произвести правильное сверление кости, то его цена начинается примерно от 10 тыс. евро. Потому что этот инструмент должен быть не только высокоточным, но и безопасным для пациента – не ударить током, обеспечить стерильность и т.п.

Для нас нужны специальные операционные столы, рентгеновские телевизионные системы и многое другое специфическое оборудование. Было время, когда о существовании той или иной аппаратуры мы знали только из буклетов или со слов зарубежных коллег. А потом появились федеральные и региональные программы, в рамках которых стало возможным приобрести практически всё, что необходимо просто «по минимуму», но на уровне лучших европейских клиник. Но прошло несколько лет – и всё это появилось и в столичном регионе.

Сегодня я приезжаю к европейским коллегам и практически не вижу там ничего для меня нового или незнакомого. Более того, я порой не встречаю там того, что уже появилось в столичных клиниках. И это тоже результат изменений, произошедших в Москве буквально на наших глазах за последние несколько лет.

Мы прошли огромный путь и по уровню оснащения травматологических отделений вполне соответствуем аналогичным европейским медучреждениям. Конечно, идеальные условия недостижимы, но я могу с полным основанием утверждать, что с каждым годом мы заметно повышаем качество и уровень медицинской помощи по нашему профилю. И за счёт нового оборудования, и благодаря постоянно растущему профессиональному уровню врачей и медицинских сестёр. Более половины наших специалистов хотя бы раз выез-

жали за рубеж для знакомства с опытом коллег из других стран. А это уже совсем иной уровень профессиональных знаний.

– **А как эти изменения сказались на доступности соответствующей медицинской помощи для пациентов?**

– Здесь нужно учитывать два момента. Во-первых, после внедрения новых технологий, приобретения для московских больниц современного оборудования количество, качество и эффектив-

за оплачиваемую средствами ФОМС операцию требуют оплаты с пациента, это всегда заканчивается служебными проверками со стороны Департамента здравоохранения Москвы и крайне жёсткими кадровыми решениями.

– **Насколько процесс модернизации травматологической службы сказывается на эффективности использования коечного фонда?**

– Если использовать абсолютные показатели, то количество

Вообще, лично моя точка зрения заключается в том, что в случае плановых операций пациент должен ожидать их в стационаре не более суток. В буквальном смысле: сегодня госпитализировали, завтра прооперировали. А все необходимые обследования и анализы надо проходить и собирать амбулаторно. Конечно, ситуации бывают разные, и в тех случаях, если человек не может по каким-то объективным причинам обследоваться заблаго-

ций с помощью двух небольших разрезов.

Мы научились оперировать закрытым доступом, когда перелом кости под контролем рентгеновского излучения восстанавливаем и закрепляем таким образом, что у пациента остаётся минимум разрезов и повреждений мышц, сухожилий, нервов. Недаром, кстати, по итогам прошлого года в общем объёме оказываемой в Москве высокотехнологичной медицинской помощи травматология и ортопедия занимает почти пятую часть – 18%, уступая пальму первенства сердечно-сосудистой хирургии.

Кроме того, на мой взгляд, очень важно то, что у больниц появилась своего рода специализация в травматологии и ортопедии. Так, в одном стационаре блестяще проводят операции на конечностях и при повреждениях кисти, а в другом накоплен огромный опыт по восстановлению стопы. Ещё одна больница специализируется на операциях по поводу возрастных травм опорно-двигательного аппарата, другая – на различных травмах и эндопротезировании, в третьей на высочайшем уровне делают ревизионные операции, а в четвёртой располагается спинальный центр, где занимаются не только повреждениями позвоночника, но и сочетанными травмами и т.д.

– **В последнее время в профессиональном сообществе активно обсуждается инициатива Департамента здравоохранения Москвы, поддержанная, кстати говоря, столичным правительством, касающаяся статуса «Московский врач». Насколько эта идея актуальна для представителей вашей специальности?**

– И для нашей, и для любой другой области медицины это очень своевременное предложение. Современный травматолог-ортопед должен работать на стыке многих врачебных дисциплин, ориентируясь в них как минимум не хуже узкопрофильного специалиста. Это что касается общих требований.

А вот применительно к специфике столичного доктора существуют и дополнительные профессиональные критерии, которым должен отвечать обладатель подобного статуса. Московскому врачу необходимо знать историю города и историю больницы, в которой он работает. Ему надо уметь продуктивно общаться со всеми категориями больных – от «истеблишмента» до асоциальных. Как с москвичами, так и с приезжими, которых среди наших пациентов немало и т.п.

Наряду с этим необходимо понимать особенности оказания помощи отдельным категориям больных, для которых в столице действуют соответствующие адресные программы – например для пожилых людей, для пациентов с множественными хроническими заболеваниями и др.

Кроме того, для московских травматологов-ортопедов есть ещё и такая специфика, как спортивная травма, поскольку в столице есть огромное количество приверженцев активных видов отдыха и спорта. Этим людям тоже нелишним будет знать, что именно в столичном регионе им смогут оказать эффективную помощь даже в самых тяжёлых случаях.

В целом же я уверен, что большинство моих коллег примут участие в этой программе и успешно подтвердят высокий статус «Московского врача».

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Беседы с главными специалистами

Тандем интеллекта и технологий

Перспективы развития травматологии и ортопедии



Травматология и ортопедия – особо востребованная в наши дни клиническая специализация. Это обусловлено как одним из побочных эффектов отраслевого прогресса повсеместным травматизмом, являющимся, кстати говоря, одной из ведущих причин смертности населения во всём мире, так и стремительным ростом заболеваний опорно-двигательного аппарата в течение последних двух десятилетий. Учитывая коморбидность нынешних пациентов, от квалифицированных травматологов-ортопедов наряду с непосредственными обязанностями требуется владение целым рядом знаний и навыков в других специальностях.

О наиболее актуальных проблемах данного клинического направления на современном этапе на примере травматолого-ортопедической службы в столичном регионе, а также о её развитии в ближайшей и отдалённой перспективе в интервью корреспонденту «МГ» рассказал главный травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, профессор Вадим ДУБРОВ.

Поводом для этой встречи и предметной беседы стал Международный день травматолога-ортопеда, ежегодно отмечающийся 20 мая.

ность проводимых нами операций автоматически возросли. То есть мы смогли помочь гораздо большему количеству людей. При этом в случаях, когда использование тех или иных имплантатов или материалов предусмотрено программой ОМС, такие операции при наличии медицинских показаний производятся бесплатно для пациента. Другое дело, что существует возможность выбора. Есть более дорогие имплантаты, которые фондом ОМС не оплачиваются. Если их применение действительно необходимо в конкретном случае, то город найдёт возможность обеспечить пациента всем необходимым за счёт бюджета.

Но в случае, если выбор той или иной имплантируемой конструкции продиктован исключительно пожеланиями пациента, то приобретать её придётся самостоятельно. К тому же в таких случаях существует ещё одна тонкость, связанная с действующей на сегодняшний день одноканальной системой финансирования, в рамках которой больница оплачивается оказание соответствующих видов медицинской помощи.

Гражданин имеет право отказать от государственного обеспечения в этой сфере, но система устроена таким образом, что отказаться можно только целиком, включая и другие госпитальные услуги. То есть либо пациент соглашается получить бесплатно то, что ему положено в рамках госгарантий, либо он хочет чего-то другого – но тогда оплачивает это исключительно за счёт собственных средств.

При этом подчеркну, что никакого принуждения тут быть не может. Более того, в случае, если возникает ситуация, когда

травматолого-ортопедических в государственных столичных медучреждениях сократилось. Но любой профессионал, работающий в нашей области, подтвердит, что произошло это в связи с более интенсивным и эффективным использованием коечного фонда. Логика простая: человек, получающий высококвалифицированную медицинскую помощь, не должен неделями находиться в больнице. После операции ему необходима реабилитация, и заниматься этим должны соответствующие специалисты – опять же, с максимальной эффективностью. Именно такая система и создана в столичном сегменте отрасли. Наша служба – не исключение.

Как известно, мы являемся хирургической специальностью. В этом случае в отделении, где, скажем, на 60 коек раньше в месяц можно было пролечить 300 больных, теперь при 40 койках медицинскую помощь получают 500 пациентов. Сокращению времени нахождения в больнице способствуют новые малоинвазивные технологии операций, благодаря которым и само оперативное вмешательство, и послеоперационный период проходят в гораздо более щадящем режиме для больного.

К тому же надо понимать, что уменьшение общего количества коек происходило не само по себе, а только после того, как мы оценили эффект от внедрения новейших технологий лечения. Уменьшило ли это доступность помощи для пациентов? Нет, конечно. Даже если сейчас пройти по травматологическому отделению того или иного столичного стационара, то свободные койки – явление будничное.

временно, это можно сделать и в стационаре. Всё необходимое для этого у нас есть, равно как и возможность обеспечивать пребывание пациента так долго, как это необходимо. Однако подчёркиваю: именно по медицинским показаниям, а не потому, что кому-то просто удобно «полежать недельку в больнице», поскольку неохота обращаться в поликлинику.

Хочу заметить, что даже при значительно сократившемся времени пребывания в стационаре люди выписываются не «на улицу», как порой выражаются не вполне разбирающиеся в данном вопросе «эксперты», а направляются к профильным специалистам – реабилитологам. А значит – достаточно быстро возвращаются к полноценной жизни.

Изменилось и отношение к специальности. Если раньше про нас шутили, что «отечественные травматологи – самые травматичные в мире», то теперь так никто уже не шутит. Потому что знают: это люди с интеллектом, обладающие знаниями по смежным специальностям, умеющие работать на высочайшем профессиональном уровне и постоянно открывающие новые возможности лечения больных.

Например, ещё 10 лет назад у нас практически в зачаточном состоянии находилось использование артроскопических методов. Тогда, скажем, привычным было мнение, что «больной с повреждённым мениском поступает в больницу для его удаления»... А сегодня в абсолютном большинстве случаев мы сохраняем подвижность и функциональность коленного сустава, используя малоинвазивный метод опера-