

В М Е Д И Ц И Н Е

**В этом году
ЦИТО
имени
Н.Н. Приорова
отмечает
два
славных
юбилея:**

**60-летие
клиники
спортивной
и балетной
травмы
и 100-летие
Зои Сергеевны
Мироновой –
профессора,
заслуженного
деятеля науки
РСФСР, лауреата
Государственной
премии СССР,
основателя и первого
руководителя этого
отделения.
Подробнее об этом –
в материалах номера.**





***Центральный научно-исследовательский
институт травматологии и ортопедии
им. Н.Н. Приорова Минздрава России***





Сергей Миронов: «Юбилей — лишь вежа в пути...»

Я рад обратиться к читателям журнала, предваряя материалы специального номера, посвящённого Центральному институту травматологии и ортопедии. Неспешные способы передвижения ушедших эпох имели важное преимущество: на обочинах дорог стояли вежки, отмеряющие расстояние. А в наши дни километры проносятся мимо мгновению и неуловимо... Вот так летят и годы жизни, насыщенные трудной и интересной работой. И тогда роль «вешек» выполняют юбилеи, давая нам возможность оглянуться назад, оценить сделанное, наметить дальнейший маршрут.

В 2011 году ЦИТО отпраздновал своё 90-летие, а в этом году отмечает сразу две славные вежи: 60-летие клиники спортивной и балетной травмы и 100-летие Зои Сергеевны Мироновой, профессора, заслуженного деятеля науки РСФСР, лауреата Государственной премии СССР, основавшей и многие десятилетия возглавлявшей это отделение нашего института. Клиника всегда была и остаётся не только головным учреждением в своей специфической отрасли, но и пионером в деле разработки и внедрения всё более эффективных методик лечения спортивной травмы.

Эти достижения, а также высочайший профессионализм и самоотдача коллектива клиники подняли отечественную спортивную травматологию на мировой уровень, обеспечивая сборным

командам нашей страны надёжный тыл в олимпийских сражениях.

Я поистине счастлив, что традиции врачевания, заложенные Зоей Сергеевной, бережно хранят и укрепляют её коллеги и ученики. Через их руки прошли тысячи выдающихся спортсменов и артистов, и благодаря этому они смогли продолжить работу над созданием изумительных произведений балетного искусства, покорять всё новые вершины спорта. Это лучший результат и главная награда врачей за упорный труд.

В апреле этого года, одновременно с юбилеями нашего института, и журнал «Кто есть кто в медицине» отмечает юбилей — 10-летие, с чем я от души поздравляю и коллектив редакции, и читателей!

Мне как главному внештатному травматологу-

ортопеду МЗ РФ отрадно, что география журнала охватывает все субъекты Российской Федерации, и мы имеем возможность ознакомить руководителей управлений здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, сестринских и врачебных ассоциаций, депутатов профильных комитетов с нашим опытом развития современной травматологии.

Поздравляю всех сотрудников клиники спортивной и балетной травмы с юбилеем! Горжусь вами и желаю вам самим быть здоровыми, энергичными и успешно справляться с самыми трудными случаями. Правда, по-человечески хочется, чтобы случаев таких было меньше, чтобы спортсмены и артисты наши как можно реже получали травмы... И на сценах и стадионах прославляли наше Отечество.

Сергей Миронов: «ЦИТОВский патриотизм присутствует в нашей ежедневной реальности»



■ **Нина Злаказова**

Интервью с С.П. Мироновым, директором Центрального института травматологии и ортопедии, доктором медицинских наук, академиком РАН и РАМН, профессором, было довольно сжатым – сказывалась, по-видимому, приобретённая за годы работы в медицине привычка не терять времени зря. При этом разговор получился очень насыщенным.

— **С**ергей Павлович, когда говоришь о ЦИТО, всегда пребываешь под влиянием мощной традиции. Улица, на которой находится институт, носит имя одного из основоположников советской травматологии Николая Николаевича Приорова, сам институт тоже, Центр спортивной и балетной травмы по справедливости получил имя своей основательницы Зои Сергеевны Мироновой, а во главе института стоит её сын. Школа ЦИТО не нуждается в представлении для российских и зарубежных травматологов. Насколько важны сегодня для вас эти традиции?

— Основатель института Николай Николаевич Приоров обладал хорошим административным потенциалом и большой мудростью. Я его почти не знал, видел несколько раз, когда был подростком. А Зоя Сергеевна очень дружила с ним, он сыграл в её судьбе ключевую роль: на стыке 1951–1952 годов он предложил ей создать и возглавить отделение спортивной травмы. Они вместе начина-

ли это направление, и потом оно уже выкристаллизовалось в то, что есть сейчас, Клинику спортивно-балетной травмы с 60-летней историей. Мы всегда активно поддерживаем традиции. Сейчас в институте возобновляются Приоровские чтения — это Всероссийская конференция молодых учёных в контексте названных чтений. Несколько лет назад к юбилею института выпущена памятная золотая медаль Приорова, которую мы вручаем наиболее выдающимся ортопедо-травматологам, внёсшим серьёзный вклад в развитие нашей специальности или близко соприкасающимся с нашей проблематикой.

В нашем отношении к традициям нет ничего неестественного, нежизненного. Всё достаточно основательно. За 92 года работы институт в разные периоды своей жизни достигал очень много великодушных профессиональных высот. У нас почти нет кадровой текучести: научные сотрудники, которые приходят к нам, приживаются, потому что им интересно работать. Я не хочу при этом сказать, что у нас здесь такой «инкубатор», ко-

торый живёт вне времени и пространства, это не так. Но тем не менее надёжный ЦИТОВский патриотизм присутствует в нашей ежедневной реальности. О традициях говорит и такой факт: за 92 года существования института его возглавляли всего четыре директора. Согласитесь, это немного.

— **Вы четвёртый директор ЦИТО. Расскажите немного о структуре института: 92 года — срок солидный, за это время институт присутствовал в очень разных пластах нашей жизни, а значит, и менялся вместе с нею. Какой вы увидели структуру института впервые и как видите её сейчас?**

— Да, структура меняется в соответствии со временем, развитием медицины и наших направлений в ней. Я директорствую с апреля 1998 года, то есть уже 15 лет, а в общей сложности работаю в ЦИТО 40 лет. Не могу сказать, что я подошёл к структуре института как-то революционно. Вообще не люблю такой подход. Мы видоизменялись по направлениям деятельности, то есть происходила и происходит определённая эволюция. Хочу

Досье

Сергей Миронов родился 6 августа 1948 года в Москве.

В послужном списке, открывающемся 1973 годом, работа врачом, младшим научным сотрудником, старшим научным сотрудником, руководителем Клиники спортивной и балетной травмы ЦИТО им. Н.Н. Приорова. В апреле 1998 года С.П. Миронов, являясь заместителем управляющего делами Президентом РФ – генеральным директором Медицинского центра УД Президента РФ, возглавил на общественных началах ордена Трудового Красного Знамени ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт им. Н.Н. Приорова», с октября 2011 года является его директором на штатной основе.

Действительный член РАН и РАМН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, главный специалист травматолог-ортопед Минздрава РФ, профессор. Автор более 440 научных работ, в том числе 26 монографий и 20 авторских сви-

детельств. Тема кандидатской диссертации: «Оперативное лечение посттравматических контрактур и анкилозов локтевого сустава у детей» (1978), тема докторской диссертации: «Посттравматические деформации и контрактуры у детей и подростков» (1984).

Основные направления научной деятельности доктора Миронова: восстановление функций повреждённых суставов с применением артроскопии; оптимизация использования аппаратов внешней фиксации; внедрение малоинвазивных методов артроскопии и холодноплазменной хирургии – коблации; разработка перспективных эндопротезов крупных суставов; внедрение новых методов лечения повреждений позвоночника (с повреждениями спинного мозга) с привлечением микрохирургии, клеточных технологий и использованием сосудисто-нервных трансплантатов; анализ работы травматолого-ортопедической службы России.

Заведующий кафедрами травматолого-ортопедического профиля фа-

культета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова и факультета последипломной подготовки I Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, под руководством Сергея Павловича подготовлено 14 кандидатов и 12 докторов медицинских наук.

Президент Российской ассоциации травматологов-ортопедов. Председатель Российского артроскопического общества. Член Международного Общества травматологов-ортопедов SICOT. Главный редактор журнала «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова».

Награждён орденами «За заслуги перед Отечеством IV степени», «За заслуги перед Отечеством III степени», «Знак Почёта», орденом Почёта, орденом Дружбы, орденом Православной церкви Сергия Радонежского II степени, медалью «За заслуги перед Отечеством в здравоохранении», удостоен Государственной премии РФ и двух премий Правительства РФ.

рассказать о главных направлениях нашей работы. Сама жизнь и развитие науки заставили заниматься разработкой и внедрением в широкую практику малоинвазивных вмешательств. Я считаю, что наш институт был в этом направлении пионером. Зоя Сергеевна в соавторстве со своим аспирантом из Ирака ещё в 1973–1974 годах выпустила первую монографию по поводу артроскопии коленного сустава. Сейчас медицина и ортопедия ушли вперёд, но о начале всегда нужно помнить. Сейчас это направление стало абсолютно приоритетным в Клинике спортивной и балетной травмы. Больше 80% операций на крупных суставах делаются с применением артроскопической техники.

Ещё одно направление, которое стало ведущим за последние 15–20 лет, это микрохирургия в травматологии и ортопедии. Огромное направление, в котором операции проходят с применением операционных микроскопов. Сшиваются действительно микроскопические сосуды, нервы, перемещаются огромные тканевые лоскуты, всё

это делается одновременно, операции порой идут более 12–14 часов. Это очень тяжёлый хлеб травматологов, но он даёт хорошие результаты.

Важнейшая тема, которую институт начал разрабатывать давно, — эндопротезирование крупных суставов. Первопроходцем в стране, да и в мире, был профессор Константин Митрофанович Сиваш, который ещё в 1959 году запатентовал эндопротез тазобедренного сустава. История эндопротезирования насчитывает более 50 лет, и когда мы слышим о зарубежных наработках, мы ценим работу наших коллег, но тем не менее всегда помним, что начиналось-то всё здесь. Да, в российской медицине был период, за который мы многое потеряли в силу политических и экономических обстоятельств. Но сейчас, я считаю, происходит серьёзный ренессанс ведущих направлений института, и эндопротезирование стало одной из важнейших тем. Эндопротезирование ведь очень разное по своим качественным характеристикам. При хорошо отлаженной опера-

тивной технике, при соответствующей технологии всех составляющих это уже достаточно стандартизованная операция, а вот наиболее осложнённые, ревизионные виды, когда в силу обстоятельств проводится вторичная, третичная операция, — такие операции очень и очень сложные, по объёму они просто в несколько раз тяжелее и сложнее, чем первичное эндопротезирование. А так как наш институт занимает головные позиции в стране, то наиболее тяжёлые патологии по всем направлениям — и в эндопротезировании, в частности, приходят к нам. По данным 2012 года, у нас 21% всего эндопротезирования составили ревизионные операции, а они равны, я считаю, 2–3 первичным.

Ещё одно огромное направление, очень сложное технологически, но крайне необходимое в медицинском и социальном плане, — это лечение врождённых и приобретённых деформаций позвоночника у детей, сколиоза, кифоза и так далее. Эта тема достаточно давно разрабатывалась в ЦИТО нашими предшественниками:

профессорами Казьминым и Вертиль, у нас своя большая вертебрологическая школа. Сейчас молодые учёные — ставшие докторами медицинских наук Колесов и Кулешов — продолжают это направление и проводят просто уникальные операции. Подобные мало кто в мире делает.

— Сергей Павлович, когда вы сейчас смотрите на такую работу коллег, вспоминаете ли свои операции в бытность хирургом, не завидуете ли немного новым возможностям, новым технологиям?

— Я на позвоночнике операций не делал, работал в основном как детский травматолог и проводил операции на суставах, этому посвящена моя кандидатская, да и большая часть докторской. Но поскольку я в этом институте вырос как врач, а до этого ещё, будучи студентом, три года отработал здесь санитаром, более чем сорокалетняя жизнь института и его развитие ярко предстают перед моими глазами. Да, новые возможности впечатляют, но возникает скорее восхищение, чем зависть. По пятницам провожу директорскую конференцию — это традиционное для нас подведение итогов недели. По уровню эти наши конференции соответствуют хорошим международным встречам специалистов.

Проблем в нашей специальности очень много, одна из тяжелейших — спинальная травма. Мы довольно много занимались ею, провели многолетний эксперимент, внедрили в клинику, но всё-таки результаты не слишком обнадеживали, и сейчас идёт новый этап экспериментальных исследований. На мой взгляд, сейчас чрезмерно растиражировано применение стволовых клеток, при этом часто считают их панацеей от многих проблем, что далеко не так. Если мы выпускаем метод в клинику, то это — апробированная вещь, это то, что наши коллеги могут взять и реально с этим работать. И трансляционная медицина.

— Насколько широко используется ваш опыт, опыт института? Как коллеги, российские и

зарубежные травматологи и ортопеды, относятся к школе ЦИТО?

— У нас очень широкая география для людей, которые хотят учиться более глубоко, специализироваться и расти дальше. На базе института работают две кафедры — Московского медицинского университета им. Сеченова и кафедры Российского медицинского университета. Есть курсанты, которые у нас проходят цикл переподготовки и обучения. У нас ежегодно работают клиническая ординатура и аспирантура, поэтому есть где учиться и набираться опыта. Причём в ординатуру и аспирантуру мы берём не только россиян, достаточно большой процент (30–35 %) составляют молодые врачи из зарубежья.

— Насколько сознательно люди идут именно к вам?

— Идут, потому что понимают, что здесь можно получить знания, набраться определённого опыта. Другой вопрос в том, что, по моему мнению, два года ординатуры — это мало, надо три, а лучше бы четыре года, потому что человек должен понять, куда он пришёл, что это за профессия. Ситуация выстроена так: ординатор, чтобы получить полноценный диплом об окончании ординатуры, за два года проходит одиннадцать клинических отделений, разных по профилю. Примерно два месяца на отделение. Получается такой галопирующий вариант. В некоторых случаях, когда человек пришёл уже с определённым прицелом на конкретное направление, мы идём на то, чтобы он проработал в отделении не два, а четыре месяца, понимая, что ему это необходимо. А вообще повторю: два года ординатуры — это слишком мало.

— Сергей Павлович, расскажите о том, как была написана книга «Даруя победу», авторы которой вы и ваша мама, Зоя Сергеевна. Должна сказать, книга получилась и честной, и откровенной, в ней многое сказано о Зое Сергеевне и о вас.

— Книга писалась десять лет назад, она была приурочена к 50-летию Клиники спортивной и балетной

травмы. Для мамы это книжка-исповедь, потому что она в то время заканчивала активную работу, хотя потом ещё несколько лет была консультантом. Тем не менее это по сути подведение итогов её огромного творческого, медицинского, научного пути. И для меня во многом тоже: к тому времени я уже 30 лет работал врачом, несколько лет был директором института. А по поводу честности, я думаю, это было в характере Зои Сергеевны и, я надеюсь, в моём тоже, хотя себя очень трудно оценивать.

— В своей жизни вы общались с людьми, которые находятся на самой вершине власти в России, и были для них доктором. Такое общение всегда очень непросто. Вы рассказали в книге и об этом, без лишних слов, не нарушив ни в чём медицинскую и человеческую этику.

— Да, я немножко рассказал об этом, хотя это линия жизни, не имеющая прямого отношения к институту, но это действительно непросто. Я рад, если получилось честно.

— Человек часто привыкает к месту и креслу, к должности, которую занимает. Но мудрый руководитель всегда думает о тех, кто находится рядом с ним. Что за люди помогают вам руководить институтом?

— Принцип моего подбора кадров основывается в первую очередь на отношении к ЦИТО: важно, чтобы человек имел корни из нашего института, чтобы ЦИТО был ему дорог, потому что он прошёл здесь определённые этапы становления как научный сотрудник и профессионал. Это один критерий, а второй — степень развития мышления. Понимаете, брать себе дублёров, которые мыслят абсолютно так же, как ты, не очень хорошо. Может быть, это неплохо с точки зрения административной вертикали, но если смотреть широко, с точки зрения влияния на коллектив, это плохо. Главный врач Олег Глебович Соколов более 25 лет в институте, он работал в детской травме, уже лет семь на

административной работе и знает институт «от корней». Мой зам по науке — функциональный диагност (когда-то мы с ним вместе начинали научную работу, и я считаю, он лучший специалист по ультразвуковой диагностике в травматологии и ортопедии), автор монографий, профессор Николай Александрович Еськин. Другие замы — по строительству, хозяйственным делам. Вы обратили внимание: на нашей территории возводятся четыре здания, строительство которых мы заканчиваем в этом году. Это очень сложная тема — в наше время строить что-либо. В этом же году мы сдаём наконец Центр спортивной и балетной травмы, который будет работать как филиал института и разместится на Таганке.

— Что конкретно вы сдаёте в этом году на территории института?

— Большое круглое здание — это реабилитационный корпус, потом, чуть дальше, в глубине территории, экспериментальный лабораторный корпус, клиника животных, где будут лаборатории консервации тканей, морфологии и так далее, патологоанатомический корпус. Дополнительно появляется новый пищеблок, чтобы питание и больных, и сотрудников находилось у нас на современном уровне.

— Вы можете сказать, что люди, которые работают рядом, ваши единомышленники?

— Я думаю, в основном да. Только тут ведь многое зависит от личного восприятия. У многих начинается понемногу кружиться голова — это такое «головокружение от успехов», от того, что всё слишком легко даётся. От таких мы, как правило, всё-таки освобождаемся. Остаётся ядро — те, кто заряжены нашей общей энергией служения людям.

— А как вам самому удаётся избежать такого «головокружения»?

— Я думаю, мне очень помогают сильные гены, то есть мои родители, мать и отец, ну и, наверное, воспитание. Многое дал спорт — я активно им занимался в своё время,

а спорт воспитывает твёрдость духа, даёт физическую и психологическую прочность. Хочу подчеркнуть, что я никогда не был в категории «профессорского сына», поэтому все двери открыты. С первого раза я не мог поступить в медицинский институт. Конкурс был большой: 1966 год, мы только что вернулись с соревнований и стали чемпионами страны среди юниоров. Нам руководство Московского спорткомитета обещало поддержку при поступлении, но на деле этого не произошло. Поэтому я получил выразительный шлепок по физиономии. А мама была человеком принципиальным, хотя имела, конечно, какие-то возможности. Потом я уже понял, что надо надеяться на себя во многом, а не рассчитывать на помощь «добротного дяди». Был серьёзный выбор между спортом и медициной. И раз уж я этот путь выбрал, надо пройти по нему целенаправленно, твёрдо, достойно. Я не ангел, конечно, крыльев у меня нет, но это моё убеждение. И, вы знаете, столько впереди! Всё, что строится, надо завершить, запустить и двигаться дальше.

— Перед вами такой замечательный пример активного долголетия, долгой прекрасной работы — пример Зои Сергеевны.

— Конечно! Я рассчитал себя на долгую дистанцию. Так что у меня ещё лет 30 впереди. А по планам, которые есть в институте на сегодня, можно твёрдо говорить о том, что десять лет работы мы себе уже обеспечили. Так, мы хотим создать детский реабилитационный центр — это совершенно необходимо, давно назрело и, надеюсь, получим землю под строительство. Второе — на территории института есть опытно-экспериментальное предприятие, которое вообще-то всегда относилось к ЦИТО, но в период безвременья в начале 90-х годов ушло от нас. Сейчас мы предпринимаем усилия по его возврату, и тогда уже можно будет говорить о научном, клиническом, производственном комплексе самого современного уровня. Я считаю, что это конструкция будущего — от начальной

идеи до её технического воплощения на благо пациенту. Всё это надо возрождать, собирать воедино. Понимаете, если это удастся сделать, опять кто-нибудь скажет: ну, Миранову всё легко удаётся! А вообще-то на это тратишь годы, тратишь жизнь. Это я не к тому говорю, чтобы «памятник себе воздвигнуть нерукотворный». Хотя народная тропка к травматологам, к сожалению, не зарастает.

— Сергей Павлович, скажите, вы верующий человек?

— Не могу сказать, что я сильно привязан к институту церкви и частый гость в храме, но я человек крещёный, у меня есть своя молитва — молитва оптинских старцев, я ношу крестик, ежеутренне что-то говорю про себя высшим силам. Хотя в своё время я имел честь достаточно близко соприкоснуться с патриархом Алексием II, с некоторыми иерархами русской православной церкви, да и сейчас тоже. Очень близкий друг нашей семьи и духовный наставник — патриарх Всея Грузии Илия II. Моя жена грузинка, и он многолетний наставник нашей семьи. Так что с позиций духовности, какой-то поддержки свыше могу сказать, что я её ощущаю. Я для себя ответил однозначно: Бог есть, и врач это ощущает в своей работе. Мало только одной физики, ещё нужен дух. Поэтому мы в институте сделали часовню, куда приходят священники нашего прихода, причащают больных, оказывают большую помощь. Тело без духа существовать не может. Опираясь на духовную поддержку, жить легче, и жизнь становится осмысленнее. Особенно, когда тебя окружает команда единомышленников и профессионалов.



Главный корпус ЦИТО

Всё начинается с ПОЛИКЛИНИКИ...

Научно-поликлиническое отделение имеет давнюю историю. Амбулаторный приём пациентов в стенах института начался с первых дней создания ЦИТО. Каждый год в поликлинике ЦИТО консультируются более 40000 пациентов, направляемых из различных лечебно-профилактических учреждений страны, и никто из них не уходит без необходимой помощи, соответствующей самым высоким мировым стандартам. Там трудятся опытные высококвалифицированные сотрудники: доктора, кандидаты медицинских наук, врачи высшей категории: травматологи-ортопеды, специалисты в области восстановительной медицины. Кроме того, консультируют невролог, эндокринолог, гинеколог, офтальмолог и стоматолог. Отделение имеет в своём составе ортопедотравматологические поликлиники для взрослых и детей.

В течение трёх десятков лет это подразделение успешно возглавлял доктор медицинских наук, профессор Михаил Александрович Берглезов. Со сдачей в эксплуатацию в 2006 году нового корпуса научно-поликлинического отделения это подразделение вышло

на новый уровень организации и системности. С 2006 года научно-поликлиническое отделение возглавляет профессор, доктор медицинских наук А.С. Самков.

— Наша поликлиника выполняет функции не только консультативного центра, но и лечебного подразделения, — говорит Александр Сергеевич. — При показаниях и по желанию пациентов им может быть оказана специализированная травматолого-ортопедическая и реабилитационная помощь в амбулаторных условиях. В соответствии с профилем деятельности ЦИТО у нас ведётся приём пациентов всех возрастных групп с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательной системы, проводится диспансерное наблюдение детей и подростков до 18 лет с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата.

В НАУЧНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОБЛЮДАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИЕ ПРИНЦИПЫ ОРТОПЕДИИ — ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

Для диагностики используем самые передовые методы исследования, позволяющие проводить тщательную дифференциальную диагностику нарушений опорно-двигательной системы. Рентгенография, УЗИ (суставов, мышц, сухожилий, нервов), МРТ, ультразвуковое исследование сосудов, денситометрия (исследование плотности костной ткани), лабораторная диагностика (общие анализы, биохимия, микробиология и т.д.), исследование микроциркуляции тканей, электронейромиография (исследование нервно-мышечного аппарата), биомеханический комплекс исследований, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, медико-генетическое консультирование. Основные направления работы



А.С. Самков

научно-поликлинического отделения — это разработка и внедрение стационарзамещающих технологий травматолого-ортопедической помощи населению, диагностика и определение тактики лечения ортопедической патологии, системных и наследственных заболеваний скелета, онкологических поражений костей, последствий травм и консервативное лечение детей раннего возраста с ортопедической патологией функциональными

методами. Также у нас проводятся организационно-методическая и учебная работа с ординаторами и курсантами Академии последипломного образования.

В научно-поликлиническом отделении соблюдаются важнейшие принципы ортопедии — последовательность и преемственность проведения лечебных мероприятий: постановка диагноза, консервативное лечение, по показаниям продолжение лечения в стационаре (оперативные вмешательства), послеоперационное ведение и восстановительное лечение. Каждому, кто обращается к нам, мы готовы оказать лечебную и консультативную помощь, помочь профессиональным советом, дружеским расположением, человеческим участием.



ЭКСКЛЮЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

С момента строительства основного здания ЦИТО на улице Приорова в 1961 году клинику травматологии взрослых возглавил А.В. Каплан. Научные работы профессора Каплана были посвящены исследованиям в области неотложной хирургии, хирургического лечения костного туберкулеза, проблемам травматологии (повреждения костей и суставов), ожогов, переливания крови, огнестрельных ранений костей.



А.Ф. Лазарев

А.В. Каплана на посту заведующего отделением сменил В.Н. Гурьев. Он внёс огромный вклад в организацию и научную разработку вопросов оказания медицинской помощи бригадой специалистов на догоспитальном этапе. Это позволило на треть уменьшить смертность у пациентов с множественной и сочетанной травмой. Затем клинику возглавил А.Г. Саркисян, который вплотную занялся проблемами реконструктивно-восстановительного лечения последствий травм рук на основе использования микрохирургической техники, вопросами лечения минно-взрывной травмы, а также лечения и профилактики гнойных осложнений при обширной травме опорно-двигательного аппарата в мирное время.

Следующим заведующим отделением стал Д.И. Черкес-Заде. Под его руководством получил широкое распространение метод наружного чрескостного остеосинтеза. Им разработан и внедрён ряд направлений в области травматологии: лечение переломов таза, стопы, дальнейшего развития чрескостного остеосинтеза при различных повреждениях опорно-двигательной системы. Многие его исследования посвящены лечению больных с политравмой.

С 2000 года по настоящее время клиникой руководит доктор медицинских наук, профессор Анатолий Лазарев. Под его руководством защищено шесть диссертаций, разработано пятнадцать медицинских технологий, опубликовано 200 работ, получено десять патентов на изобретения.

— Основные научно-практические направления отделения: политравма, огнестрельные переломы, чрескостный остеосинтез, переломы костей таза и их последствия, переломы костей стопы, — рассказывает Анатолий Фёдорович. — Разработана патогенетическая тактика лечения огнестрельных ранений с учётом генотоксического эффекта и формирования зоны с пониженной жизнеспособностью тканей, а также с учётом индивидуальных иммунологических признаков организма, что позволило уменьшить число гнойных осложнений и сроки лечения пациентов с огнестрельными поражениями. Внедрена система лечения переломов костей стопы и их последствий. При лечении переломов костей таза с нарушением тазового кольца и их последствиями установлено, что из хирургических способов лечения наиболее адекватна комбинация восстановительных операций в травматических очагах со стабилизацией тазового кольца и других костей скелета аппаратами наружной фиксации. Такой подход обеспечивает максимальное восстановление функции в очагах повреждений за счёт регенерации повреждённых структур. Противопоказаний к экстренной стабилизации тазового кольца и других костей скелета аппаратами наружной фиксации наши специалисты не об-

наружили. Определены наиболее эффективные комбинации многоэтапных способов коррекции застарелых полифокальных повреждений тазового кольца. В клинике разработаны эксклюзивные такти-

ШИРОКОЕ ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НАХОДЯТ РАЗРАБОТАННЫЕ В ОТДЕЛЕНИИ МЕТОДЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ И НАВИГАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ СВЕСТИ К МИНИМУМУ РИСК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОБЕСПЕЧИТЬ КАЧЕСТВЕННО НОВЫЕ УСЛОВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВСЕМ КАТЕГОРИЯМ ПОСТРАДАВШИХ.

ка и методы проведения одномоментных (симультанных) операций на нескольких повреждённых сегментах при множественной скелетной травме 2–3 бригадами хирургов с использованием различных техник остеосинтеза, преимущественно по Илизарову, что является перспективным в современной травматологии. Широкое внедрение в практическое здравоохранение находят разработанные в отделении методы малоинвазивной хирургии и навигационные технологии. Это позволяет свести к минимуму риск послеоперационных осложнений и обеспечить качественно новые условия лечения всем категориям пострадавших. Все доктора нашей клиники прошли стажировку в ведущих лечебных учреждениях Европы и Америки, являются членами международных организаций травматологов-ортопедов. Такой уровень подготовки позволяет выполнять оперативное лечение травматолого-ортопедической патологии любой сложности.



Н.В. Загородный

Первые в мире

Отделение эндопротезирования крупных суставов организовано в январе 1990 года. Подразделение продолжило традиции отечественного эндопротезирования, у истоков которого стоял замечательный учёный, профессор К.М. Сиваш. В 1956 году он первым в мире разработал и внедрил уникальный цельнометаллический тотальный эндопротез тазобедренного сустава и наладил его производство. Будучи руководителем клиники, профессор продолжил работы по созданию основных средств остеосинтеза и эндопротезирования суставов. В 1974 году за разработку и практическое внедрение эндопротеза К.М. Сиваша группе сотрудников ЦИТО присуждена Государственная премия СССР. Более четверти века изобретённая конструкция применялась в Советском Союзе и странах Восточной Европы, а онкологические варианты эндопротеза незаменимы до настоящего времени.

В 1986 году отделение возглавил лауреат Государственной премии СССР профессор В.Н. Гурьев. Продолжились работы по эффективному совершенствованию методики реконструктивных операций у пациентов с травмами различной локализации и их последствиями. С 1990 года под руководством академика РАМН

Ю.Г. Шапошникова начали проводиться испытания зарубежных тотальных протезов тазобедренного и коленного суставов, их регламентация по применению в России, а также создавались новые типы разъёмных эндопротезов для первичного и ревизионного эндопротезирования. В 1999 году отделением стал руководить заслуженный врач РФ, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук В.И. Нуждин. В отделении совместно с фирмой «Эндосервис» разработаны и внедрены отечественные эндопротезы «ЭСИ», получившие широкое применение в стране при первичном и ревизионном эндопротезировании.

В 2008 году отделение возглавил лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Н.В. Загородный.

– В арсенале врача ортопеда на сегодняшний день имеются протезы для тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых, голеностопных суставов и даже для мелких суставов стоп и пальцев рук, – рассказывает Николай Васильевич. – Они производятся из металла, керами-

ПРОФЕССОР К.М. СИВАШ ПЕРВЫМ В МИРЕ РАЗРАБОТАЛ И ВНЕДРИЛ УНИКАЛЬНЫЙ ЦЕЛНОМЕТАЛЛИЧЕСКИЙ ТОТАЛЬНЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА, ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КОТОРОГО НЕЗАМЕНИМЫ ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ.

ки, особо прочного полиэтилена. Развитие технического прогресса привело к появлению материалов, способных заменить изношенный сустав искусственным. Так же как и нормальный тазобедренный сустав, искусственный состоит из круглой головки и вогнутой впадины, в которой головка и вращается, позволяя осуществить нормальный объём движений. Для каждого конкретного случая подбирается соответствующий эндопротез. Производство протезов является высокоточным и проходит многоступенчатый контроль и сертификацию. Ведь речь идёт об очень точном хирургическом вмешательстве, целью которого является возвращение больному подвижного безболезненного сустава,

а значит, привычной жизни. Рассмотрю несколько наиболее распространённых случаев. К примеру, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава или коленного сустава выполняется в тех случаях, когда медикаментозное лечение того или иного заболевания сустава не приводит к желаемому результату. Эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов является эффективным и часто единственным способом полноценного восстановления утраченной функции конечности при различных заболеваниях и повреждениях. Суть операции заключается, как следует из названия, в замене повреждённого сустава на искусственный. Современный искусственный сустав практически полностью моделирует собственный, и он способен служить 15–20 и даже 30 лет, а при износе его можно снова заменить.

Сейчас в мире ежегодно выполняется до 2,5 млн операций эндопротезирования суставов. Принципиально все эндопротезы суставов делятся по типу фиксации протеза в кости на три больших класса: эндопротезы с бесцементной и цементной фиксацией и их комбинации.

Вопрос о наиболее подходящем для больного типе эндопротеза решает хирург-ортопед. Во время консультации врач определит показания и противопоказания к эндопротезированию сустава, проведёт необходимые исследования и подбор соответствующего протеза. Рентгенологическое исследование позволит выяснить степень изношенности сустава, сделать необходимые измерения. Пациента обязательно предупредят о возможных рисках и осложнениях.

Современная медицина располагает широким арсеналом высокоэффективных лекарств, предотвращающих развитие тромбоэмболии и иных осложнений. К примеру, для предотвращения тромбоэмболии всем больным после эндопротезирования вводят антикоагулянты. В результате опасность возникновения тромбоэмболии резко уменьшается.



И.О. Голубев

Стремление к совершенству

Отделение микрохирургии и травмы кисти создано в 1963 году. Это первое специализированное отделение данного профиля в стране и второе в мире. Его организатором и первым руководителем был выдающийся пластический хирург В.Н. Блохин, а затем отделение возглавила С.И. Дегтярёва. С 1975 по 2000 год им руководил доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, дважды лауреат Государственной премии, профессор Иван Григорьевич Гришин. Затем отделение возглавил доктор медицинских наук Валерий Григорьевич Голубев. А с 2009 года клиникой руководит доктор медицинских наук Игорь Олегович Голубев.

— Клиника успешно занимается решением проблем в областях микрохирургии в травматологии, ортопедии и хирургии кисти. Среди основных направлений деятельности — лечение повреждений периферических нервов конечностей и плечевого сплетения с использованием микрохирургической техники; комплексное лечение и диагностика синдрома Зудека и регионального болевого синдрома верхних конечностей; лечение острых повреждений кисти и предплечья, включающее реплантацию и реваскуляри-

зацию отчленённых сегментов конечностей, — рассказывает Игорь Олегович. — Также мы занимаемся лечением последствий тяжёлых повреждений кисти с использованием одномоментных комбинированных оперативных вмешательств, в том числе с реконструкцией беспалой кисти путём свободной пересадки пальцев со стопы. Наши специалисты восстанавливают повреждённые сухожилия, нервы, сосуды верхних и нижних конечностей. Наиболее часто встречаются повреждения сгибателей, нервов и сосудов на кисти и пред-

плечье, реже на плече. Оперируем и крупные сухожилия, например, разрыв бицепса. Также оперируются повреждения сухожилий и нервов на голени и стопе, в том числе разрывы ахиллова сухожилия.

О нервах следует знать, что они состоят из множества волокон, и чем точнее они сопоставлены швами, тем полноценнее произойдёт восстановление. Только метод микрохирургии обеспечивает точный шов нерва. Без микроскопа, специального инструментария и шовного материала диаметром около 0,1 мм, а главное, без специальных знаний и навыков невозможно сшить нерв, чтобы он потом хорошо работал. Даже после идеального шва нерв не восстанавливается полностью — что же ожидать от шва нерва без микрохирургии? На «больших» сухожилиях (ахилл, бицепс) использование привычек хирургии кисти улучшает результаты лечения. В итоге происходит полное сгибание пальцев через полгода после повреждения всех сухожилий сгибателей, нервов и обеих артерий на предплечье.

Среди направлений отделения также остеосинтез кисти и предплечья. Последствия переломов лучевой кости «в типичном месте» и переломов пястных костей часто недооцениваются, и после снятия гипса остаются деформация и боль. Операции восстанавливают форму и функцию руки, если они сделаны не позже двух недель после перелома. Важно точное сопоставление фрагментов и щадящее отношение к мягким тканям. Это позволяет снять гипс, пользоваться рукой и мыть её через неделю после операции. Занимаемся мы и эндопротезированием суставов кисти. Когда разрушен суставной хрящ, основные операции: артродез (удаление и замыкание сустава) или эндопротезирование. Есть два вида искусственных суставов. У связанных суставов компоненты соединены между собой — это соединение имитирует связки сустава.

У несвязанных протезов нет соединения компонентов, от этого они более долговечны, но необходимы свои целые связки.

Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти особое место занимает хроническое прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, сопровождающееся сгибательной контрактурой пальцев кисти. Впервые это заболевание описал Платтер в 1614 году, считая причиной деформации вывих сухожилий сгибателей пальцев. Купер в 1822 году высказал предположение о заболевании ладонного апоневроза. В 1832 году Дюпоитрен описал клиническую картину деформации, считая её причиной рубцовое перерождение ладонного апоневроза, и предложил метод оперативного лечения — апоневротомию. С того времени типичная деформация пальцев кисти носит название контрактуры Дюпоитрена. В структуре заболеваний кисти отмечен рост частоты контрактуры Дюпоитрена от 1,6 до 5,7%. Заболевание под-



ается, у одних медленно, у других быстро, предсказать скорость невозможно. Проблемы: ни поздороваться, ни перчатку надеть, ни умыться нормально. Не надо тянуть время разработкой и уколами, это не поможет. Только операция, причём у специалиста, который использует микрохирургическую технику. Это позволяет сразу разогнуть паль-

цы и начать ранние движения через 10 дней после операции. Пальцы двигаются свободно, отёка или гематомы нет. Руку можно мыть, ных рубцовых деформаций и контрактур. Велико разнообразие способов оперативного лечения, ещё больше разработано оригинальных методик операций для исправления того или иного дефекта кисти, нашедших отражение в литературе. Тем не менее поиски новых, более эффективных методов лечения не прекращаются. С внедрением в практику микрохирургической техники восстановительная хирургия кисти настолько совершенствуется, что считавшиеся ранее стойкими и непоправимыми некоторые последствия травм кисти в настоящее время успешно вылечиваются, и в подавляющем большинстве случаев человек заново обретает кисть, способную к трудовой деятельности.

С ВНЕДРЕНИЕМ В ПРАКТИКУ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ КИСТИ НАСТОЛЬКО СОВЕРШЕНСТВУЕТСЯ, ЧТО СЧИТАВШИЕСЯ РАНЕЕ НЕПОПРАВИМЫМИ НЕКОТОРЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМ КИСТИ УСПЕШНО ВЫЛЕЧИВАЮТСЯ, И ЧЕЛОВЕК ЗАНОВО ОБРЕТАЕТ КИСТЬ, СПОСОБНУЮ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

вержены преимущественно мужчины (до 96%). Прогрессирующее течение приводит к значительному нарушению функции кисти, ограничению тонкой профессиональной деятельности 67% пациентов, к инвалидности в 3% случаев. Вопросы этиологии контрактуры Дюпоитрена представлены в литературе различными, нередко противоречивыми взглядами и предположениями.

В норме на ладони есть тонкая сеть волокон — ладонный апоневроз. При контрактуре Дюпоитрена продольные волокна становятся толще и короче — пальцы стягивает. Теорий возникновения болезни много, но истинная причина остаётся неизвестной. Контрактура постоянно увеличива-

не снимая пластырь. После качественной операции, а иных мы не делаем, рукой можно пользоваться через пять дней, тяжёлая нагрузка — через месяц. Разработка обычно не нужна или проводится самостоятельно — движения пальцев под водой 38 градусов 20–30 минут в день. А после операции, сделанной не специалистом, осложнения бывают разные, иногда непоправимые.

Застарелые последствия поврежденных сухожилий и нервов ещё более многообразны по локализации и сочетанности, чем свежие, особенно после обширных разрушений с дефектом отдельных анатомических структур, кожного покрова кисти, наличием вторич-



Плюсы комплексного лечения

Отделение последствий травм опорно-двигательной системы и гнойных осложнений организовано на базе отделения реконструктивно-восстановительного лечения последствий травм опорно-двигательного аппарата и комбинированной травмы в 1985 году. Со дня основания клиники-первоосновы до 1967 года её руководителем была профессор Р.Л. Гинзбург, затем, до 1987 года, подразделение возглавляла доктор медицинских наук Н.П. Иванова, с 1987-го — доктор медицинских наук, профессор З.И. Уразгильдеев, а с 2012 года руководство клиникой возложено на доктора А.В. Жадин.

— За год в отделении получают комплексное оперативное лечение по поводу осложнённых последствий травм и оперативных вмешательств опорно-двигательной системы более 300 больных, — рассказывает Андрей Валерьянович. — Для лечения широко используются спицевые, стержневые и спице-стержневые аппараты внешней фиксации, в том числе и нашей конструкции. С помощью комплексного лечения успешно осуществляется профилактика и ликвидация гнойного процесса с достижением сращения в оптимальные сроки длительно не срастающихся переломов, ложных суставов, исправление деформаций конечностей, а также замещение дефектов костей, удлинение конечностей с коррекцией иммунологического и метаболического статусов. Большая часть пациентов — это больные длительно и безуспешно лечившиеся

до поступления в клинику. Принятое в отделении комплексное лечение на основе биомеханической концепции фиксации переломов, несросшихся переломов и ложных суставов длинных костей конечностей, в том числе осложнённых остеомиелитом, позволяет в два раза сократить сроки лечения.

Мы располагаем операционной, перевязочными, процедурной, необходимой современной аппаратурой и палатами с 25 койками. Основной задачей отделения является изучение следующих научных и практических вопросов: характер и особенности оперативных вмешательств у тематических больных, особенности остеогенеза и методы его стимуляции на основе биомеханической концепции фиксации переломов, в том числе в условиях гнойной инфекции; особенности остеогенеза с использованием биокомпозиционных материалов. Разрабатываются способы прогнозирования течения лечения гнойно-септических осложнений у травматолого-ортопедических больных, иммунологический статус и вопросы иммунотерапии.

Научные направления клиники также включают в себя вопросы лечения: посттравматических и послеоперационных остеомиелитов (реконструктивно-восстановительное лечение), гнойных артритов, инфицированных

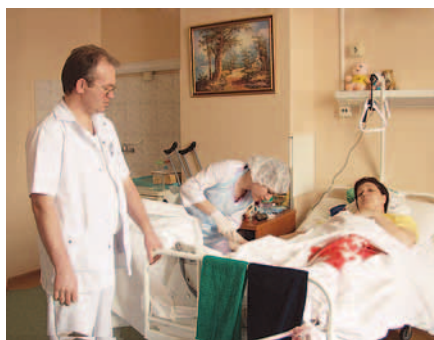


А.В. Жадин

огнестрельных переломов длинных костей и огнестрельных остеомиелитов. Сотрудники нашего отделения разрабатывают новые фиксаторы для остеосинтеза костей конечностей и таза на основе биомеханической концепции фиксации переломов. Среди которых — аппарат для лечения внутри-

Большая часть пациентов клиники — это больные длительно и безуспешно лечившиеся до поступления в неё. Комплексное лечение на основе биомеханической концепции фиксации переломов, несросшихся переломов и ложных суставов длинных костей конечностей позволяет вдвое сократить сроки лечения.

и около суставных переломов первой модели, аппарат для лечения полифокальных переломов второй модели, аппарат для монополярной, биполярной и полиполярной фиксации переломов конечностей и таза третьей модели, аппараты для монополярной, биполярной и полиполярной фиксации переломов костей предплечья и ключицы. Клиника работает в тесном сотрудничестве с лабораториями биохимии, микробиологии, иммунологии, морфологии, а также с отделениями реабилитации и восстановительного лечения, компьютерной томографии и многими другими подразделениями, входящими в структуру ЦИТО. Поддерживается связь с ведущими клиниками Москвы и России.



Перспективные направления

Отделение костной патологии основано в 1957 году. До 1966 года им заведовал профессор В.Я. Шлапоберский, внёсший значительный вклад в развитие клинических и морфологических критериев диагностики опухолей костей. Затем до 1989 года отделением руководил заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат государственных премий СССР и России, вице-президент СИКОТ, профессор С.Т. Зацепин. С его именем связаны разработка и внедрение сохранных операций при опухолях и опухолевидных заболеваниях костей таза, конечностей, позвоночника, началось изучение метаболических остеопатий. С 1989 по 1999 год отделением за-

ведовал профессор В.Н. Бурдыгин, отдавший много сил работе по совершенствованию техники оперативных вмешательств при опухолях и опухолевидных заболеваниях, использованию эндопротезов для замещения пострезекционных дефектов костей и внедрению в диагностику заболеваний современных методов исследования. О том, как работает отделение в настоящее время, рассказал нынешний заведующий, доктор медицинских наук, профессор Александр Викторович Балберкин.

— Клиника активно участвует в выполнении сразу нескольких научных тем в рамках договоров с Министерством здравоохранения. Разрабатываются методики ранней и точной диагностики опухолей и опухолеподобных заболеваний костей у взрослых. Оптимизируются методы оперативных вмешательств с использованием новых имплантатов и технологий у этой группы больных. Совместно с ИМЦ «МАТИ-Медтех» проводятся разработка и активное внедрение в российских и зарубежных клиниках новых ортопедических и онкологических эндо-

протезов, имплантатов из титана и его сплавов. Важным направлением научной работы отделения является изучение метаболических остеопатий. Разработаны алгоритмы диагностики и схемы лечения остеопороза и остеомалации. Наше отделение — участник выполнения исследовательских, практических общероссийских и международных программ, посвящённых изучению, диагностике, профилактике и лечению остеопороза и является одним из лидеров этого направления в стране и за рубежом.

Новое перспективное направление научной работы — изучение возможностей фармакологической коррекции ремоделирова-

НАШЕ ОТДЕЛЕНИЕ – УЧАСТНИК ВЫПОЛНЕНИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ, ПРАКТИЧЕСКИХ ОБЩЕРОССИЙСКИХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ, ПОСВЯЩЁННЫХ ИЗУЧЕНИЮ, ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА, И ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЛИДЕРОВ ЭТОГО НАПРАВЛЕНИЯ В СТРАНЕ И ЗА РУБЕЖОМ.

ния костной ткани вокруг имплантатов и эндопротезов у больных остеопорозом. Применение современных активных лекарственных препаратов даёт реальную возможность существенно сократить частоту осложнений при лечении переломов и эндопротезировании суставов не только у пожилых, но и у молодых пациентов. Основной профиль отделения: лечение доброкачественных и злокачественных опухолей, опухолеподобных заболеваний скелета, системных поражений и метаболических остеопатий (остеопороз, остеомалация, болезнь Педжета, паратиреоидная остеодистрофия и др.). Диагностика осуществляется совместно с отделом лучевой диагностики и лабораториями ЦИТО с применением новейших методов исследования (МРТ, спиральная КТ, УЗИ, ангиография, рентгеновская денситометрия, генетические, биохимические и лабораторные обследования, патоморфологическое и иммуноморфологиче-



А.В. Балберкин

ское исследования), позволяющих установить диагноз в самых затруднительных случаях.

В отделении ежегодно получают лечение до четырёхсот пациентов. Каждый год проводится более трёхсот оперативных вмешательств больным с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей: резекции костей конечностей с замещением дефекта современными имплантатами (конструкции из титана и никелида титана с памятью формы «МАТИ-Медтех»; перфоост, коллапан, остеоматрикс) и новейшими импортными и отечественными эндопротезами (МАТИ, МАТИ-ЦИТО, Beznoska, DePuy, Biomet и др.); резекции костей таза и межподвздошно-брюшные резекции; межлопаточно-грудные резекции; ламинэктомии и другие.

Совместно с отделом лучевой диагностики в последние годы освоен и активно применяется в лечении метод эндоваскулярной хирургии, позволяющий снизить травматичность оперативных вмешательств у пациентов с опухолями и опухолеподобными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а в ряде случаев помогает обойтись без операции. Внедрены и активно проводятся малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем КТ, что позволяет значительно уменьшить травматичность операций и сократить сроки реабилитации.



С.В. Колесов

Прогресс в развитии вертебрологии

Отделение патологии позвоночника открыто в 1966 году благодаря заслугам и усилиям профессора А.И. Казьмина. Это было первое отделение по хирургии позвоночника в составе Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии. Время доказало важность и дальновидность данного шага в развитии вертебрологии в нашей стране. Сегодня все институты травматологии и ортопедии и многие кафедры имеют отделения данного профиля, а в вертебрологии за последние десятилетия происходит бурное развитие как научно, так и практического аспектов. Многие годы отделение возглавлял профессор С.Т. Ветрилэ. С 2012 года им руководит доктор медицинских наук С.В. Колесов.

– Отделение рассчитано на оказание высокоспециализированной медицинской помощи больным с различными видами патологии позвоночника, – рассказывает Сергей Васильевич. – У нас прооперировано более 1000 пациентов с тяжёлыми деформациями позвоночника (различные виды кифозов и сколиозов). В настоящее время для коррекции сколиотической деформации позво-

ночника применяется наиболее прогрессивная в мировой медицине конструкция Cotrel-Dubouset. Много внимания уделяется лечению такой распространённой патологии позвоночника, как остеохондроз. Уже более 10 лет выполняются операции по микрохирургической и транскutánной дискэктомии. После данных операций пациент через сутки активизируется, сроки лечения сокращаются до минимума.

При лечении такой распространённой патологии позвоночника, как остеохондроз, уже более 10 лет выполняются операции по микрохирургической и транскutánной дискэктомии, после которых пациент активизируется через сутки. Сроки лечения сокращаются до минимума.

изируется, сроки лечения сокращаются до минимума. При нестабильных формах остеохондроза, когда возникает необходимость в дополнительной стабилизации позвоночника, используются современные транспедикулярные системы: Steffee, Cotrel-Dubouset, Tenor. Оказывается хирургическая помощь больным со спондилолистезами и переломами различных отделов позвоночника. Использование при данных патологиях транспедикулярных систем позволяет активизировать пациентов на третьи-пятые сутки

после операции, а использование аппарата для галотракции при повреждениях верхней части отдела позвоночника позволяет практически во всех случаях отказаться от тяжёлых и сложных операций. Экспериментально и клинически выявлено, что наряду с переломом позвонков шейного отдела позвоночника и повреждением спинного мозга и его корешков в разной степени повреждаются и позвоночные артерии. Поэтому первично стабильный остеосинтез различными конструкциями при таких повреждениях является оптимальным методом выбора. Разработаны и применяются реконструктивные операции при тяжёлых травмах позвоночника и их последствиях.

Нашими сотрудниками разработаны методы ранней диагностики и эффективного лечения неспецифического остеомиелита позвоночника. Определены показания к применению транспедикулярных конструкций с целью стабилизации пораженного позвоночного сегмента. Разработаны и внедрены малоинвазивные методики лечения спондилита, такие как транскutánные операции, торакоскопическая санация патологического очага.

На базе отделения имеется дневной стационар, где проводится полноценное реабилитационное лечение пациентов с различной патологией позвоночника (медикаментозное, ФТЛ, различные виды блокад, вытяжение, массаж и т.д.). В нашей клинике большое значение уделяется научной деятельности. За время существования защищены 7 докторских и 16 кандидатских диссертаций по различным видам патологии позвоночника. Приоритетными научными направлениями являются краниовертебральная патология, тяжёлые формы сколиоза, совершенствование микрохирургических, малоинвазивных способов лечения дегенеративных заболеваний позвоночника, совершенствование хирургических методов лечения больных с переломами различных отделов позвоночника.

История клиники ортопедии взрослых начинается с 1969 года, когда на базе специализированных коек по хирургическому лечению больных с ревматоидным полиартритом было открыто отделение ортопедии взрослых. Первым руководителем стала заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Государственной премии СССР, доктор медицинских наук, профессор Мария Панова, талантливый учёный и прекрасный организатор – родоначальница оперативной ортопедии при лечении ревматоидного полиартрита. Под её руководством разработаны оригинальные методики лечения тяжелейших поражений суставов рук и ног при данном заболевании. По инициативе Марии Ивановны впервые в стране были созданы лаборатория и банк аллопластических материалов, успешно применяемых при лечении больных.



Г.А. Кесян

Оригинальные современные технологии

В 1978 году по рекомендации Пановой, ушедшей на заслуженный отдых, заведующим отделением назначен О.В. Оганесян. Академик РАМН, заслуженный деятель науки, заслуженный изобретатель РСФСР, лауреат Государственных премий СССР и РФ, лауреат премий правительства России возглавлял клинику 32 года. Под его руководством открыты биологические возможности репаративной регенерации с органотипическим восстановлением суставного хряща.

Аппараты для лечения переломов костей и повреждений локтевого, лучезапястного, межфалангового, коленного и голеностопного суставов, разработанные Оганесяном, успешно применяются в России и за рубежом. С 2011 года заведующим отделением является доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Г. А. Кесян.

— Наше отделение занимается лечением последствий травм и ортопедических заболеваний

опорно-двигательного аппарата у взрослых, — рассказывает Гурген Абовенович. — Несросшиеся и неправильно сросшиеся переломы, а также ложные суставы костей верхних и нижних конечностей, нередко с наличием деформации сегмента конечности, остаются частым осложнением при лечении поврежденных костей. В клинике при лечении этой патологии применяют весь арсенал методов остеосинтеза: внутрикостный, накостный, наружный чрескостный, комбинированный. Разработаны и успешно применяются оригинальные аппараты наружной чрескостной фиксации Оганесяна (спицевые и спице-стержневые), обладающие возможностью закрытого устранения всех видов смещения костных отломков с дальнейшим их компрессионным, дистракционным или компрессионно-дистракционным остеосинтезом и надёжной стабильной их фиксацией. Успешно используется комбинированный метод остеосинтеза, заключающийся в одновременном внутрикостном металлоosteосинтезе и наложении аппаратов Волкова — Оганесяна. Отделение ортопедии имеет большой опыт восстановления формы и функции локтевого, коленного,





бильностью фиксации костных отломков, избавляющая больных от неудобных и громоздких гипсовых повязок в послеоперационном периоде.

Клиника обладает большим опытом проведения диагностических и реконструктивных операций с использованием артроскопической техники при повреждении внутрисуставных структур коленного, плечевого, тазобедренного, локтевого, голеностопного суставов. Успешно выполняются операции по восстановлению крестообразных связок коленного сустава, артроскопическая стабилизация плечевого сустава при травматических и привычных вывихах с использованием самых современных материалов и методов, восстановление ротаторов плеча. Большим разделом деятельности клиники является хирургическое лечение тяжёлых и осложнённых деформаций стоп, развившихся на почве травм и различных заболеваний, в том числе с применением аппаратов наружной чрескостной фиксации. Для оперативного лечения поперечного плоскостопия, Hallux valgus, ригидных и молоткообразных пальцев используется оригинальная современная методика, позволяющая максимально сократить сроки послеоперационной реабилитации и достичь хорошего функционального и косметического эффекта.

голеностопного и тазобедренного суставов. Для этих целей сотрудниками клиники разработан метод резекционной артропластики локтевого сустава, коленного сустава, получено свидетельство на открытие явления регенерации суставного хряща с использованием шарнирно-дистракционных аппаратов Волкова – Оганесяна. Применяется метод мобилизации крупных суставов конечностей, восстановление целостности суставно-связочного аппарата конечностей.

В КЛИНИКЕ РАЗРАБОТАНЫ ОРИГИНАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ РУК И НОГ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ ПОЛИАРТРИТЕ. ПО ИНИЦИАТИВЕ ПЕРВОГО РУКОВОДИТЕЛЯ – ПРОФЕССОРА М.И. ПАНОВОЙ ВПЕРВЫЕ В СТРАНЕ БЫЛИ СОЗДАНЫ ЛАБОРАТОРИЯ И БАНК АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.

В клинике разработан и успешно внедрён метод удлинения укороченной нижней конечности (врождённые, посттравматические укорочения, последствия перенесённого полиомиелита, диспластических заболеваний) с одновременным устранением контрактур коленного и голеностопного суставов с применением комбинации компрессионно-дистракционного и шарнирно-дистракционного аппаратов Волкова – Оганесяна. Клиника ортопедии взрослых обладает большим опытом лечения деформирующего артроза крупных суставов, остеохондропатий и их последствий (болезни Кенига, Осгута – Шлаттера, Кальве). Широко применяются методы корригирующих остеотомий костей для улучшения

питания суставного хряща и изменения условий нагрузки суставных поверхностей для предупреждения дальнейшего их разрушения. Разработана оригинальная металлическая конструкция (пластинка Троценко – Нуждина) для остеосинтеза бедренной кости после межвертельной остеотомии, отличающаяся простотой применения и ста-





В.Н. Меркулов

Успешные шаги

Отделение детской травматологии основано в 1966 году одним из основоположников отечественной детской травматологии и ортопедии, доктором медицинских наук, профессором Г.М. Тер-Егизаровым. Основными направлениями его научной деятельности были разработка методов диагностики и лечения переломов длинных трубчатых костей и оптимизация лечения тяжёлых последствий костных повреждений; разработка методологии лечения больных с повреждениями сухожилий, нервных стволов в остром периоде травмы, ранней диагностики и консервативного лечения врождённого вывиха бедра у детей. С 1988 года по настоящее время отделением заведует доктор медицинских наук, профессор Владимир Меркулов, автор свыше пятисот научных работ, двух монографий, девяти патентов и авторских свидетельств. Под руководством Владимира Николаевича защищено 5 докторских и 18 кандидатских диссертаций.

– Отделение занимается лечением острой травмы и последствием травм опорно-двигательного аппарата у детей. У нас отработаны

технологии консервативного и оперативного лечения переломов и вывихов костей у детей. Разработаны показания и противопоказания к применению различных методов лечения при закрытых и открытых переломах и вывихах костей. Методы лечения включают в себя как закрытые репозиции с фиксацией гипсовой повязкой или спицами, так и открытые репозиции с различными видами металлоостеосинтеза или внеочагового остеосинтеза, – вводит в курс Владимир Николаевич. – Наряду с изолированными переломами и вывихами производится лечение множественных переломов и полиструктурных повреждений (повреждения кожных покровов, сухожилий, нервов и костных структур на уровне одного сегмента конечности), переломов костей таза. Отработаны методики лечения внутрисуставных и околосуставных переломов костей, в особенности переломов области локтевого сустава.

В отделении совместно с отделом лучевой диагностики и функциональной диагностики разработаны современные методы обследования, позволяющие осуществлять мониторинг за процессами консолидации. Проводится оперативное лечение детей с острыми повреждениями нервов и сухожилий – как изолированных, так и сочетающихся с повреждениями других структур. Осуществляется их первичный шов с восстановлением всех повреждённых структур. Диагностическая база ЦИТО и разработки нашей клиники позволяют произвести комплексное обследование больных с повреж-

ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ РАСПОЛАГАЕТ БОЛЬШИМИ ТЕХНИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ И КВАЛИФИЦИРОВАННЫМИ КАДРАМИ.

дениями позвоночника, провести дифференциальную диагностику переломов тел позвонков с патологическими переломами на фоне явлений остеопороза.

Отделение располагает техническими возможностями и квалифицированными кадрами,

которые проводят артроскопическую диагностику и лечение больных с внутрисуставными повреждениями всех крупных суставов. При преждевременных посттравматических закрытиях зон роста у детей могут формироваться деформации конечностей и их укорочения. Отделение имеет большой опыт лечения данного рода последствий. Больным проводятся корригирующие и удлиняющие остеотомии. Удлинения сегментов конечностей проводятся в спицевых, спице-стержневых и стержневых аппаратах внешней фиксации. Разработаны принципы и методики лечения посттравматических ограничений движений в крупных суставах, сочетающиеся оперативное пособие с комплексной реабилитацией сустава. В отделении проводится лечение посттравматических несращений длинных трубчатых костей. Также отработаны методики лечения посттравматических ложных суставов, в том числе с использованием костной пластики. Институт располагает костным банком для получения современных костных имплантатов. Разработаны принципы одноэтапного и многоэтапного лечения больных, имеющих посттравматические дефекты костных структур, которые могут сочетаться с повреждениями других структур.

Отделение имеет большой опыт лечения посттравматических рубцовых дефектов кожных покровов. Восстановление производится различными методами кожных пластик, включая как несвободные (итальянская, Филатовский стебель), так и местные ткани (кожная пластика треугольными лоскутами, эндоэкспандерная).

Мы лечим больных с дефектами сухожилий и нервных стволов методами сухожильно-мышечной пластики, транспозиции сухожилий и различными видами аллопластики сухожилий и аутонейропластики дефектов нервных стволов.



О.В. Кожевников

Бионанотехнологии помогают детям

Отделение детской ортопедии организовано в 1934 году и является одним из старейших центров лечения сложнейшего контингента больных — детей с патологией опорно-двигательного аппарата. Опыт сотрудников отделения по оказанию помощи детям с ортопедической патологией, от которых отказывается большинство клиник в нашей стране, поистине огромен. За последние пять лет учёными клиники издано более 150 печатных научных работ, две монографии и раздел в руководстве по травматологии и ортопедии, а приоритетность разрабатываемых клиникой методов диагностики и лечения подтверждена пятью патентами РФ. Ведущая детская ортопедическая клиника страны проводит большую консультативную и педагогическую работу. Разработаны современные учебные пособия: компьютерные, мультимедийные, информационно-справочные системы по врождённому вывиху бедра и болезни Пертеса. В отделении проходят обучение ординаторы, аспиранты, врачи, повышающие квалификацию, из многих регионов России и стран СНГ. Первым руководителем отделения была заслуженный деятель науки

РСФСР, профессор Е.К. Никифорова. В 1963 году клинику возглавила заслуженный деятель науки РСФСР, профессор В.Д. Дедова. С 1988 по 2005 год отделением руководил заслуженный врач России, профессор О.А. Малахов. С 2005 года по настоящее время клинику возглавляет доктор медицинских наук О.В. Кожевников.

СКРУПУЛЁЗНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ, ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛИЛИ ВЫРАБОТАТЬ ЦЕЛЫЙ РЯД УНИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.

— Длительное, скрупулёзное наблюдение за больными, оценка результатов оперативного и консервативного лечения позволили выработать целый ряд уникальных методов лечения сложной ортопедической патологии, внедрить в практическое здравоохранение новые конструкции для остеосинтеза, — рассказывает Олег Всеволодович. — Так, с целью улучшения качества оказания хирургической помощи пациентам с заболеваниями тазобедренного сустава в клинике разработан набор инструментария и металлофиксато-

ров для остеосинтеза проксимального отдела бедренной кости у детей от полутора до 18 лет. Для коррекции деформаций сегментов конечностей с возможностью их удлинения разработана стержневая, компрессионно-дистракционная система аппаратов внеочагового остеосинтеза, а для этапной мало-травматичной коррекции при аномалиях развития кисти внедрена оригинальная спицевая конструкция. Все аппараты и системы сертифицированы и выпускаются промышленностью, найдя самое широкое применение в учреждениях травматолого-ортопедического профиля нашей страны.

Среди приоритетных направлений в работе отделения я отмечу следующие: совершенствование системы диагностики и лечения патологии тазобедренного сустава у детей; разработка методов хирургической коррекции врождённой и приобретённой патологии стоп; разработка способов стимуляции репаративного остеогенеза у детей и подростков, в том числе с помощью бионанотехнологий; разработка методов оперативного лечения при аномалиях развития верхних и нижних конечностей у детей и подростков с целью улучшения их функциональных воз-

можностей. Также мы разрабатываем оптимальную тактику лечения детей с ранними проявлениями коксартроза, с исследованием показаний и методики тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в подростковом возрасте; внедряем малоинвазивные методы оперативного лечения патологии коленного и тазобедренного сустава с использованием артроскопической техники. Огромное внимание уделяется также рациональным способам оперативной коррекции деформаций при артрогрипозе и разработке новых конструкций для металлоостеосинтеза у детей, проблемам рационального протезирования и ортезирования.



А.И. Снетков

Работа над ошибками природы

Отделение детской костной патологии и подростковой ортопедии образовано в 1963 году заслуженным врачом РСФСР, академиком Мстиславом Васильевичем Волковым для углублённого изучения опухолей, опухолеподобных и системных наследственных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Под руководством Волкова, а позднее В.Л. Андрианова и А.П. Бережного создана школа детской костной патологии для решения целого спектра научных и клинических проблем данной области медицины. Сейчас отделением руководит доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Андрей Снетков, успешно продолжая традиции своих предшественников.

— Основными направлениями работы нашего отделения являются лечение системной наследственной патологии, доброкачественных опухолей, опухолеподобных заболеваний и воспалительных процессов костей у детей, а также диагностика злокачественных опухолей костей, — называет приоритеты возглавляемого им отделения Андрей Игоревич. — У детей с остеохондродисплазиями проводятся многоэтапные оперативные вмешательства, на-

правленные на коррекцию деформаций костей и исправление контрактур крупных суставов. При тяжёлых поражениях тазобедренных суставов выполняются реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренном суставе: тройная остеотомия костей таза в комбинации с межвертельной остеотомией бедренной кости, формирование крыши навеса вертлужной впадины аутотрансплантатом на мышечной ножке, эндопротезирование. Пациентам с непропорциональной карликовостью, гипофизарным нанизмом проводятся удлинения конечностей по методике компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

В отделении разработан комплексный подход к лечению пациентов с локальными формами фиброзных дисплазий (юношеский

эпифизеозис головки бедренной кости, болезнь Блаунта, болезнь Маделунга). Проводится лечение сложных многоплоскостных деформаций костей у детей с метаболическими остеопатиями, которое помимо хирургической коррекции обязательно включает курсы медикаментозной терапии. Разработана научная концепция ортопедического лечения детей с фиброзной дисплазией. Так, при ограниченных очагах поражения используются краевые резекции

ПРИОРИТЕТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ – ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ, ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.

кости с замещением дефекта аллотрансплантатами. У больных с распространёнными очагами фиброзной дисплазии, искривлением длинных костей используются обширные краевые резекции кости с замещением дефектов массивными аллотрансплантатами и накостным металлостеосинтезом. Реабилитация детей с дисхондроплазией разрешается сочетанием резекции участков поражённой кости, аллопластики и коррекции деформации сегмента аппаратами внешней фиксации. Также в клинике проводится лечение кист костей и гистиоцитоза X: костнопластические операции и пункционная методика введения как лекарственных препаратов, так и пластических материалов). Разработаны

малоинвазивные методы диагностики и лечения доброкачественных опухолей костей: пункционная биопсия под контролем КТ, позволяющая проводить диагностику в любой интересующей точке патологического очага; точное определение локализации патологического очага (данный метод помогает фиксировать такие опухоли, как остеоидастеома, остеобластома, сводить само оперативное вмешательство к минимуму, даже при таких сложных локализациях, как позвоночник и таз); удаление доступных по локализации патологических очагов.

Проводится лечение хронического гематогенного остеомиелита, а также его последствий: санация воспалительных очагов с имплантацией лекарственных и пластических материалов, коррекция укорочений и деформаций костей посредством внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Одним из важнейших направлений отделения является оперативное лечение опухолей и опухолеподобных заболеваний позвоночника у детей и подростков с использованием современных металлоконструкций и методик вертебропластики. При лечении используются передние, задние и комбинированные доступы к позвоночнику. Осуществляется хирургическое лечение деформаций позвоночника с использованием современных корригирующих систем.



Н.И. Аржакова

Избавление от боли

В середине 50-х годов прошлого века в ведущих хирургических учреждениях СССР анестезиологические службы стали выделяться в отдельные научно-практические подразделения. В ЦИТО такая группа организована в 1957 году под руководством Петра Прокопьевича Войцеховского. Появление специалистов узкого профиля и высокой квалификации, в задачу которых входило проведение общего обезболивания и контроля за состоянием больного во время наркоза, значительно повысило безопасность хирургических операций. Расширились показания к оперативному лечению пациентов с более высоким операционно-анестезиологическим риском. В 1962 году руководителем анестезиологической службы стал профессор Николай Васильевич Меняйлов. Накапливается база научных исследований: под руководством Меняйлова защищено пять кандидатских диссертаций, посвящённых различным аспектам анестезии. В 1966 году анестезиологическая группа преобразована в отделение, а через три года — в отделение анестезиологии и реанимации. Выделяется отдельное помещение под реанимационные койки с круглосуточным

наблюдением за критическими больными. На базе отделения создаётся экспресс-лаборатория, сотрудники которой обеспечивают постоянный контроль за показателями жизненно важных органов.

В 1988 году отделение возглавил профессор Николай Павлович Миронов. В сфере его научных интересов находились проблемы, связанные с критическими нарушениями гомеостаза у пациентов с множественными и сочетанными повреждениями костно-мышечной системы в остром периоде травматической болезни и у пациентов после высокотравматичных ортопедических операций, часто сопровождающихся большой кровопотерей. Под руководством профессора Миронова в отделении разработана тактика лечения и профилактики синдрома жировой эмболии, начали применяться кровосберегающие технологии, в том числе интраоперационная аппаратная реинфузия раневой крови и реинфузия дренажной крови в раннем послеоперационном периоде. Большое внимание уделялось транспортировке пострадавших с политравмой в специализированные травматологические центры.

С 1996 года по настоящее время отделением руководит заслуженный врач РФ Надежда Аржакова.

— Конец 90-х годов ознаменовался внедрением в медицинскую практику высокотехнологичных методик лечения пациентов травматолого-ортопедического профиля, — вспоминает Надежда Ивановна. — Операционные и палаты были оснащены современным оборудованием, а в арсенале врачей появились эффективные и безопасные препараты для проведения как общей, так и регионарной анестезии. Это значительно снизило операционно-анестезиологический риск, позволило идти в ногу с коллегами из развитых стран мира.

В настоящее время у нас 13 операционных, все операционные оборудованы по последнему слову

медицинской техники. Применяемые нашими докторами методы защиты пациентов от операционной травмы — это общая многокомпонентная анестезия с использованием ингаляционных анестетиков; тотальная внутривенная анестезия пропифолом с сохранением самостоятельного дыхания; нейроаксиальная анестезия (спинальная, эпидуральная и комбинированная); блокада крупных периферических нервов и нерв-

ОПЕРАЦИОННЫЕ И ПАЛАТЫ ОСНАЩЕНЫ СОВРЕМЕННЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ, В АРСЕНАЛЕ ВРАЧЕЙ — ЭФФЕКТИВНЫЕ И БЕЗОПАСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЩЕЙ И РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ. ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ ИМ ИДТИ В НОГУ С КОЛЛЕГАМИ ИЗ РАЗВИТЫХ СТРАН МИРА.

ных сплетений с применением электростимуляции и ультразвуковой локализации. Всем пациентам проводится мониторинг сердечно-сосудистой системы. Пациенты с высоким риском развития послеоперационных осложнений курируются в палатах реанимации. Послеоперационное обезболивание проводится по принципам мультимодального подхода, когда ноцицептивный поток прерывается на нескольких уровнях.

Врачи отделения, как и многие хирурги ЦИТО, не раз выезжали для оказания экстренной помощи пострадавшим в террористических актах и от природных катаклизмов.





А.К. Морозов

Отделение лучевой диагностики как научно-клиническое подразделение ЦИТО создано в 1962 году. Первый руководитель – Мария Ксенофоновна Климова внесла неоценимый вклад в организацию работы, определение научных направлений, подбор толковых кадров и техническое оснащение. Приоритет в научных исследованиях был направлен на разработку рентгенологической семиотики первичных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей на основе рентгеноморфологических сопоставлений.

Данную проблему невозможно решить без высококвалифицированных специалистов по различным направлениям рентгенодиагностики. В отделении собрался весь отечественный цвет старших научных сотрудников и врачей данного профиля.

Волшебные лучи

С 1982 по 1997 год подразделение возглавляла Ольга Нечволодова. Ольга Леонидовна эффективно продолжила разработку идей доктора Климовой по совершенствованию лучевой диагностики заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата. Вместе с тем, получило развитие новое направление – изучение наследственных системных заболеваний скелета. Результатом стала разработка клинико-рентгенологической се-

миотики и дифференциальной диагностики наследственных заболеваний скелета.

Сложный путь становления прошла ангиографическая служба отделения. Несмотря на высокую лучевую нагрузку, Александре Александровне Беляевой удалось разработать и внедрить в клиническую практику новое направление – ангиографию.

В 1998 году руководителем отделения стал доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Александр Морозов. При нём на смену классической рентгенографии пришли со-

временные методы диагностики: цифровая рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгеновская денситометрия, дигитальная ангиография.

– Отделение лучевой диагностики оснащено современной аппаратурой ведущих мировых производителей: Philips, General Electric, Siemens, Toshiba, Agfa. Нашими сотрудниками разработан и применяется алгоритм лучевой диагностики патологии костно-суставной системы. Суть его сводится к следующему: при наименьшей лучевой нагрузке на организм больного возможно получить максимальную информацию о патологическом процессе, достаточную для диагноза, – поясняет Александр Константинович. – Классическая рентгенодиагностика является ведущим методом лучевой диагностики при заболеваниях и повреждениях костно-суставной системы. Исследования выполняются на аппаратах Buckydiagnost, Duodiagnost (цифровая рентгенография), Philips.

Ультразвуковая диагностика – современный безопасный метод отображения анатомии мышц, сухожилий, связок, суставов, внутренних органов, сосудов. Она является высокоинформативным методом исследования, абсолютно безвредным для пациента, не несущим лучевой нагрузки, может выполняться многократно для регистрации динамического состояния в процессе лечения.

Ультразвуковое исследование не требует сложной предварительной подготовки и не займёт много времени. Показания к направлению на ультразвуковое исследование скелетно-мышечной системы: острые и застарелые травматические повреждения суставов (с подозрением на повреждение капсульно-связочного аппарата, менисков коленных суставов, сухожилий ротаторной манжеты плечевого сустава), подозрение на повреждение мышц, сухожилий, сосудов и нервов конечностей.



У нас производится ультразвуковое исследование мышц и сухожилий всех отделов конечностей, крупных и мелких суставов, поджелудочной железы, печени, жёлчного пузыря, почек, селезёнки, щитовидной железы, органов малого таза (мочевой пузырь, матка, яичники, предстательная железа), молочных желёз, магистральных сосудов головы (общие сонные, наружные сонные, внутренние сонные артерии; позвоночные артерии), а также транскраниальное исследование сосудов мозга, магистральных сосудов (артерий и вен) верхних и нижних конечностей, эхокардиография (исследование сердца).

Рентгеновская денситометрия (DEXA) — определение минеральной плотности костной ткани с помощью рентгеновского излучения с минимальной лучевой нагрузкой — уникальный метод ранней диагностики остеопороза с целью профилактики патологических переломов. При исследовании определяется минеральная плотность костной ткани шейк бедренных костей, позвоночника с последующей автоматической обработкой данных и сравнение их с возрастной нормой. Показаниями для направления на рентгеновскую денситометрию скелета служат боли в костях, суставах, позвоночнике, переломы костей скелета и позвоночника, возникающие при

неадекватной травме; период наступления менопаузы у женщин после кормления ребёнка грудью, заболевания эндокринной системы, применение кортикостероидных гормонов, а также необъяснимая слабость, утомляемость и снижение роста.

Компьютерная томография — специальный метод лучевой диагностики послойного получения рентгеновских изображений интересующей области исследования,

ОТДЕЛЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСНАЩЕНО СОВРЕМЕННОЙ АППАРАТУРОЙ ВЕДУЩИХ МИРОВЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ, ДЛЯ РАБОТЫ НА КОТОРОЙ НЕ ОБОЙТИСЬ БЕЗ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ.

позволяющий выявить отклонения от нормы с разрешающей способностью до одного миллиметра. Этим методом мы проводим исследование костно-суставной системы, головы, позвоночного столба, органов грудной клетки и брюшной полости на предмет выявления костно-деструктивных, травматических повреждений, опухолей и опухолеподобных заболеваний.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) — современный метод лучевой диагностики без лучевой нагрузки. Получаемые изображения (томограммы) по физическому разрешению и качеству приближаются к гистотопограммам. Магнитно-резонансная томография — не инвазивная, повторяемая и безопасная для пациента и персонала методика обследования.

МР-томограммы выполняются в ортогональных проекциях. Во многих сложных диагностических случаях использование нескольких вариантов T1 и T2 взвешенных последовательностей (протоколов исследования) позволяет точно определить характер поражения. Применение контрастных веществ даёт возможность получать дополнительную информацию о характере патологического процесса и проводить дифференциальную диагностику. Показанием для проведения магнитно-резонансной томографии служат заболевания костей и суставов, позвоночного столба, органов грудной клетки и брюшной полости на предмет выявления воспалительных, деструктивных, травматических повреждений, опухолей и опухолеподобных заболеваний.

Ангиографические исследования выполняются на цифровом ангиографическом комплексе CAS 8000V Toshiba. Система предназначена для универсальной ангиографии и эндоваскулярной хирургии. Наличие цифровой субтракционной системы и режима импульсной рентгеноскопии позволяет в десятки раз уменьшить дозу облучения и количество контрастного вещества без ущерба качества изображения. Эти новации дали возможность не только применять в клинике травматологии и ортопедии ангиографию, но и осуществлять интервенционные эндоваскулярные вмешательства.



М.Б. Цыкунов

Наша задача — вернуть пациента к нормальной жизни

Отделение реабилитации создано при организации института. Первоначально это был кабинет электро- и механотерапии. Позднее в его составе появился кабинет лечебной гимнастики и массажа. Руководила этим подразделением кандидат медицинских наук Сара Лазаревна Шехтман. Она получила медицинское образование в Сорбонне (Париж), а гимнастику изучала в институте Линка (Стокгольм). Совместно с директором института Приоровым ею были разработаны уникальные методики лечебной физкультуры, в том числе на основе фантомной гимнастики мышц культи конечности после ампутации. Это имело большое значение при подготовке к протезированию во время Великой Отечественной войны.

В послевоенные годы в отделение пришёл на работу его будущий руководитель, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, первый отечественный эксперт ВОЗ по реабилитации, доктор медицинских наук, профессор Алексей Фёдорович Каптелин. Под его руководством были заложены основы комплексной реабилитации в травматологии и орто-

педии, не потерявшие своей актуальности до настоящего времени. Позднее отделение возглавлял кандидат медицинских наук Иван Аверьянович Баднин, затем — доктор медицинских наук, профессор Ирина Борисовна Героева. О том, что представляет собой отделение в наши дни, рассказал лауреат премии Правительства Москвы, доктор медицинских наук, профессор Михаил Борисович Цыкунов, который руководит отделением с 1995 года.

— В отделении используется широкий комплекс реабилитационных средств: лечебная физкультура, физиотерапия, мануальная терапия. Разработаны оригинальные методики тренировки с использованием биологической обратной связи, различных видов ручного и аппаратного массажа, трудотерапии и гидрокинезотерапии. Гидрокинезотерапия — это лечебная гимнастика в бассейнах с тёплой термальной или морской водой, применяющаяся для достижения полного

расслабления мышц позвоночника и конечностей. Упражнения подбираются индивидуально в зависимости от физического состояния пациента. Подъёмная сила воды помогает выполнять упражнения, которые в других условиях вызвали бы затруднения. Состав воды бла-

В ОТДЕЛЕНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШИРОКИЙ КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ СРЕДСТВ, РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ.

готворно влияет на кожу и суставы, одновременно происходит безопасное расслабление мышц, суставов, связок. Гидрокинезотерапия позволяет пациентам восстановиться за более короткий срок, снижает избыточную массу тела, улучшает обмен веществ, восстанавливает организм после операций и травм, оказывает

выраженный тренирующий эффект с увеличением толерантности к физической нагрузке. За счёт улучшения кровообращения уходят отёки, усиливается венозный отток, снижается давление, повышаются все виды обмена веществ, выводятся токсины и шлаки, улучшается подвижность суставов. Гидрокинезотерапия — это мощное позитивное воздействие на сердечно-сосудистую, дыхательную и двигательную системы организма. Основная наша задача — постараться вернуть пациента к нормальной жизни. Ведётся постоянная научная работа в данном направлении: сотрудники отделения разрабатывают методы лечения при различной патологии позвоночника и суставов. Также ведётся консультативная работа в поликлинике ЦИТО и других лечебно-профилактических учреждениях Москвы.



Помимо классических методов — современные технологии



А.И. Бернакевич

Объединённая клиническая лаборатория с отделением переливания крови является научно-клиническим подразделением института. Её задача — обеспечение лечебной и научной деятельности клинических подразделений института. Лаборатория проводит обследование как стационарных, так и амбулаторных больных. В её состав входят группа общеклинических исследований, группы биохимии и коагулологии, кабинет взятия крови у амбулаторных больных.

Лабораторией биохимии в различные годы руководили кандидат медицинских наук Ц.С. Лемберг (1941–1952), профессор Б.С. Касавина (1952–1961), И.А. Богданова.

Группа клинических методов исследования существует со дня основания института. В разные годы ею руководили А.С. Петрова (до 1964), Г.Л. Шведова (1965–1982), Г.С. Буданова (1982–1999), Г.П. Разуваева — с 1999 года по настоящее время. Сотрудники группы клинических методов исследования принимали участие в работах, посвящённых патогенезу травматической болезни, профилактике и лечению анемии, проводили цитологические и цитохимические исследования.

Отделение заготовки и переливания крови создано в 1970 году, его организатором и первым руководителем была заслуженный врач России

Н.И. Аржакова, с 1971 по 1980 год отделением руководила кандидат медицинских наук И.В. Сабурова, а с 1981-го по 2001-й — кандидат медицинских наук Э.Б. Базанова. С 2001 года лабораторию возглавляет кандидат медицинских наук А.И. Бернакевич. Алексей Игоревич рассказывает о работе возглавляемого им подразделения:

— В клинической группе лаборатории проводятся в полном объёме общеклинические исследования различных биологических субстратов. Основная часть деятельности лаборатории — это проведение анализов крови и мочи. Стандартный клинический анализ крови выполняется на современном автоматическом гематологическом анализаторе и включает в себя расчётные показатели объёма эритроцитов и содержания гемоглобина, графики распределения эритроцитов и тромбоцитов по объёму. Анализ дополняется подсчётом лейкоцитарной формулы.

Грамотная оценка состояния больного

— Основными научными направлениями группы биохимии являются патохимия соединительной ткани, биохимическая диагностика ортопедических заболеваний, метаболические основы травматической болезни, биохимия репаративного остеогенеза, свободно-радикальная патология, — продолжил Алексей Игоревич. — В лечебно-диагностическом процессе института группа биохимии осуществляет клинико-биохимическую оценку состояния органов и систем больных до и после оперативного вмешательства. В группе биохимии были разработаны препараты Лидаза, Ронидаза, Хонсурид, нашедшие широкое распространение как в ортопедии, так и в других отраслях медицины. Подготовлены десятки докторов и кандидатов наук. Профессор Татьяна Яковлевна Балаба является основоположницей клинической биохимии в клинике травматологии и ортопедии. Под её

руководством проводились работы по биохимическому изучению основных структурных компонентов соединительной ткани, а также исследования биохимии репаративного остеогенеза, минерального обмена, по выяснению значения эндокринных факторов в течение и исходе травматической болезни и патогенезе ортопедических заболеваний. Установлены патохимические изменения соединительной ткани при различных ортопедических заболеваниях. Был предложен и внедрён в практику травматологии и ортопедии гормон щитовидной железы тирокальцитонин. А.М. Герасимов занимался исследованием проблемы свободно-радикальной патологии соединительной ткани и поисками методов их оценки и фармакокоррекции. Научная деятельность группы биохимии в настоящее время продолжает направления, заложенные профессорами Т.Я. Балаба и А.М. Герасимовым.

Разрешить хирургическое вмешательство

Группа коагулологии была создана по инициативе профессора М.Н. Маловой. Сотрудники группы производят исследования функций тромбоцитов, систем гемокоагуляции, фибринолиза, активности естественных антикоагулянтов. В лаборатории диагностируются врождённые и приобретённые коагулопатии, тромбофилические состояния. Сюда входит обширный ряд исследований. Диагностика врождённой патологии тромбоцитов на основе исследования их агрегационной функции по Борну на агрегометре с различными активаторами, оценка эффективности терапии антиагрегантами. Диагностика коагулопатий, связанных с врождённым дефицитом или потреблением факторов свёртывания, путём исследования активности факторов свёртывания интегральными методами, а также количественного определения VIII и IX факторов, фибриногена на высокопроизводительном автоматическом

коагулометре. Исследование фибринолитической активности плазмы, пламиногена, альфа-2-антиплазмина, определение продуктов деградации фибриногена и фибрина. Также исследование активности физиологических антикоагулянтов: антитромбина III, протеина С с использованием хромогенных субстратов. Проводится лабораторный контроль эффективности терапии прямыми и непрямыми антикоагулянтами, консультации врачей и пациентов по вопросам подбора доз антикоагулянтов. Проводится диагностика тромбофилических состояний и ДВС-синдрома.

В ОТДЕЛЕНИИ ВНЕДРЕНА ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЧТО ПОЗВОЛИЛО ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ И УМЕНЬШИТЬ ЧИСЛО ОСЛОЖНЕНИЙ.

Строжайший контроль качества

Задачей отделения заготовки и переливания крови является обеспечение больных в клиниках института компонентами донорской крови. Отделение ведёт консультативную работу по вопросам клинической трансфузиологии, парентерального питания и иммунной коррекции. Донорский пункт отделения проводит комплектование донорских кадров (активные доноры, доноры резерва, доноры-родственники), ведёт пропаганду донорства. Половина врачей и медсестёр отделения являются почётными донорами России.

В связи с распространением среди населения носительства вирусов гепатитов В и С очень важным является подбор социально-благополучного контингента постоянных доноров.

Донорский пункт отделения заготовки и переливания крови проводит клиническое и лабораторное обследование доноров, осуществляет заготовку и фракционирование крови. Широко используется метод аппаратного плазмафереза с использованием приборов фирмы «Гемонетик». В качестве одной из мер повышения безопасности трансфузий в отделении внедрена система карантинизации донорской плазмы. Вся без исключения эритро-

цитная масса проходит процедуру удаления лейкоцитов путём фильтрации. В отделении широко используется заготовка компонентов собственной крови у больных, которым предстоят плановые операции. Взятие аутокрови проводится за несколько дней до плановой операции или непосредственно в операционной в качестве компонента нормоволемической гемодилюции. Это даёт возможность снизить риск инфицирования, избежать иммунологических конфликтов при переливании компонентов крови.

Проводится подбор для больных совместимых по фенотипу доноров. Помимо классических методов исследования в пробирках и на плоскости, используется и современная гелевая технология иммунологических тестов. В кабинете

выдачи крови проводятся тесты на индивидуальную совместимость крови доноров и больных. Его задачей также является планирование потребности института в компонентах донорской крови и других трансфузионных средах. В лаборатории отделения ведётся строжайший контроль качества заготовленных компонентов донорской крови, выпускаемых для трансфузии. Диагностика ВИЧ-инфекции, сифилиса, вирусных гепатитов В и С проводится методом иммуноферментного анализа с использованием высокоспецифичных тест-систем. Исследование крови на наличие антител к возбудителю сифилиса проводится также в реакции агглютинации с кардиолипиновым антигеном и (или) с эритроцитарным антигенным диагностикумом. При биохимических исследованиях крови определяются количественные показатели активности аминотрансфераз и общего билирубина, концентрации общего белка и белковых фракций крови.

Трансфузиологи отделения переливания крови оказывают консультативную помощь клиническим отделениям в проведении трансфузионной терапии, парентерального питания, лечении анемий. В институте внедрены передовые технологии лечения послеоперационной анемии с использованием современных высокоэффективных лекарственных препаратов. Это позволило значительно улучшить качество лечения больных и уменьшить число осложнений.



Эксперименты идут полным ходом



А.Н. Шальнев

Отдел экспериментальной травматологии и ортопедии организован в 1994 году путём слияния двух лабораторий: лаборатории экспериментальной травматологии и ортопедии, первым заведующим которой был профессор А.Г. Лапчинский, затем – доктор медицинских наук А.И. Кавешников, и лаборатории патофизиологии травматических повреждений опорно-двигательного аппарата, возглавляемой доктором медицинских наук А.Н. Шальневым. С тех пор бессменный руководитель отдела – лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники Анатолий Шальнев.

СПЕЦИАЛИСТЫ ЗАНИМАЮТСЯ РАЗРАБОТКОЙ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ИССЛЕДОВАНИЕМ МАЛОИЗУЧЕННЫХ ПРОБЛЕМ, ПРИНИМАЮТ АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ В РАБОТЕ МНОГИХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ И АССОЦИАЦИЙ, ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ ФОРУМОВ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

— Профессором Лапчинским и доктором медицинских наук Кавешниковым проведена разработка эффективных методов консервации конечностей для последующей пересадки с целью уменьшения образования в тканях недоокисленных продуктов, — констатирует Анатолий Николаевич. — Включение в перфузионный контур искусственного кровообращения ампутированной конечности животных чужеродной

или искусственной почки значительно улучшало состояние консервированной конечности и снижало риск отторжения её при реплантации.

Сегодня реплантация конечностей или их частей применяется в клинической практике. Полным ходом идут эксперименты по созданию условий структурной и функциональной регенерации спинного мозга.

В настоящее время в нашем отделе большое место занимают исследования по проблеме огнестрельных ран.

В ходе выполнения данных исследований получены новые фундаментальные знания по патофизиологическим, биохимическим, патоморфологическим процессам, происходящим в организме при огнестрельных ранениях.

Продолжаются исследования хронических заболеваний суставов с целью создания перспективных смазочных биологических сред и материалов на основе липидов, а также изготовления искусственной капсулы на основе полимерных материалов.

Данные эксперименты проводятся для улучшения трибологических характеристик трущихся поверхностей различных эндопротезов и предотвращения металлоза. На базе отдела работает единственная в России лаборатория медико-биологических испытаний гражданского и служебного оружия. Здесь изучаются защитные возможности различных образцов бронежилетов.

Разработаны методические указания по медико-биологической оценке средств самообороны, снаряжённых раздражающими и слезоточивыми веществами — их влияние на организм человека.

Также изучаются результаты воздействия на организм стрельбы из газовых пистолетов и револьверов с резиновыми пулями.

Лаборатория клинической физиологии и биомеханики создана в 1987 году. Возглавил и руководил ею до 1996 года доктор медицинских наук В.Е. Беленький. В настоящее время лабораторией заведует доктор медицинских наук И.С. Косов. Он рассказал об основных видах деятельности, задачах и научных направлениях своего подразделения.



И.С. Косов

— Деятельность нашей лаборатории связана с изучением функций двигательного анализатора в норме, при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, в том числе в процессе лечебных мероприятий. Для раскрытия механизмов восстановления функции опорно-двигательного аппарата изучаются закономерности адаптивного биоуправления на всех уровнях с учётом степени повреждения активных и пассивных составляющих, а для повышения эффективности лечения оценивается эффект воздействия метода функционального биоуправления

с обратными связями, а также создаются новые аппаратные средства его реализации. Для наблюдения за основными показателями в норме и патологии в лаборатории используется физиологический метод – изучение мышечной деятельности (возбудимость, сократимость, работоспособность), исследуется нервно-мышечное сопряжение, определяется трофическое состояние, проводится регистрация биомеханических параметров.

Научно-клинический центр остеопороза образован в 2006 году. Возглавляет его профессор, доктор медицинских наук С.С. Родионова. Светлана Семёновна рассказала о проводимой в Центре клинической, научной и экспериментальной работе.



С.С. Родионова

– На базе центра не менее двух раз в год проводятся двухдневные школы остеопороза и постоянно читаются лекции на кафедре усовершенствования врачей, проводятся интернет-сессии, посвящённые решению данной проблемы. Наши сотрудники ежедневно ведут поликлинический приём пациентов, проводят консультации больных, находящихся на лечении в отделениях стационара. У нас ежегодно наблюдается более 2000 пациентов с нарушением

метаболизма костной ткани. Среди основных направлений клинической работы – лечение первичного остеопороза у женщин, мужского остеопороза, болезни Педжета и замедленной консолидации переломов костей скелета. Также мы проводим консервативное лечение асептического некроза головки бедренных и плечевых костей и профилактику нестабильности тотальных эндопротезов тазобедренных и коленных суставов.

Мы принимаем активное участие в организации международных и всероссийских конференций, посвящённых проблеме остеопороза. Проводим экспериментальную работу по изучению влияния локального применения бисфосфонатов и морфогенетических белков на остеогенез.

Лаборатория микробиологии выделена как самостоятельное научно-практическое подразделение из состава клинко-диагностической лаборатории в 1949 году. В разные годы её руководителями были профессора Г.М. Бельская, В.М. Мельникова, А.А. Петраков, А.А. Арутючева, М.Н. Зубков. С 2000 года лабораторией заведует Т.Я. Пхакадзе.



Т.Я. Пхакадзе

– На современном методическом уровне в лаборатории исследуются биологические субстраты

от больных с определением видовой принадлежности микроорганизмов – возбудителей инфекционных осложнений и их резистентности к широкому спектру антибиотиков, – рассказывает Тамара Яковлевна. – Это способствует проведению целенаправленной и эффективной химиотерапии и профилактики инфекционных осложнений у пациентов. Мы исследуем новые антибактериальные средства.

Также нашими сотрудниками осуществляется санитарно-бактериологический контроль всех подразделений ЦИТО, позволяющий оценить качество проводимых мероприятий по дезинфекции и стерилизации. Специалисты лаборатории принимают активное участие в обучении ординаторов, аспирантов, врачей-стажёров и курсантов РМАПО, а также в работе многих научных обществ и ассоциаций, организации и проведении научно-практических форумов по вопросам диагностики, профилактики и лечения инфекционных осложнений у больных.

Активно работает Учёный совет института. Учёный секретарь ЦИТО им. Н.Н. Приорова – профессор, доктор медицинских наук Людмила Константиновна Михайлова. Открыто два специализированных совета: кандидатский и докторский для проведения официальных защит диссертаций. Также на базе ЦИТО работают две специализированные кафедры МГУ и РМАПО.

Лаборатория «Тканевый банк» создана в 1956 году по инициативе профессора М.И. Пановой и при активном участии академика Н.Н. Приорова. Данное научно-медицинское подразделение по забору и переработке тканей для их последующего использования в широком диапазоне реконструктивных хирургических вмешательств стало первым в стране. Сейчас все научные исследования по разработке новых пластических материалов и изготовление

аллоимплантов проводятся под руководством доктора медицинских наук М.В. Лекишвили.



М.В. Лекишвили

– Мировой опыт реконструктивной хирургии постоянно доказывает, что биологические материалы являются одним из наиболее решающих факторов достижения положительного результата восстановительного хирургического лечения костной патологии, – рассказывает Михаил Васильевич. – Современные реконструктивно-восстановительные операции в травматологии и ортопедии трудно вообразить без костнопластических материалов, представляющих собой биологические импланты с определёнными свойствами и характеристиками. Значительное количество составляют материалы на основе и

изготовленные из донорских костных тканей. В последние два десятилетия в России интерес к биологическим материалам, способным восстанавливать целостность костной ткани человека, значительно вырос.

В 1998 году сотрудниками лаборатории разработана новая для России технология изготовления деминерализованных костных имплантов, зарегистрированных под названием «Перфоост», которые успешно инкорпорируются и активно влияют на процессы регенерации костной ткани. Можно утверждать, что выпускаемые тканевым банком биопластические материалы второго и третьего технологического уровня оказывают выраженное влияние на регенерацию костной ткани и не имеют побочного действия. При их клиническом применении получено более 93% положительных результатов лечения у больных с различными патологиями опорно-двигательного аппарата.

Более того, разная степень деминерализации и геометрия данных биопластических материалов позволили использовать их в челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, офтальмологии и стоматологии.

Значительную роль в организационно-методическом руководстве научной деятельностью института и подготовке работы

профильной комиссии по травматологии и ортопедии МЗ РФ, координационной работы регулирующих центров подготовки съездов, конференций, симпозиумов играет организационно-методический отдел, возглавляемый доктором медицинских наук, профессором Александром Алексеевичем Очкуренко. Координацию и планирование фундаментальных и прикладных научных исследований осуществляет отдел планирования и координации НИР, руководитель подразделения – кандидат медицинских наук Мария Митрофановна Попова.



А.А. Очкуренко



Досье

(по материалам wikipedia.ru)

Зоя Сергеевна Миронова (урождённая Носкова; 10 мая 1913, Москва – 4 мая 2008) – советская конькобежка, с 1940-х годов – врач-ортопед, основатель спортивной травматологии в СССР. Кавалер ордена Ленина и семи других орденов и медалей.

Заслуженный мастер спорта СССР. Чемпионка СССР 1933, 1934 годов по конькобежному спорту. Выступала за Москву, клуб «Медик».

Доктор медицинских наук (1962; кандидат медицинских наук, 1946), профессор (1967), заслуженный деятель науки РСФСР (1976), лауреат Государственной премии СССР (1985). В 1952–1983 годах – заведующая отделением спортивной, балетной и цирковой травмы ЦИТО. Главный врач

сборной СССР на всех Олимпийских играх 1956–1980.

Долгие годы Миронова была одним из ведущих специалистов по спортивной травме в мире; ею были сделаны операции многим знаменитым спортсменам. В 1983 году она передала руководство отделением своему сыну Сергею. Последнюю операцию сделала в 77 лет, а консультировала почти до 93 лет.

Зоя Миронова умерла 4 мая 2008 года. Похоронена на Кунцевском кладбище Москвы, рядом с могилой мужа.

Семья

Отец – Сергей Николаевич Носков (1873–1957) – ткацкий мастер; за изготовление занавеса для Большого театра награждён орденом

Ленина; в 1938 году был репрессирован. Мать – Дарья Фёдоровна Носкова (1878–1958).

Муж – Павел Дмитриевич Миронов (1903–1984) – заслуженный мастер спорта СССР, заслуженный тренер СССР, неоднократный чемпион СССР по велоспорту, бронзовый призёр чемпионатов СССР (1932 и 1934) по конькобежному спорту; в 1943 году был репрессирован.

Сыновья:

Николай Павлович Миронов (р. 1940) – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Сергей Павлович Миронов (р. 1948) – академик РАН и РАМН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации.

Эпохи Зои Мироновой



■ НИНА ЗЛАКАЗОВА

«Есть три эпохи в воспоминаний...» – эта строка из знаменитого стихотворения Анны Андреевны Ахматовой может служить ключом к рассказу о человеке, чьи имя и дело являются синонимом самой жизни. Людей, хранящих в душе память о Зое Сергеевне Мироновой, удивительном враче-травматологе с мировым именем – одном из основателей направления спортивной и балетной травмы в российской медицине, – сотни и тысячи, если не десятки тысяч. 100 лет со дня рождения Зои Сергеевны Мироновой – это та эпоха, та великая дата, которая помогает вспомнить главное, оставить в памяти самое важное и ценное. Его нужно бережно сохранить в настоящем, всё без остатка захватить с собой в будущую жизнь, ничего не растеряв в суете обычных дел.

Человеческая память непредсказуема. Что-то стирается, затуманивается, а то и уходит навсегда в небыв, а что-то, наоборот, вспоминается так ясно, будто это было только что, сейчас, сегодня. При этом сам рубеж времени и его протяжённость весьма относительны. Но высшая справедливость в том, что добрые люди оставляют по себе добрую память. Наш сегодняшний рассказ о Зое Сергеевне Мироновой основан на разных эпохах её жизни — большого земного бытия, наполненного работой, служением людям, в различных его эпизодах, и её бытия в памяти людей уже после ухода из жизни. На самом деле её жизнь продолжается, поскольку имя Зои Мироновой уже навсегда вошло в золотой список российских врачей, всю жизнь служивших людям, с полной отдачей всех сил, всего сердца.

А для того чтобы рассказ получился полным, нам пришлось использовать разные источники: книги и статьи самой Зои Сергеевны Мироновой, воспоминания её коллег, её сыновей, продолжающих дело врачевания, и, конечно же, воспоминания знаменитых пациентов многолетнего бессменного врача олимпийской сборной нашей страны. Особую благодарность за сотрудничество в работе над номером журнала «Кто есть кто в медицине», посвящённым памяти знаменитого доктора, мы выражаем младшему сыну Зои Сергеевны, директору Центрального НИИ травматологии и ортопедии, академик РАН и РАМН Сергею Павловичу Миронову.

Старт спортивной травматологии в СССР

Первые в истории Советского Союза Олимпийские игры состоялись в 1952 году в Хельсинки. Советские спортсмены начали готовиться к ним в 1951-м, тогда же в стране был создан Олимпийский комитет, который вскоре был признан и МОК. Сразу же, естественно, встал вопрос о врачах, сопровождающих работу сборной. Это должны быть люди, которые хорошо знают нагрузки

спортсменов, коренным образом отличающиеся от нагрузок обычного человека. Ведь функциональные показатели спортсмена, бывает, далеко отступают от нормы, да и само понятие «норма» в данном случае становится каким-то расплывчатым. А масштаб события! Первая олимпиада для Страны Советов! Понятно, что это было скорее политическое, чем спортивное дело. На совместном совещании Министерства здравоохранения и Всесоюзного комитета по делам физкультуры и спорта было решено назначить главным травматологом нашей олимпийской команды Николая Николаевича Приорова, директора Центрального института травматологии и ортопедии. Именно он первым понял, что спортивные врачи должны иметь свой собственный опыт жизни в спорте, и не только понял, но и сразу же привлёк та-

подготовки первых олимпийцев. Фактически именно этот момент — 1951 год — можно считать началом становления спортивной травматологии в России. К ней естественным образом добавляются балетная и цирковая травма.

Как вспоминала позже Зоя Сергеевна, никто из специалистов страны тогда не знал, как лечить такие травмы. Информация собиралась по крупицам: из собственного спортивного опыта, предолимпийской подготовки каждого спортсмена, из основанного не только на врачебном опыте, но во многом на интуиции представления о том, какие спортивные травмы могут ожидать наших олимпийцев в Хельсинки. Но сами врачи на Олимпиаде не были: накануне отъезда и Зоя Сергеевна, и Николай Николаевич выехали из списка выезжающих за границу. Формальная причина отказа — «не гото-



Н.Н. Приоров, основатель Центрального института травматологии и ортопедии



Хирурги Юзской больницы. 1942-1943 гг. Зоя Миронова — крайняя справа

кого человека к работе. Это была Зоя Сергеевна Миронова, доктор из Юзской больницы, в недавнем прошлом чемпионка СССР по конькобежному спорту. Она стала первой

вы документы», а фактическая была очевидна: в семье Зои Мироновой двое репрессированных по 58-й статье — отец и муж. В биографии Н.Н. Приорова нашлось другое отягчающее обстоятельство: его сестра была монахиней.

Но своё дело врачи сделали: весь пьедестал дискоболов — а многим из них они оказывали помощь при подготовке к играм — оказался советским. Первой олимпийской чемпионкой стала Нина Пономарёва, серебро досталось Елизавете Багрянцевой,

Врачевание — что может быть благороднее! Врачевание спортсменов — дело не только благородное, но и невероятно трудное. Атлету мало вернуть здоровье, его нужно вернуть на уровень высочайших мировых достижений. С этой сложнейшей задачей полвека уверенно справлялась красивая и сильная женщина — профессор Зоя Сергеевна Миронова.

Почётный президент МОК Хуан Антонио Самаранч

помощницей Николая Николаевича в деле медицинского обеспечения

бронзовую медаль завоевала Нина Думбадзе. Гимнаст Виктор Чукарин после курса физиотерапии при разрыве мышц длинной головки двуглавой мышцы плеча победил в многоборье, причём не только в Хельсинки, но и в Мельбурне спустя четыре года.

После первой олимпиады Н.Н. Приоров, основываясь на данных Зои Мироновой, сделал доклад в Министерстве здравоохранения страны: «Я считаю, что мы совершенно не знаем, что такое спорт и спортивная травма с точки зрения врачей. Думаю, что нам необходимо организовать специальное отделение спортивной травмы в нашем институте».

А опыт этот был и солидным, и достойным. В своей книге (Миронова З.С., Миронов С.П. «Даруя победу», М.: NDE MEDIA, 2002) она пишет: «Сколько себя помню, я очень любила кататься на коньках. Жили мы небогато, в семье было четверо детей, но родители мою страсть поддерживали и понимали. Первые «снегурки» у меня появились, когда мне было лет 6–7. На Разгуляе на стадионе «Строитель» каждую зиму заливали каток, там каждый день играла музыка, была настоящая беговая дорожка, по которой я бега-

Спустя два с половиной года она стала его женой. В 1933 году на чемпионате СССР по конькобежному спорту, проходившему на стадионе «Динамо», Зоя Миронова уста-

Большой спорт – это не только пьедесталы, медали, восторги балельщиков. Это ещё и невероятный труд, сильнейшие эмоциональные нагрузки, это – травмы. На помощь попавшему в беду спортсмену приходят люди, которые врачуют не только его израненное тело, но и поникшую душу.

Моему поколению спортсменов повезло, что этими людьми были Зоя Сергеевна Миронова и Сергей Павлович Миронов. Их отзывчивые души и волшебные руки помогли очень многим спортсменам вернуться в строй, занять своё место в рядах тех, кто стоит на вершине мирового спорта.

Вячеслав Фетисов,
двукратный олимпийский чемпион,
заслуженный мастер спорта СССР,
член Совета Федерации




Зоя Сергеевна Миронова – начало спортивной карьеры



Павел Дмитриевич Миронов, заслуженный мастер спорта, заслуженный тренер СССР, неоднократный чемпион по велоспорту



Зоя Сергеевна Миронова считала, что знания общей травматологии совершенно недостаточно для того, чтобы лечить и готовить спортсменов. И понятно, что лечение и изучение сложных травм должно происходить в условиях стационара. К тому времени З.С. Миронова уже была кандидатом медицинских наук, не говоря уже об опыте побед в конькобежном спорте. В сентябре 1952 года она, по предложению Н.Н. Приорова, возглавила только что созданное отделение спортивной и балетной травмы при Центральном институте травматологии и ортопедии.

«Я просто бредила коньками!»

Между тем собственный опыт жизни в спорте и спортивных побед очень помог Зое Сергеевне Мироновой в течение всей жизни – и как человека, и как профессионала.

ла вместе с взрослыми конькобежцами».

Так всё начиналось. Тогда женщины только начинали по-настоящему бегать на коньках. В 1928 году на Всесоюзных соревнованиях женщины выступали всего второй раз и первый раз бежали две дистанции – 500 и 1000 м. Имя Зои Носковой (тогда ещё, конечно, не Мироновой) среди победителей пока не значилось. Весной 1929 года она окончила школу, устроилась на работу в библиотеку Исторического музея, поскольку в институт брали только с 18 лет, и продолжала заниматься конькобежным спортом под руководством известного велогонщика, тренера по конькам Павла Миронова. Ещё в начале тренировок с новой спортсменкой Павел Дмитриевич почувствовал её упорство, почти упрямство. Он считал, что для спорта это ценное качество.

навливает два всесоюзных рекорда и по сумме баллов на четырёх дистанциях впервые в жизни становится чемпионкой Советского Союза. Это был триумф!

На следующий год Зоя Миронова повторила свой успех и стала двукратной чемпионкой СССР. Среди многочисленных кубков, медалей, грамот у Зои Сергеевны много лет хранился серебряный хронометр, который ей подарил главный судья соревнований, когда она в 1933 году установила два рекорда страны. Этот неофициальный приз был для неё самым дорогим.

В 1935 году Зоя Миронова была в числе группы ведущих спортсменов, которые поступили в Первый медицинский институт. В учёбе она относилась к себе так же требовательно, как и в спорте. Как она вспоминала, «я уже не занимала первых мест на чемпионатах

страны, зато медицина интересовала меня всё больше».

Но спорт не отпускал Зою Миронову. В 1938 году впервые в стране состоялась многодневная велогонка по маршруту Москва – Харьков – Киев – Минск – Москва. Гонку сопровождали два врача, а студентка 3-го курса мединститута Зоя Миронова поехала медсестрой. На гонке были серьёзные травмы спортсменов, первые серьёзные впечатления, первое участие в медицинской помощи велогонщикам. Уже тогда она поняла, что такое спортивная травма. Никто из сопровождавших гонку врачей не был готов к тому, что может случиться в пути. И молодая мед-

тогда интуиция подсказывала ей, что спортивная травма – это отдельное самостоятельное направление в медицине. Конечно, никто тогда не мог представить, и меньше всех сама Зоя Миронова, что так всё и произойдёт, а она будет специализироваться по спортивной травматологии и создаст прекрасное отделение спортивной травмы в ЦИТО.

В 1938 году Зоя Миронова готовилась к чемпионату страны и на тренировке получила серьёзную травму колена. Замечательный профессор, хирург Илья Львович Файерман в Яузской больнице сделал ей успешную манипуляцию, и вот тут Зое Сергеевне впервые пришлось в голову избрать

обязан с этим считаться! Но с тех пор Зоя Сергеевна начала регулярно бывать в Яузской больнице: делала простейшие операции, и не ради зачётов и экзаменов, а потому, что почувствовала себя здесь на своём месте. Она училась быть врачом.

Война и Олимпиада, перевернувшая жизнь

Когда началась Великая Отечественная война, старшему сыну Зои Сергеевны Мироновой Николаю было всего полгода. От эвакуации она отказалась и работала в Яузской больнице, которая теперь стала эвакогоспиталем № 5004. Первое время она брала с собой на работу сына.



сестра поняла, что к таким соревнованиям и к оказанию помощи спортсменам надо готовиться специально. Главное вот в чём: спортсменам надо не только оказать помощь, но и восстановить их, да так, чтобы они могли снова работать во всю мощь, достигая высочайших результатов. Уже

своей специализацией в медицине хирургию. А через три дня, нарушив все запреты, она выступала на чемпионате Москвы. В течение всей жизни Миронова понимала, что это такое – желание спортсмена вернуться в строй во что бы то ни стало. Врач, который лечит спортсменов, просто

Раненые его любили и, когда началась воздушная тревога, забирали его с собой, спускаясь в подвал. Поэтому, как говорила Зоя Сергеевна, «мой Николай Павлович – тоже участник войны».

Операции в госпитале шли днём и ночью, врачей не хватало, работали



Директор института, академик АМН СССР М.В. Волков с группой сотрудников ЦИТО. З.С. Миронова первая справа



Раненые и медперсонал госпиталя, 1942 г.

сутки напролёт. Зоя Сергеевна напросилась работать в самое тяжёлое отделение – с переломами бедра и тазобедренного сустава. Ей приходилось много оперировать, и в ходе операций учиться всему: ставить точный диагноз, владеть скальпелем, накладывать гипс и, самое главное, выхаживать больного после операции. А раненые с фронта поступали тяжелейшие. Операции на тазобедренном суставе были мучительными и для врача, и для больного. После такой операции больной оставался калекой, а нередко и умирал от заражения крови. Как остановить воспалительный процесс, как разорвать заколдованный

травматологов, я ощущала скептицизм со стороны коллег других специальностей. Что это ещё за раздел такой – спортивная травма? Чтобы побороть такое отношение, приходилось утверждать себя и своей работой доказывать коллегам необходимость существования спортивных травматологов».

В 1962 году Зоя Сергеевна защитила докторскую диссертацию, посвящённую повреждению коленного сустава у спортсменов. За десять лет, с 1952-го по 1962-й, она сделала 931 операцию на коленном суставе. А саму диссертацию писала в отделении физиотерапии ЦИТО, ещё в старом здании института, в Тёплом пе-

будет своего спортивного опыта, но они должны любить и уважать спорт и спортсменов. Имена коллег, вместе с которыми Зоя Сергеевна создавала отделение, уже давно стали его замечательной историей. Елизавета Петровна Рязанцева начинала как ординатор, блестяще ассистировала Зое Сергеевне во время операций. Елизавета Петровна умело выхаживала больных после операции. Римма Ивановна Меркулова, Евгения Васильевна Богуцкая, Нина Афанасьевна Попова, «богиня физиотерапии» Анна Сергеевна Мартенс. Все они понимали, что спортсмена после операции надо не только вылечить, но и выходить, да так, чтобы он вернул-



Операция на коленном суставе Обход

З.С. Миронова и И.Н. Шинкаренко, 1958 г.

крут? Об этом тогда, наверное, думал каждый врач. Зоя Сергеевна Миронова нашла ответ на конференции выдающегося хирурга, профессора Сергея Сергеевича Юдина: операция должна сопровождаться обильным переливанием крови. Зоя Сергеевна на своём опыте проверила точность выводов профессора. Больной выжил.

В 1946 году в Первом Московском медицинском институте Зоя Сергеевна Миронова защитила кандидатскую диссертацию по теме «Экзартикуляция бедра при тяжёлых гнойных огнестрельных кокситях». Аудитория была переполнена, защита прошла без неожиданностей.

Зоя Сергеевна продолжала спокойно работать в Яузской больнице, не ожидая особых перемен в своей жизни. «Скорее всего, – вспоминала она позже, – мою жизнь перевернула та самая олимпиада, на которую я не поехала. Перейдя в стан спортивных

реулке, потому что 25 лет прожила со всей семьёй – мужем, двумя детьми и старенькой свекровью в коммунальной квартире. Места для научной работы здесь попросту не было.

Как потом оказалось, защищая тему «Повреждение менисков и связок коленного сустава при занятиях спортом», Зоя Миронова защищала не только диссертацию, но и новое направление в травматологии. Продолжался спор специалистов о характере и специфике травмы у спортсменов, но теперь доктор Миронова вела его, основываясь на многолетних наблюдениях и экспериментах.

Первые победы Зои Мироновой в «спортивной травме»

Приняв в заведование отделение спортивной и балетной травмы в ЦИТО, Зоя Сергеевна сразу поняла: надо создавать команду единомышленников. Пусть у этих людей не

ся в спорт, к высшим спортивным достижениям.

В отделении оперировали, лечили, искали новые методы, ошибались, шли вперёд. Операции на ахилловом сухожилии сломали все тогдашние представления о возможности реабилитации после этой серьёзнейшей травмы. Спортсмены не только достигали прежних результатов, но и занимали новые высоты в спорте, а он с течением времени занимал всё более видное место в социальной жизни страны. С появлением в отделении Ивана Аверьяновича Баднина, ранее работавшего в поликлинике Большого театра, пациентами отделения стали не только ведущие спортсмены Союза ССР, но и артисты балета.

1954 год, Франкфурт-на-Майне, соревнования, предшествующие чемпионату Европы. Гимнаст Валентин Муратов заболел за день до старта, у него была высокая тем-

пература, но он собрался — и выиграл соревнования. Не отдохнув как следует, спортсмен стал готовиться к Кубку СССР. Следом впереди маячил чемпионат Европы. На одной из тренировок перед выполнением сальто спортсмен неловко приземляется — в итоге разрыв ахиллова сухожилия, и Валентин Муратов становится пациентом отделения спортивной травмы ЦИТО. Зоя Сергеевна Миронова и Николай Николаевич Приоров сомневались в том, как лечить: делать операцию или консервативно? Из предыдущего опыта было известно, что в 1948 году такую же травму получил солист Большого театра Михаил Габович, посто-

Доктор Зоя Миронова справедливо и в полной мере могла считать его победу своей. В 1956 году она рассказывала об этом случае на XIV Международном конгрессе спортивной медицины в Люксембурге. Как вспоминала Зоя Сергеевна, руководство сомневалось, целесообразно ли отправлять Миронову на конгресс в Люксембург. На её счету тогда было 40 операций по поводу разрыва ахиллова сухожилия — кто-то в Министерстве здравоохранения считал, что этого мало. Но выступление советского травматолога в Люксембурге было встречено аплодисментами. Результаты говорили сами за себя: все прооперированные спортсмены вернулись в строй. А Муратов полностью восстановился и через год стал чемпионом мира. Спустя несколько месяцев после конгресса в Люксембурге Валентин Муратов стал олимпийским чемпионом в Мельбурне, а Зоя Сергеевна Миронова сама поздравляла его, когда он завоевал золотые медали в опорных прыжках и вольных упражнениях.

Ещё одно достижение клиники спортивной травмы

Теперь любые форумы травматологов исходят из этой позиции как из аксиомы: лечение и восстановление спортсменов высшей квалификации должны проводить травматологи-ортопеды, прошедшие специализацию по спортивной травматологии. В российской медицине уже 60 с лишним лет существует раздел «спортивная травма». Одно из важных направлений работы отделения спортивной травмы ЦИТО в 80-е годы — лечение и профилактика вывиха в плече-

накладывая даже обездвиживающей повязки. Но врачи хорошо знали, что и самая новейшая методика лечения не гарантирует, что плечо вновь не подведёт и не «выскочит». Операция также не исключает ни осложнений, ни повторяемости вывиха.

Почти полвека отделение ЦИТО занималось травмой плечевого сустава. Когда-то методика заключалась в том, что сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча перемещали и укрепляли его в костном ложе плечевой кости. Повторяемость вывиха в этом случае наблюдалась у двенадцати спортсменов из ста. Часто через полгода происходил повторный вывих. Врачи продолжали наблюдать, анализировать, экспериментировать. Но ушли годы на то, чтобы найти другой путь.

В конце 70-х годов на юниорском чемпионате мира по гандболу одним из победителей стал Александр Каршакевич, потом он выступал в основном составе взрослого мирового чемпионата.

Врач сборной команды гандболистов Роман Сергеевич Зубов вспоминал события тех дней:

— Вначале мы хотели справиться с травмой при помощи консервативного лечения — накачивания мышц, то есть создания сильного мышечного корсета. Но вывих продолжал повторяться. Приближалась Олимпиада — 80, и мы чувствовали, что теряем время. Тогда я повёз Александра к Зое Сергеевне Мироновой. В ЦИТО его неделю готовили к операции. Я нервничал. Но вот операция была сделана, и она дала блестящие результаты!

На Олимпиаде в Москве Александр Каршакевич выступал, уже не думая о своей травме и о недавней операции. Наша команда тогда завоевала серебряные медали. А сам Александр стал олимпийским чемпионом в Сеуле в 1988 году, не вспоминая все эти годы о травме плеча.

Подлинная цена олимпийских побед

Заметьте: когда говорят о врачах, куда чаще рассказывают об их пациентах, чем о них самих. Так и в



В ординаторской

янный партнёр Галины Улановой, и специалисты остановились на консервативном лечении. Артист выздоровел, но продолжить балетную карьеру не смог. Значит, работоспособность спортсмену возвратит только операция. Но сделать её предстояло не просто спортсмену, а чемпиону страны и мира. Сможет ли Муратов после операции достигнуть прежних высот и превзойти их?

Зоя Сергеевна понимала, как много значит правильный психологический настрой пациента, и во время каждой встречи демонстрировала спортсмену спокойствие и уверенность в успехе. Операция прошла по современной для того времени методике: волокна ахиллова сухожилия нужно собрать и сшить, наложив аутогкань. В этом случае стопа сохраняет прежнюю подвижность. Всё прошло без осложнений, и уже через четыре месяца Валентин Муратов боролся за награды. И победил.

Мы всегда называли Зою Сергеевну «наша мама». И в этих словах — восторженное признание таланта хирурга, уважение к удивительному человеку, любовь к прекрасной женщине. Всегда ей сопутствовала удача благодаря самоотверженному труду, днём и ночью у постели травмированного спортсмена. Мы все Ваши дети, дорогая наша мама.

Алексей Немов,
заслуженный мастер спорта СССР,
четырёхкратный олимпийский
чемпион по гимнастике

вом суставе. Это довольно типичная травма для борцов различного стиля, для гандболистов. При этом вывих частенько просто вправляют, не

З.С. Миронова – это легенда и золотые руки спортивной медицины, красивая и сильная женщина, сочетающая в себе такие качества как душевность, строгость, принципиальность и объективность.

З.С. Миронова пользовалась безграничным доверием у спортсменов, что сегодня является большим дефицитом.

Шамиль Тартицев,
президент Федерации тенниса России,
член МОК, доктор философских наук,
профессор, капитан сборной команды России
по теннису, заслуженный тренер СССР и России

случае с Зоей Сергеевной Мироновой, только когда речь идёт о знаменитых спортсменах или артистах, о том, чьё имя у всех на слуху, это становится ещё более очевидным. Заслуги врача уходят на второй, третий, пятый план. И это правильно. Но часто только врач знает настоящую цену победы. С одной стороны, как любила повторять Зоя Сергеевна, «травма – это всегда вдруг», всегда неожиданность, а с другой – очень важно проанализировать причины и механизм возникновения травмы. И доктор Миронова всегда занималась тщательным анализом психологических и иных причин травмы.

В 1975 году чемпионом мира впервые стал советский фигурист Сергей Волков. Это был уже известный спортсмен, позади у которого были и заметные успехи, и поражения, и, что нередко бывает у людей, связавших жизнь со спортом, травмы... Сложный психологический фон на тренировках, разногласия с тренером, к тому же возвращение боли в ранее травмированном колене – и вот новая травма, перелом фаланги пальца на левой ноге. Фигурист поступает против всех правил: отказывается от лечения и продолжает занятия. Спустя три недели в Загребе Сергей стал вторым. Зоя Сергеевна понимает спортсмена, но понимает и другое: такие поспешные решения и поступки в будущем могут привести к тяжким посттравматическим состояниям. В том же году Сергей Волков завоевал серебро на чемпионате мира в Мюнхене. На чемпионат мира в Колорадо-Спрингс фигурист приехал с повреждением стопы и серьёзным повреждением колена. В результате на тренировке, при выполнении каскада из двойного и тройного прыжков, он

получил разрыв мениска и связок, повреждение суставной капсулы. Но Сергей по-прежнему был одержим идеей победить во что бы то ни стало. Он вышел на лёд, прекрасно откатал свою программу и завоевал золотую медаль на чемпионате мира в Америке.

На показательных выступлениях в Миннеаполисе, уже после чемпионата, ситуация ещё более ухудшилась, и Сергей Волков в третий раз оказался в ЦИТО, в отделении

Память об этом человеке в сердцах спасённых, вернувшихся к жизни, достигших великих высот в спорте и балете, после тяжёлых травм.

Вечная слава З.С. Мироновой.

Владимир Васин,
первый советский олимпийский чемпион
в прыжках в воду, заслуженный мастер
спорта СССР, вице-президент НОК России

спортивной травмы. Диагноз был очень серьёзным: разрыв капсулы коленного сустава, повреждение обоих менисков, связок сустава. Зоя Сергеевна понимает: то, что рань-

либо сопутствующие, либо провоцирующие».

Если речь идёт о спортсменах высокой квалификации, членах сборной команды страны, тренер и врач должны работать в неразрывном единстве. Доктор ведёт спортсмена, работает с ним долгие годы, становится его домашним врачом. Но таких примеров, говорила Зоя Сергеевна, мало, связка тренер – врач рвётся, причём по вине тренера. Часто бывает так, что тренер по-своему представляет функции врача, и это представление отличается от того, каким оно должно быть. Врач стоит не только на страже спортивных достижений, но и на страже здоровья спортсмена. В книге «Даруя победу» Зоя Сергеевна вспоминает опыт Григория Петровича Воробьёва, который многие годы работал главным врачом сборной команды СССР, а впоследствии сборной команды России по лёгкой атлетике, участвовал как врач в десяти Олимпийских играх. Он хотел стать именно спор-



Поездка в олимпийский Мельбурн на теплоходе «Грузия», 1956 г.

ше можно было вылечить достаточно быстро и надёжно, теперь лечится с трудом. Операции, процедуры, новые назначения, опять бесконечные процедуры. До относительного выздоровления спортсмена прошло достаточно много времени.

Кто стоит на страже профилактики травмы

Зоя Сергеевна Миронова считала тему профилактики травмы главным вопросом спортивной медицины. Она писала: «Многолетний опыт заставляет меня признать, что истинной причиной травмы является перегрузка. Остальные причины

тивным врачом, и после медицинского института окончил ещё институт физкультуры. Среди подопечных Воробьёва были выдающиеся спортсмены: Игорь Тер-Ованесян, Валерий Брумел, Виктор Санеев, Янис Лусис, Надежда Чижова, Юрий Седых. И каждое имя вошло в историю советского и российского спорта. Вот только одно – Виктор Санеев. Мехико-68, Мюнхен-72, Монреаль-76, Москва-80. Четыре Олимпиады, три золотые медали и серебряная в Москве. И рядом с каждой его победой находились доктор Воробьёв и доктор Миронова. Благодаря специально разработанной

методике Григорий Петрович занимался прогнозированием травматизации спортсменов. Самым главным в своей работе он считал профилактику и любил пошутить: «Вы знаете, Зоя Сергеевна, при всём уважении к вам я сделаю всё, чтобы мои ребята как можно реже встречались с вами».

Но такой в полной мере профилактический подход к травме и сегодня осуществляется, к сожалению, не всегда. А успех действий врача, эффективность его работы определяют чаще всего по результатам лечения. Но если при этом не понять истоки травмы, её причины, тогда лечение будет неполноценным. Глубокий подход к травме позволяет увидеть ситуацию в перспективе и помогает предотвратить многие беды.

Мельбурн, 1956 год. Страницы олимпийской медицины

Олимпийские игры всегда были и будут самыми значительными играми в жизни любого спортсмена.

в пояснично-крестцовой области, и медики делают всё, чтобы он поправился к началу Олимпиады, даже консультируются с профессором Прайсом, ортопедом Центрального госпиталя в Мельбурне. Ещё до начала соревнований приступ аппендицита сваливает футболиста Порхунова, а в медпункте операционной нет. Поэтому по договорённости операция проходит в госпитале Святого Винсента. Монахини немало удивлены тем, что наш хирург — женщина, а также тем, как быстро и успешно она работает. На четвёртый день после операции Порхунова перевозят на «Грузию», где был расположен медпункт.

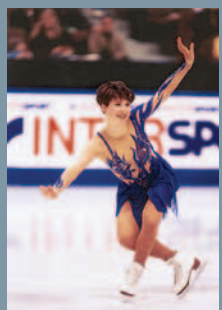
Это был декабрь 1956 года, разгар лета в Австралии, в Мельбурне стояла страшная жара. Первую золотую медаль для нашей страны завоевал на дорожке Крикет Граунд Владимир Куц в беге на 5000 м, он же победил и в забеге на 10 км. Его победы стали и олимпийскими рекордами. Наша делегация ликовала

кович Белаковский, замечательный армейский доктор, прошедший Великую Отечественную войну, начальник медицинской службы ЦСКА, врач сборных команд страны по футболу и хоккею, в своей книге «Эти настоящие парни».

— Ну хорошо, допустим, кость я вправил. Но ведь ясно — здесь разрыв акромиально-ключичного сочленения. Вид травмированного плеча был настолько ужасен, что я старался, чтобы Николай не увидел своей раны. Надо снимать Тищенко с игры. И немедленно. Надо отправлять его в отведённый для олимпийцев госпиталь Святого Винсента, и чем скорей, тем лучше. Но ведь это невосполнимая потеря для команды! Что же делать?

По упрямому взгляду спортсмена врач понимает: Тищенко с поля не уйдёт. Человек выполняет свой долг.

Второй тайм игры не принёс результата, судья назначает дополнительное время. И вот болгарские футболисты забивают гол в наши



Великие спортсмены — пациенты Зои Сергеевны Мироновой

Олимпийский чемпион не бывает «бывшим» — он всегда настоящий. Бескорыстные, честные соревнования — эта идея древних Олимпийских игр дожила, к счастью, до наших дней и продолжается сегодня.

Первой Олимпиадой для Зои Сергеевны Мироновой стала Олимпиада 1956 года в Мельбурне, Австралия. После долгого путешествия на теплоходе «Грузия» команда и врачи сразу же включились в работу. Тут же возникла необходимость сотрудничества со стационарными больницами на месте. Фехтовальщик Цирекидзе переживает тяжелейший приступ радикулита

ла, но травмы не заставили себя долго ждать.

Врач от Бога, талантливый хирург, прекрасный человек, руках которой доверялись полностью, без сомнений. Светлая память Зое Сергеевне Мироновой.

Анна Дмитриева, советская теннисистка, журналистка, заслуженный мастер спорта СССР, 18-кратная чемпионка СССР

Во втором тайме футбольного матча СССР — Болгария наш защитник Николай Тищенко в воздухе сталкивается с соперником. Травма оказалась тяжёлой. Этот эпизод стал драматической страницей олимпийской истории. Вот как рассказывал об этом Олег Мар-

ворота. Потом следует удар Эдуарда Стрельцова. Ничья! А до конца игры считанные минуты. Затем, как вспоминают очевидцы, произошло чудо, то есть то, во что невозможно поверить. Среди наших игроков — двое травмированных: нападающий Иванов, ещё в первом тайме, и защитник Тищенко, во втором. Соперники, естественно, знают об этом, но они плохо знают Тищенко и поэтому не обращают на него особого внимания. Николай перехватывает мяч и неожиданно для всех выходит с ним к воротам противника.

Комбинация Тищенко — Рыжкин — Татушин — и в ворота болгарской команды влетает второй мяч. Победа 2:1! Только после матча врачи и Николай Тищенко отправились в госпиталь.

З.С. Миронова обладала удивительной душевностью. Светлый и добрый человек. Потрясающий профессионал. Мы вечно благодарны этой прекрасной женщине за то, что она была с нами в очень непростой момент нашей жизни.
Николай Сличенко,
 народный артист СССР,
 художественный руководитель театра «Ромэн»

Ещё одно несчастье случилось на треке с очень высокими виражами для проведения гонок за лидером. Наши шли вторыми на огромной скорости. Но тут машина сопер-

ко на пути домой, уже на теплоходе «Грузия». Она увидела меня в гипсе и говорит: «До свадьбы всё заживёт». Как напророчила! Домой мы вернулись в январе, а в феврале я женился.

Олимпийская медаль доктора Мироновой

В преддверии Олимпиады 1960 года заболел наш знаменитый тяжелолюб Юрий Власов: появились карбункулы на бедре, держалась высокая температура. Он собирается стать сильнейшим тяжелоатлетом планеты, а тут у него пропадает аппетит и почти нет сил на тренировки. Что делать? Отказывать-

была для неё предметом особой гордости. Оставался всего лишь месяц до Олимпиады в Риме, когда гимнастку Соню Муратову начала беспокоить застарелая хроническая микротравма колена. Положение было серьёзным, и требовалась операция. Но сумеет ли гимнастка восстановиться за тот месяц, что остаётся до Олимпиады? Зоя Сергеевна вспомнила пример Валентина Муратова.

— Я шивала ему ахиллово сухожилие перед Олимпиадой в Мельбурне. Конечно, Соня не уступит мужу ни в характере, ни в желании выйти на помост. И Соня поверила мне, согласилась на операцию, очень быстро после неё начала тре-



С Н.Н. Озеровым



С президентом НОК В.С. Смирновым



С хоккеистом А.С. Якушевым

ников перегородила трековое полотно. Один из двух гонщиков, Ростислав Варгашкин, вспоминал:

— Мы ударили прямо в середину немецкого тандема и начали лететь вниз по бетонному полотну, сдирая кожу до костей. Это случилось вечером, и те, кто видел, рассказывали, как огромные машины высекали снопы искр, скатываясь к подножию трека. Плохо помню, как меня уносили на носилках.

Наши гонщики попали на операционный стол с рваными ранами и переломами.

— Я пришёл в себя на операционном столе и увидел лицо Зои Сергеевны Мироновой. Она говорила на английском, на латыни. Я ничего не чувствовал: где я, что мне делают? Потом нас накрыли одеялами и увезли в какую-то комнату. Там дали молока. После этого ко мне понемногу стала возвращаться память. Зоя Сергеевна одна обслуживала всю олимпиаду. А потом мы встретились с ней толь-

ко от турнира Власов не собирался, хотя в любом другом случае, кроме Олимпиады, Зоя Сергеевна Миронова просто запретила бы ему выходить на помост.

Позже она вспоминала: «Видимо, это был тот случай, когда ситуация заставляла человека мобилизовать все силы организма». День старта приближался, и доктор решила на операцию, которую провела в медпункте Олимпийской деревни. В день соревнований Юрий Власов вышел на помост и завоевал звание самого сильного человека планеты. Сумма троеборья — 537,5 килограмма, это олимпийский и мировой рекорды. Прошло четыре года, и на Олимпиаде в Токио, где Юрий Власов, уступив Леониду Жаботинскому, взял «серебро», он подарил доктору Зое Сергеевне свою книгу «Себя преодолеть».

Среди многочисленных наград Зои Сергеевны Мироновой есть и олимпийская медаль, которая всегда

нировалась. И не только выступила на Олимпиаде, но и завоевала золотую медаль!

Одержав победу, Софья Муратова пришла в медпункт к доктору и сказала: «Зоя Сергеевна, это ваша ме-

Моя сердечная признательность и искренняя благодарность этому великому хирургу — Зое Сергеевне за моё долголетие в балете. Прекрасная женщина, удивительный доктор, спасибо Вам за всё!
Илзе Лиена,
 балерина, народная артистка России,
 лауреат Государственной премии России

дать. Возьмите её!» С тех пор олимпийская медаль Сони Муратовой находилась среди призов и грамот Зои Сергеевны Мироновой. К тому времени у Зои Сергеевны среди её пациентов, да и многих коллег, уже появилось ещё одно, негласное имя — Мама Зоя.

Микротравма как показатель отношения к делу

Для Зои Сергеевны как для доктора и организатора медицины

вопрос микротравм встал с самого начала её практики в спортивной и балетной травматологии. Уже в Мельбурне, на вторых для советских спортсменов Олимпийских играх, спортивные врачи обсуждали вопросы диагностики и лечения микротравм.

Часто это кажется пустяком — небольшая травма, поболело и прошло. Потом повторилось, а следом ещё раз. И вот уже есть заметное заболевание, приобретающее хронический характер. Интуиция врача уже на заре спортивной и балетной травматологии в том и состояла, чтобы вовремя увидеть и оценить опасность микротравм. Толь-

евна говорила: «Уже тогда мне было ясно: чтобы избежать микротравм, нужна правильная методика проведения тренировок и систематическое обследование спортсменов врачом. Понятно, что в основном микротравмы лечились консервативным путём, при этом важное значение приобретал фактор времени. А времени всегда не хватает!» Часто спортсмена подгоняет наставник или собственная жажда во что бы то ни стало выйти на соревнования и победить.

Олимпиады Зои Сергеевны Мироновой продолжались. Олимпийские игры в Мехико 1968 года. Среди поврежденных, с которыми приходили к врачам спортсмены, на первом месте были травмы мышц. Доктора объясняли это незнакомым для наших спортсменов синтетическим покрытием беговой дорожки — тарганом. Как всегда, за два дня до открытия Олимпийских игр в Мехико проходил Международный конгресс спортивной медицины, где собрались около тысячи врачей из разных стран мира. Тема конгресса — изменение опорно-двигательного аппарата в процессе занятий спортом. Доклад Зои Сергеевны Мироновой и Григория Петровича Воробьева был посвящён проблемам стопы — «Функционально-морфологические изменения в костях стопы под влиянием спортивной нагрузки и травм». Такие изменения и травмы характерны для марафонцев, бегунов на длинные и средние дистанции, ходяков. Наши доктора рассказали об опыте советской медицины, о методике лечения, заострили внимание на мерах предупреждения травм опорно-двигательного аппарата.

После выступления Зоя Сергеевна оказалась в центре внимания светил мировой медицины. Больше всего их интересовало, почему госпожа Миронова даёт мало статей в специализированные медицинские журналы. Ответ был предельно прост: «Я занимаюсь практической медициной, и на статьи у меня не остаётся времени». Спустя годы Зоя Сергеевна говорила о том, что не помнит та-

кой олимпиады, где ей приходилось бы так много работать, как в Мехико. Медпункт начинал приём в 7.30 утра, причём за дверью уже стояла очередь, а заканчивал работу ровно в полночь.

Мюнхен, Монреаль и Москва

Бежит время, растёт авторитет советской спортивной медицины, а имя Зои Сергеевны Мироновой становится всё более знаменитым. В Мюнхене Олимпиада началась с трагических событий, когда группа вооружённых исламских экстремистов захватила заложников из команды Израиля. При попытке освобождения заложников были жертвы. Тогда мир впервые лицом к лицу столкнулся с терроризмом. Олимпийская деревня была оцеплена войсками и танками. Массивный штанист Василий Алексеев, как вспоминала Зоя Сергеевна, тогда буквально протолкнул врачей и коллег сквозь заградительный строй, а гандболист Василий Ильин провожал доктора до дверей медицинского центра, потому что внутри Деревни было неспокойно.

В 1976 году в Монреале медпункт нашей сборной располагался в подвальном помещении, но зато в пяти комнатах, в которых работало целых пять кабинетов — от функциональной диагностики до хирургии с перевязочной и массажного. К врачам на сей раз обращалось немного пациентов, и Зоя Сергеевна объясняла этот факт тем, что наши спортсмены были хорошо подготовлены, а места тренировок и соревнований находились в прекрасном состоянии. В нашем медпункте работали 12 врачей и 17 массажистов, спаянная команда специалистов, которые успешно справились со всеми проблемами. Благодаря всему этому почти все травмированные спортсмены смогли



Медицина и TV-пациенты

ко спустя десятилетия спортивный медицинский мир в полной мере оценил эту угрозу, а в 50–60-е годы, как считала Зоя Сергеевна, её ощущением академик Николай Николаевич Приоров, руководивший ЦИТО. Зоя Сергеевна тоже в те годы коснулась этой проблемы, вплотную занявшись ею позже.

Для большого спорта в целом характерны микроскопические травмы: повреждение сухожилий, небольшие, почти незаметные изменения в надкостнице, в костной ткани, травмирование мышц. Известный итальянский травматолог Ла Кава ещё в конце 50-х годов выделил микротравмы в отдельную область заболеваний. В конце 60-х, когда спорт в Советском Союзе переходил на профессиональный уровень, наши доктора основательно начали заниматься этими вопросами. Профессиональный спорт требовал от спортсменов больших нервных и физических затрат. Зоя Серге-

Громадное количество великих советских и российских спортсменов безмерно благодарны Зое Сергеевне за её великий труд. Олимпийские чемпионы, чемпионы мира и Европы помнят и любят этого великого хирурга, отдавшего всю жизнь благородному делу — лечению спортсменов и артистов балета от их недугов. Всё, что Вы делали, было прекрасно!

Валентин Писеев,
советский и российский спортивный деятель,
президент Федерации фигурного катания

продолжить выступления. Только один гимнаст во время тренировки получил серьёзную травму – разрыв связочного аппарата с большим кровоизлиянием в суставную полость – и из-за тяжести повреждения больше на помост не вышел.

В Монреале было ещё одно новшество: здесь впервые был организован восстановительный центр за пределами Олимпийской деревни, в живописном месте на берегу реки, и здесь спортсмены могли отдохнуть перед стартами.

И вот Москва, 1980 год. Принцип медицинской помощи олимпийцам оставался тем же, уже нарабатанным за семь олимпиад, но мас-

В этой цитате хорошо видны многие качества Зои Сергеевны. Участие «в некоторой степени» говорит об её подлинной скромности. Ведь эта «некоторая степень», как подчёркивали многие участники прежних олимпиад, часто огромный вклад в каждого спортсмена и его победу. Нет нужды говорить и о том, что такова была суть подхода Зои Сергеевны Мироновой и к профессии, и к жизни в целом – сделать всё, что в её силах. Идёт ли речь об оказании помощи отдельному спортсмену, о становлении дела спортивной травмы в стране или об отношениях с коллегами, о воспитании сыновей и т.д.

заслуг, а оценку отделения спортивной травмы, того направления в медицине, которое в своё время так непросто пробивало себе дорогу. И ещё – она поняла, как дороги ей улыбки спортсменов высочайшего класса, когда они, стоя на пьедестале почёта, благодарят друг друга. А потом ещё, случается, говорят добрые слова, адресованные доктору.

Второй олимпийский орден Зоя Сергеевна получила уже после Олимпиады 1980 года в Москве. Момент тоже был незабываемый и даже, как писала в книге Зоя Сергеевна, «слишком пафосный». Но разве может быть иначе? Такие торжественные дни случаются редко. «Во



В нашей стране только у Зои Мироновой есть два олимпийских ордена

Награды Зои Мироновой. В 2006 г. Зоя Сергеевна стала лауреатом Международной премии «Профессия – Жизнь» в номинации «Легенда мировой медицины»

штабы медицинского обеспечения спортсменов были другими. Как и всегда, в Олимпийской деревне существовал медицинский центр как главный госпиталь Олимпиады. Но, кроме того, во всех местах тренировок и состязаний существовали медпункты, рассчитанные на оказание первой помощи. Действовал огромный парк машин «скорой помощи» и реанимобилей. Много внимания врачи уделяли экспресс-реабилитации, то есть быстрому восстановлению спортсменов.

Зоя Сергеевна вспоминала: «На московской олимпиаде я была в роли хозяйки дома. Для меня, до этого не только свидетеля, но в некоторой степени участницы шести предыдущих олимпиад, московская была последней. Нет нужды говорить о том, что я сделала всё, что было в моих силах, чтобы её медицинская часть отвечала всем требованиям».

Два олимпийских ордена

После Олимпиады в Монреале Зою Сергеевну наградили орденом Международного Олимпийского Комитета – за особые заслуги в олимпийском движении. Это торжественное событие происходило в ЦИТО, в конференц-зале, с присутствием большого количества гостей – врачей, спортсменов, журналистов. Здесь были коллеги Зои Сергеевны по отделению спортивной и балетной травмы, были и её сыновья – Сергей Павлович, тогда старший научный сотрудник детского отделения, и Николай Павлович, старший научный сотрудник отделения реанимации института. Зоя Сергеевна была взволнована и собрана, как на операции. Столько лет, отданных делу спортивной травмы, десятилетия врачевания спортсменов не прошли зря. Она видела в этом награждении прежде всего не признание своих личных

имя чего трудимся мы, врачи? Во имя чего ищем, ошибаемся, находим? Во имя сочувствия и понимания. Во имя чувства гордости, когда спортсмен, вылеченный твоими руками, поднимается на пьедестал...»

Быть награждённым двумя олимпийскими орденами – это большая редкость. В нашей стране такой человек только один – Зоя Сергеевна Миронова.

Любимая семья, любимые сыновья

Так сложилось, что работа занимала в жизни Зои Сергеевны очень много места. А семья – и муж, и дети – относилась к этому с пониманием. Семья всегда давала ей ощущение уверенности и надёжности. В 1961 году, прежде чем окунуться в работу над докторской диссертацией, она так и заявила мужу: «Дорогой, теперь ты бери на себя все заботы. После работы готовь обед,

корми детей, маму свою корми. Я буду возвращаться часов в одиннадцать вечера». И Павел Дмитриевич ответил согласием. Он в 60 лет ушёл на пенсию, чтобы взять на себя заботу о детях и помочь жене в становлении её научной карьеры.

Сверхзанятость, сверхвостребованность не мешали Зое Сергеевне хорошо знать увлечения своих сыновей, помогать им правильно выбрать свой путь. «Старший сын Николай, — вспоминала она, — постоянно возился с морскими свинками, кроликами, а в старших классах вдруг увлёкся рисованием. И у него здорово получалось. Он поступил на подготовительные курсы в архи-

за границей, стал профессором, продолжил работу в ЦИТО.

Зоя Сергеевна – это человек, вошедший в историю благодаря своей уникальной работе по лечению великих спортсменов. Её жизнь неразрывно связана с нашими победами на чемпионатах и олимпиадах. Многие травмированные спортсмены были ею оперированы, что позволило им вернуться в спорт высших достижений. Я знаю Зою Сергеевну с Олимпиады в Мехико (1968). Это удивительная, очаровательная, очень милая женщина, сделавшая и для меня лично много добра благодаря своему искусству хирурга и врача. Зоя Сергеевна всегда в нашей памяти и наших сердцах, она единственная.

Виталий Смирнов, член МОК, почётный президент Олимпийского комитета СССР и России, член Союза журналистов РФ

В 1983 году, когда Зое Сергеевне исполнилось 70 лет, она решила уйти с должности руководителя отдела-

мала. Надо идти вперёд и жить с полной отдачей. Она умерла в мае 2008

года, не дожив пяти дней до своего 95-летия, а давать консультации, встречаться с коллегами и больными продолжала почти до 93 лет. Сейчас в клинике спортивной и балетной травмы помнят о принципах работы своей знаменитой основательницы. Очень важно сохранить их сейчас, когда возраст спортивной и балетной травматологии

в России перешагнул 60-летний рубеж. Для врача главное — безграничное доверие со стороны пациента. Какие-либо материальные отношения между больным и врачом вызвали у Зои Сергеевны Мироновой полное неприятие. На вопрос, какое качество для врача является главным, в одном из последних интервью она ответила так: «Он должен сострадать больному. Врач без сердца — холодный ремесленник, и больные это очень хорошо чувствуют». Она сама пользовалась безусловным доверием пациентов, и в 80–90-е годы, в пору коммерциализации здравоохранения, оставалась истинно народным врачом, до конца дней верным клятве Гиппократова. И это не громкие слова, а реальность, даже обыденность. К чему громкие слова? Зоя Сергеевна не любила, когда её хвалят. Она говорила: «Времени нет выслушивать комплименты. Работать надо!»



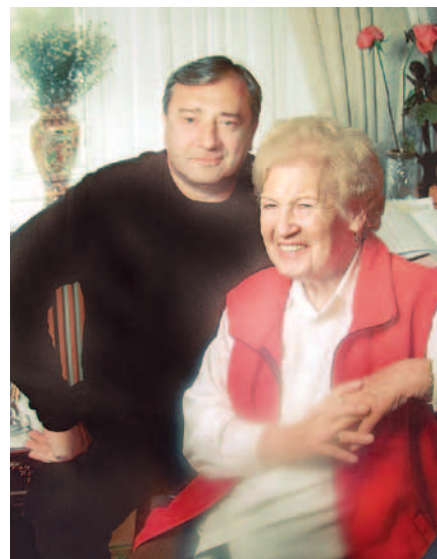
Дети и муж всегда окружали Зою Сергеевну любовью и заботой, давали ощущение уверенности и надёжности

тектурный институт. А я, не скрою, хотела видеть его врачом. Но Павел Дмитриевич тоже оказывал на сыновей большое влияние. Ведь он был тренером, и в семье постоянно велись разговоры и о медицине, и о спорте. Он не создавал тепличных условий сыновьям, считал, что они всего должны достигать сами. Но во всех спортивных мероприятиях в школе и институте ребята принимали участие». Старший, Николай, всё же поступил в медицинский, но из-за женитьбы прервал учёбу и два года проработал фельдшером на «скорой». Потом благополучно вернулся в институт и окончил его. Так что очевидно, что медицина не была ему безразличной. Специализировался Николай Павлович в области анестезиологии и реанимации, дорос в ЦИТО от младшего научного сотрудника до заведующего отделением анестезиологии и реанимации. Семь лет работал

спортивной, балетной и цирковой травмы, и преемником её, по настоянию Госкомспорта, стал младший сын, Миронов Сергей Павлович. К тому времени он уже лет десять работал в ЦИТО, в отделении острой травмы у детей. Он активно помогал оперировать, сам был мастером спорта, и его хорошо знали в спортивном мире, впоследствии он получил награду Международного олимпийского комитета за достижения в спортивной травматологии.

— Руководить отделением сразу после Зои Сергеевны было сложно, — говорит Сергей Павлович. — Мать — очень яркий человек, она просто жила этой работой. Врачи — её команда, больные — её дети. Для больных она была мама Зоя. А мне надо было найти приемлемую линию поведения и идти своим путём.

Нельзя останавливаться — это Зоя Сергеевна очень хорошо пони-



Досье

Анатолий Орлецкий – профессор, доктор медицинских наук, с 1998 года исполняющий обязанности руководителя клиники спортивной и балетной травмы ЦИТО, принявший эстафету от З.С. Мироновой и С.П. Миронова. Высоквалифицированный специалист в области спортивной и балетной травмы, учёный, известный как у нас в стране, так и за рубежом. Является консультантом Олимпийского комитета России, консультирует пациентов спортсменов, тренеров. А.К. Орleckким разработаны и широко внедряются в отечественную и международную медицинскую практику методики оперативного лечения травм коленного сустава, привычного вывиха плеча, повреждений ахиллова сухожилия, артроскопическая хирургия при внутрисуставной патологии крупных суставов.

Автор более 230 научных работ, в том числе четырёх монографий по проблемам спортивной травматоло-

гии, двенадцати методических рекомендаций, многие положения из которых широко применяются в клинической работе и повседневной практике врачами сборных команд для диагностики и лечения травм.

А.К. Орлецкий пользуется большим авторитетом среди тренеров, спортсменов и в международных организациях спортивной медицины. Работал врачом в составе олимпийской сборной команды России на олимпиадах – 1996 (Атланта, США), 2002 (Солт-Лейк-Сити, США), 2004 (Афины, Греция), 2006 (Турин, Италия), 2008 (Пекин, КНР), 2010 (Ванкувер, Канада).



«Зоя Сергеевна поставила планку, и мы не имеем права её снижать»

■ СВЕТЛАНА ДОВРОВОЛИНА

Когда идёшь по коридору Центрального института травматологии и ортопедии, невозможно не остановиться возле «иконостаса» фотографий на стенах. Видишь неземную красоту балетных па, миг наивысшего напряжения спортсмена, счастливые лица юношей и девушек, целующих золотые медали, – и дух захватывает... И почти невозможно представить себе этих людей в гипсе, кресле-каталке или на костылях. Ещё труднее осмыслить: как после тяжелейших травм они могут снова выходить на гимнастический помост, сцену и устанавливать новые мировые рекорды или будоражить глубину души зрителя эмоциями, воплощёнными в танце. Это – чудо.

И – будничная работа врачей клиники спортивной и балетной травмы, которая в этом году отмечает своё 60-летие и 100-летие заслуженного деятеля науки РСФСР, лауреата Государственной премии СССР, профессора Зои Сергеевны Мироновой, создавшей в ЦИТО это подразделение и руководившей им в течение 30 лет. Приоткрыть завесу над тайнами врачебного волшебства мы попросили исполняющего обязанности заведующего клиникой профессора Анатолия Орleckкого.

Особые пациенты, особый труд

– Анатолий Корнеевич, объясните, пожалуйста, чем вызвана необходимость существования такой клиники в составе Института?

– Спецификой этой категории больных, особенностями их травм и, соответственно, методов лечения. Есть заболевания, которые

встречаются только у спортсменов и артистов балета. Это связано с патологической функциональной перестройкой костной ткани, дегенеративными изменениями сухожильно-мышечного аппарата. У обычных людей таких повреждений и травм не бывает. Например, APC-синдром, хамстринг-синдром.

– Что представляют собой эти синдромы и как вы их лечите?

– У спортсменов в результате длительных перегрузок, интенсивных нагрузок на опорно-двигательный аппарат в местах прикрепления сухожильного и связочного компонента к костным структурам возникают микронадрывы. Они аккумулируются и со временем приводят к появлению болевого синдрома, который постепенно нарастает. Боль дана Богом. Её появление – это лакмусовая бумажка для выявления дискомфорта, проблемы, которая существует в конкретном органе, конечности, суставе и так далее. А при наличии боли голова даёт организму команду: отключить тот или иной сегмент человеческого тела. Соответственно, возникает ограничение функции, силовых показателей, быстрой реакции, и это уже мешает спортсменам заниматься профессиональным делом.

APC – это аббревиатура от adductor (приводящая мышца), rectus (прямая мышца живота) и symphysis (лонное сочленение). В этой области возникает микроповреждение. Патогенетически обоснованная методика оперативного вмешательства при APC-синдроме была внедрена в нашей клинике в 80-е годы впервые в стране, с очень хорошими функциональными послеоперационными результатами: 96% пациентов возвращаются к прежнему уровню спортивных достижений.

Этот синдром возникает у тех, кто занимается лёгкой атлетикой, волейболом, баскетболом и футболом, причём в большей степени — мини-футболом, где жёсткая сцепка конечностей с синтетическим покрытием, а также большим теннисом, особенно на хард-грунте.

— А хамстринг-синдром?

— Это тоже один из вариантов микротравматической болезни, повреждение в области седалищного бугра. Та же самая ситуация: микронадрывы, острое, а затем и хроническое воспаление сухожилия двуглавой мышцы бедра, формирование рубцовой ткани, возникновение болевого синдрома, нарастающего со временем, и ограничение функции. Во время операции мы открываем эту зону, отделяем нерв от спаек с сухожилием бицепса, проводим тенолиз сухожилия и невролиз нерва в этом месте, около седалищного бугра.

Этот синдром возникает у людей, занимающихся лёгкой атлетикой, штангой (преимущественно у женщин), пожарно-прикладным видом спорта, футболом — когда в результате недостатков в организации тренировочного процесса спортсмены получают чрезмерные по интенсивности нагрузки, связанные с преимущественным включением задней группы мышц бёдер.

— Ещё одна разновидность спортивной и балетной травмы — импиджмент-синдром. Что это такое?

— Это синдром соударений, когда головка плечевого сустава соударяется с акромиальным отростком лопатки. Эта патология в основном характерна для ребят, которые занимаются спортом, акцентированным на верхний плечевой пояс: хоккей, гандбол, теннис, волейбол, баскетбол. Терапевтическое лечение этого синдрома может занять от недели до нескольких месяцев и, если заболевание не запущено, то этого, как правило, бывает достаточно. Операция необходима в том случае, когда консервативное лечение не дало результатов, когда боль является острой либо повреждена доминирующая рука, без которой стра-

дают качество жизни и профессиональный уровень спортсмена. При хирургическом лечении мы выполняем артроскопическую субакромиальную декомпрессию.

Ещё одна причина для выделения спортивной травматологии как отдельного направления заключается в том, что у профессиональных спортсменов, артистов балета и цирка, а также у лиц, увлекающихся экстремальными видами спорта, во время тренировок и выступлений часто возникают характерные, в том числе тяжёлые, травмы и болезни: повреждения суставов, переломы костей, растяжения мышц, нестабильность надколенника, разрывы сухожилий, травмы колена (болезнь Кенига, разрыв передней крестообразной связки, хондромалиция надколенника), плеча (повреждение ротаторной манжеты плеча, SLAP-синдром, разрыв акромиально-ключичного сочленения, нестабильность плечевого сустава). Кроме того, перед врачами нашей клиники всегда стоит особая задача: не просто обеспечить нормальное качество жизни, вылечив спортсмена и последствия травмы, но сделать это так, чтобы человек вернулся в строй, продолжил полноценно заниматься делом своей жизни, ведь 80 % наших пациентов — спортсмены высшей квалификации, артисты балета ведущих театров и танцевальных коллективов, цирков.

— Как известно, спортсмены — это звёзды, так их воспринимают болельщики, пресса и, наконец,

они сами себя так ощущают. Это влияет на процесс лечения? Как вам с ними работается?

— Просто чуть больше внимания им уделяешь. Иногда нужно поставить себя на место такого человека. Звёзды — это не суперлюди, это суперогромная ответственность и суперогромные нагрузки, с которыми человек — так ему дано Богом — справляется, добиваясь потрясающих результатов в спорте или балете. Если к нему относиться, как к обыкновенному пациенту, то будет непонимание. У каждого человека есть свои характерологические и бытовые особенности, и надо, учитывая их, объяснять пациенту, что мы хотим, что планируем, что будет, и обязательно вселять в него надежду. Без надежды ничего не будет. И жёстко прессовать таких людей, когда нет понимания того, что нужно конкретно сделать. Мы объясняем: это делается для вас, а не для нас. Если человек чего-то не хочет, а ты уверен, что это нужно сделать, то нужно очень жёстко настаивать на этом.

— Наверное, они рвутся с боличной койки в «бой» — на стадион, сцену, к гимнастическим снарядам? Или понимают, что надо долечиться?

— Мы, конечно, стараемся сократить сроки лечения, но природу не обманешь, приходится с этим считаться и нам, и нашим пациентам. Психология профессиональных спортсменов очень сильно поменялась за последние 15–20 лет, это связано с коммерциализацией спорта.



А.К. Орleckий с коллегами



Громадные контракты, большие деньги... И люди стали следить за своим собственным здоровьем, зная, что от него зависит благополучие их семей, родных. Поэтому отношение спортсменов к мелким травмам стало другим.

Анатолию Корнеевичу Орлецкому с огромной благодарностью за возможность продолжать жить в профессии. Ваша Илзе Лиєпа

По мировым стандартам

— Анатолий Корнеевич, вы упомянули, что вчера у вас был тяжёлый день. Почему он был таким?

— Много больных, не очень понятные больные, приходится разбираться. Там, где сразу ясно, какая патология, и знаешь, что делать, где всё доведено до автоматизма — там не приходится очень много и долго думать. А бывают больные очень сложные, с сопутствующими заболеваниями помимо травм и ортопедических проблем, посему это требует больше времени, внимания.

— Как же так? Вроде бы спортсмены — люди крепкие, тренируемые, должны быть здоровыми, а у них сопутствующая патология всё равно есть?

— Конечно, есть. Большие физические нагрузки приводят к тому, что снижается иммунитет, поэтому они подвержены различным инфек-

циям, простудным и другим заболеваниям, в том числе хроническим.

— Вам удалось успешно решить все проблемы?

— А это будет ясно через несколько дней после операций. Важно, чтобы не возникло нагноений, воспалений, побочных осложнений в виде тромбозов и пр. Вот тогда можно делать выводы, насколько всё успешно. Но основным критерием качества результата лечения является то, что спортсмен возвращается к прежнему уровню спортивных достижений.

— А с какой патологией были пациенты вчера?

— С нестабильностью плечевого сустава, переломами в области плечевого, локтевого суставов. Коленного тоже. Но сейчас плечевой выступает на первый план. В основном таких больных нам «поставляют» силовые единоборства, бокс, лёгкая атлетика, метание копья, игровые виды спорта: волейбол, баскетбол, регби.

— В вашей клинике разработаны и внедрены приоритетные методики лечения, расскажите о них.

— Первое — это малоинвазивная травматология, малоинвазивная хирургия крупных суставов: артроскопические методы лечения патологии у спортсменов и артистов балета, когда через прокол осуществляются любые манипуляции на суставе. Мы их выполняем на всех крупных суставах: тазобедренном, коленном, голеностопном, плечевом, локтевом, кистевом. Давно этим занимаемся. Первым в Советском Союзе это начал делать

Максим Суханов: «Одно из моих приятных открытий в последние годы связано с ЦИТО, а именно с клиникой спортивной и балетной травмы. Персонал, который там работает, носился с моим драгоценным здоровьем, как со своим собственным»

Сергей Павлович Миронов. Всё упиралось в закупки сложного и нового оборудования, которое было необходимо.

Второе направление — это малоинвазивные методы лечения общей травмы: разрывы мягкотканых структур — мышц, связок, сухожилий, скелетная травма — переломы

конечностей. Малоинвазивность обеспечивается современной технологией, различными закрытыми методами лечения: использованием штифтов, погружных пластинок, современных винтов.

И третье — это эндопротезирование при тяжёлой травматической и ортопедической патологии. Наша клиника занимается эндопротезированием преимущественно двух суставов: тазобедренного, плечевого. Но также коленного и локтевого. В основном это мы делаем у ветеранов спорта.

Очень сложная категория больных, потому что эти люди воспитаны в духе: прежде думай о Родине, а потом о себе. Они жили с такой верой и, к сожалению, не занимались собственным здоровьем. И теперь приходится сталкиваться с очень сложными проблемами у них.

— А в каком возрасте они становятся такими тяжёлыми пациентами?

— То поколение спортсменов попадает к нам после 60 лет. Это не значит, что они заболевают в этом возрасте. Просто у нас они оказываются, когда совсем уже немогут, поскольку это очень терпеливые люди.

— Удаётся им помочь за счёт малоинвазивных методик?

— По-разному. Бывают и обычные травматические операции. Малоинвазивные методы мы применяем в основном у молодых спортсменов, когда есть недалеко зашедшая патология и нужно быстро восстановиться. А у ветеранов спорта, к сожалению, малоинвазивная хирургия бывает не всегда актуальна. Здесь уже

речь идёт о большой травматологии, большой ортопедии. Протезы мы ставим, как правило, импортные.

— Что дают малоинвазивные операции для послеоперационного периода и восстановления?

— Благодаря маленькому разрезу меньше травмируются ткани, меньше их отёк, меньше послеоперационных

осложнений, и как результат — быстрое восстановление функции суставов, работоспособности. Наши пациенты могут бегать, прыгать, танцевать — в общем, заниматься своей профессиональной деятельностью.

Леонид Тягачев: «Сотрудники ЦИТО всегда приходят на помощь, они внесли свой вклад в завоевание многих олимпийских медалей, стали соавторами многих спортивных рекордов»

— В клинике спортивной и балетной травмы ЦИТО с 1998 года применяется озонотерапия. В каких случаях её назначают и что она даёт?

— Озон обладает иммуномодулирующим, бактерицидным, анти-септическим, антигрибковым, противовоспалительным, болеутоляющим действием, ускоряет обмен веществ. В нашей клинике он используется в качестве дополнения к хирургическому лечению и традиционным медицинским процедурам.

Околосуставные инъекции озono-кислородной смеси выполняются при последствиях хронической микротравмы околосуставных структур.

При болевом синдроме в области грудного и поясничного отдела позвоночника, обусловленном дискордикулярным конфликтом, фасеточным синдромом, спондилолизом и патологией остистых связок, мы назначаем внутримышечные околпозвоночные инъекции озono-кислородной смеси. Они снимают спазм околпозвоночных мышц, улучшают кровоснабжение поражённого сегмента, сжигают альгопептиды, накапливающиеся в мышцах спины при длительном болевом синдроме и раздражающие болевые рецепторы. Итог — устранение боли и восстановление функции позвоночника.

— Известно, что после лечения в вашей клинике многие даже становились чемпионами мира...

— Если человек не возвращается к прежнему уровню своих достижений, то это считается плохим результатом лечения. Эту планку задала Зоя Сергеевна Миронова, её поддер-

живал Сергей Павлович Миронов, и мы не имеем права её опускать.

— А каков уровень работы вашей клиники по сравнению с западной травматологией и ортопедией?

— Я не вижу принципиальных различий. Мы всё делаем по стандартам Европейской ассоциации остеосинтеза. Российские мозги и руки всегда высоко котировались в мире. Но если говорить о последней тенденции, когда россияне едут лечиться за рубеж... Если у человека есть недостаток, то почему бы нет? Это его право — искать, где лучше.

— Применяется ли в вашей клинике метод Илизарова?

— Да, как один из методов. Не панацея, но хорошая методика, которая живёт и здравствует.

— С помощью ударно-волновой терапии обычно дробят камни в почках, жёлчном пузыре. А у вас она для чего используется?

— Это очень хороший консервативный метод лечения, применяется при патологии мягкотканного аппарата, микротравматической болезни, когда возникают повреждения в местах прикрепления сухожильно-связочного волокна к костной структуре. Ударно-волновая терапия хороша при замедленной консолидации области перелома в послеоперационном периоде, при различных видах спортивной патологии плеча, «локте теннисиста». Проводим её курсами и получаем хороший результат.

«Мама» клиники, врачей, больных и... оленях



На операции

— Анатолий Корнеевич, расскажите, пожалуйста, про Зою Сергеевну. Вы с ней долго работали?

— Да, много лет, с 1983 года. Тогда я проходил ординатуру в ЦИТО, и на второй её год я пришёл в отделение спортивной и балетной травмы. С тех пор мы с Зоей Сергеевной вместе.

— Что она значила для вас и для клиники?

— Для клиники она была всем, потому что она её основала, подняла на невообразимую высоту, воспитала громадное количество учеников — шикарных профессионалов: Евгению Васильевну Богущую, Римму Ивановну Меркулову и других. Их можно назвать и моими учителями. Ученики и коллеги Зои Сергеевны много ездили по стране, работали со спортсменами в союзных республиках.

А что касается меня, то наша «мама» всегда заставляла нас не сидеть на месте, читать специальную литературу, участвовать в конгрессах, писать статьи, работать, прививала нам стремление постоянно делать что-то новое. Поэтому клиника и поднялась на высокий уровень.

— Вы называете Зою Сергеевну так тепло...

— Да, так мы её называли между собой, а ещё ЗС — заслуженная спортсменка.

— Вспомните, пожалуйста, что вас особенно в ней поразило, когда вы пришли в клинику?

— «Мама» всегда очень подробно расспрашивает больного, задаёт кучу вопросов. Это поначалу удивляло, я думал: надо осмотреть больного, сделать рентген и быстрее заняться лечением. А у Зои Сергеевны настолько богатый опыт, что



С.П. Миронов, А.К. Орлецкий



В.В. Путин и медицинская команда на Пекинской Олимпиаде. Второй справа — А.К. Орleckий

она уже во время расспроса знает даже то, какой объём повреждений у пациента. Ей не нужно его и смотреть. Она его осматривает только для того, чтобы тот не обиделся, потому что она, расспрашивая, всё выясняет: механизм травмы, когда она произошла, какие этому сопутствовали определённые условия, которые могли усугубить или улучшить ситуацию. Таким она была дальновидным врачом.

И ещё. Бывают очень дотошные больные, которые вызывают раздражение тем, что задают множество вопросов: почему у меня там кольнуло, здесь стрельнуло. В этом отношении «мама» была удивительно терпеливым человеком. Мы — бегом-бегом в операционную, а «мама» садилась с больным — двадцать, сорок, пятьдесят минут с ним беседовала, и человек уходил совершенно счастливым и практически здоровым. Потрясающий врач.

Жанна Эшле: «Я благодарна клинике, благодарна врачам.

То, что здесь делается, называется чудом.

СПАСИБО ВАМ ЗА ВСЁ»

— Как оперировала Зоя Сергеевна?

— У неё были уникальные руки и громадный опыт. Она была военным хирургом, прошла войну, работала в эвакуогоспитале. Все ЦИТОВские «зубры» получили на войне бесценный хирургический опыт, который больше нигде не приобретёшь,

к счастью или к сожалению, трудно сказать. Для пациентов, наверное, к счастью, но, возможно, к несчастью для самих врачей. Вообще, военное поколение врачей ЦИТО: профессора Сергей Тимофеевич Зацепин, Аркадий Иванович Казьмин, Илья Аронович Мовшович, академик Мстислав Васильевич Волков и многие другие — все они были величайшие хирурги, которые делали тяжелейшие операции в ортопедии и травматологии. Руки у них — от Бога.

Они не работали непосредственно с пациентами нашей клиники, но ЦИТО — это альма-матер отделения балетной и спортивной травмы, и невозможно отделить одно от другого. Когда у меня и моих коллег возникали вопросы, в которых наши учителя были доками, мы к ним обращались, и они нам помогали. ЦИТО этим славится: здесь любую проблему можно решить на очень высоком профессиональном уровне.

— Как клиника спортивной и балетной травмы проходила период после распада Советского Союза?

— Очень тяжело. Начавшаяся после этого коммерциализация обще-

ства вызвала в медицине, мягко скажем, перекосы. Всем было трудно, не только нам. Не хватало всего: медикаментов, пластинок, винтов... Ничего не было. Зарплаты были копеечные, многие врачи не выдерживали, уходили, особенно те, у кого семья была, и, чтобы её кормить, они шли в бизнес, в торговые компании, занимающиеся медицинским оборудованием, медикаментами.

— А потом они не вернулись?

— Нет. После долгого перерыва, как правило, невозможно возвратиться в профессию. Так, известный американский физик попал в аварию и вынужден был провести в больницах долгий период времени, годы ушли на восстановление. И он потом просто не смог вернуться к прежнему уровню своей профессиональной деятельности. Потому что всё течёт, всё изменяется, движется вперёд. То же самое и здесь. У человека, уходящего даже на год от медицины, от науки, теряется чёткость клинического мышления,

ТЯЖЕЛОАТЛЕТ ДМИТРИЙ КЛОКОВ, ЗАСЛУЖЕННЫЙ МАСТЕР СПОРТА РОССИИ, СЕРЕБРЯНЫЙ ПРИЗЁР ОЛИМПИЙСКИХ ИГР, ЧЕМПИОН МИРА:

«Тимченко Дмитрию Олеговичу от Дмитрия Клокова на добрую память об Олимпийских играх в Пекине. ОГРОМНАЯ БЛАГОДАРНОСТЬ ЗА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДГОТОВКЕ!»

острота восприятия. Кроме того, человек не всегда может признать себя и другим, что, уйдя, он совершил ошибку.

После периода 90-х постепенно, хотя и не быстро, в нашей клинике всё начало становиться на свои места, и она продолжила своё развитие.

— Вам пришлось фактически заново создавать коллектив?

— Нет, мне не пришлось, в самые тяжёлые послеперестроечные годы клиникой руководила Зоя Сергеевна. Она продолжала работать и после 1998 года, когда Сергей Павлович доверил мне руководство клиникой. И хотя многие наши сотрудники ушли туда, где были лучше экономические условия, костяк коллектива остался, и мне помогали те, кто со мной был: Дмитрий Олегович Васильев, Галина Максимовна Бурмакова — это всё старая надёжная команда,

ученики Зои Сергеевны и Сергея Павловича. Люди, проверенные в очень трудных ситуациях.

— **В каких?**

— Встречаются больные с очень тяжёлой патологией. А вдвойне тяжёлыми бывают больные, когда нет взаимопонимания между врачом и пациентом. Это самые сложные случаи. Такое происходило крайне редко, на моей памяти раза три-четыре, не больше. Когда люди видят, что ты им отдаёшь всё, то чаще всего с их стороны возникает очень уважительное отношение. Они уходят, пережив непростые травмы, их осложнения, тяжёлые операции, но надолго остаются друзьями клиники. И через пять, десять лет помнят о нас, посылают своих друзей, родственников, зная, что здесь их пролечат качественно и надёжно.

— **А в чём выражается непонимание между доктором и больным?**

— Иногда человек считает, что ему все должны, что во всём виноваты врачи. Когда есть такой негативный настрой, когда ведётся поиск крайнего, никогда не будет хорошего результата лечения. К сожалению, в нашем деле анатомия и физиология не являются определяющими. Психоэмоциональный компонент является основным. Знаете, как раньше говорили: все болезни — от головы, кроме одной — двух. Когда есть контакт, добрый настрой с пациентом — это самый оптимальный вариант, тогда можно любые труднейшие проблемы нивелировать, всё сделать хорошо.

— **В вашей клинике лечат острые травмы? Если, не дай Бог, в цирке кто-то упал, травмировался, то таких пациентов привозят к вам?**

— Да, бывает такое. В ЦИТО есть отделение острой травмы и приёмное отделение, куда поступают больные с острой травмой. Но в основном пациентов с острой травмой мы привозили с олимпиад.

Кстати, у Сергея Павловича Миронова был опыт оперирования тигра в цирке. В конце 70-х в московском цирке было решено сделать номер с тиграми редкой породы —

суматранскими, трудно поддающимися дрессировке, а не с амурскими и бенгальскими, как обычно. Привезли тигрёнка с острова Суматра. Однажды ночью он из-за недосмотра сотрудника цирка получил переломы передних и задних лап, причём был повреждён и седалищный нерв. У ветеринаров не было опыта операций при таких серьёзных травмах, и они позвали человеческого врача.

Сергей Павлович впервые имел дело с лечением животного и столкнулся с неприятными неожиданностями и любопытными деталями: так, когда сбрили шерсть для операции, подготавливая операционное поле, он очень удивился, увидев, что тигриные полосы, оказывается, проходят не только по шерсти, но и по коже. Сергей Павлович сильно рисковал: тогда не было стандартных дозировок наркоза для таких животных, и во время операции тигрёнок проснулся и начал шеве-

обман, хотя они иногда были хорошими профессионалами.

— **Что это за ложь?**

— Недоработка, недостаточное внимание, когда врач не делает всего, что мог и должен был сделать для больного человека.

— **А бывает ложь во спасение?**

— Да, если она во благо пациента. Ничто не должно вредить ему.

Она и сейчас с нами...

Прошу рассказать о Зое Сергеевне старшую медицинскую сестру клиники Аллу Матвеевну Полянскую. Когда я впервые увидела её, окружённую больными, то была приятно удивлена тем, с каким душевным теплом она разговаривает с ними, да и с незнакомыми людьми, называя всех «солнце моё»... Она и сама, когда улыбается, похожа на солнышко.

— **Алла Матвеевна, а как вам работалось с Зоей Сергеевной?**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА ГАЗЕТЫ «АРГУМЕНТЫ И ФАКТЫ»

ЕВГЕНИЙ ФАКТОРОВИЧ: «ДМИТРИЮ ОЛЕГОВИЧУ В БЛАГОДАРНОСТЬ ЗА ВЫСОЧАЙШИЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И УСПЕШНУЮ ОПЕРАЦИЮ. МАРТ 2010 Г.»

литься... А он был уже вполне приличных размеров. Дозу наркоза увеличили. Сергей Павлович завершил операцию, осуществив остеосинтез кости и сшивание нервного ствола. Всё прошло благополучно, хвостатый пациент выздоровел.

А Зоя Сергеевна примерно в то же время, в 70-х годах, успешно прооперировала олениху с переломом ноги.

— **Да, это не каждому даётся... А как можно добиться обычного, но высокого профессионального мастерства?**

— Зоя Сергеевна говорила об этом так: «Не надо делать чего-то сверхъестественного, просто надо быть порядочным человеком». Обязательность, искренность, профессионализм — с этого всё начинается. На обмане можно уехать, но далеко ли и куда конкретно — очень сложно сказать. Поэтому она не принимала и жесточайше преследовала ложь по отношению к больному. В этом она была категорична. И рядом с ней не выживали, не оставались те, кто допускали такой

— Очень хорошо, легко. Таких людей, как она, очень мало. Она и войну прошла, и к больным относится... относилась, как к своим детям. Её все любили. Это Человек с большой буквы.

— **Поразительно, все, с кем я общалась в клинике, говорят о Зое Сергеевне в настоящем времени: «расспрашивает», «оперирует»...**

— Да, такое складывается впечатление, что она сейчас с нами и вот вот войдёт в кабинет. Да ведь ко всему, что есть в отделении, прикасались её руки, ум и душа. Она живёт в своём деле, которое мы продолжаем.

— **Вы работаете здесь старшей медсестрой с 1985 года, значит, вы всё время были словно в одной связке с Зоей Сергеевной. Что входило в ваши обязанности?**

— То же, что и сейчас. Всё отделение — моя ответственность. Это работа и с врачами, и с сёстрами, и с больными. Я помогаю врачам в ведении документации, исполнении их назначений. Зоя Сергеевна нас собирала, проводила конференции

сестринского коллектива. На этих занятиях она рассказывала много и интересно о больных, которые у нас лежали: о том, чем они занимаются,

БАЛЕРИНА МАРИЯ СИЗОВА:

«УВАЖАЕМОЙ ГАЛИНЕ МАКСИМОВНЕ С ИСКРЕННЕЙ БЛАГОДАРНОСТЬЮ»

у кого какая травма, какие были сделаны операции и как пациент должен восстанавливаться, — чтобы мы были в курсе лечебного процесса.

Она постоянно задерживалась на работе допоздна. Пока не закончит приём всех больных — домой не уйдёт. И, если она решила что-то сделать, то обязательно добивалась этого. Переживала за всё и за всех.

Зоя Сергеевна работала здесь почти до самого конца жизни. Когда перестала оперировать, то продолжала консультировать.

— А войну она вспоминала?

— Да. Рассказывала, как работала врачом в эвакуогоспитале в Москве, с грудным сынишкой часто спускалась в бомбоубежище. Достоинно воспитала обоих сыновей. Сергей Павлович, когда руководил клиникой, мало чем отличался и в профессиональном плане, и в человеческом, от Зои Сергеевны. Её школа...

— Ваши пациенты — звёзды спорта, искусства. Как строилось общение с ними?

— Наши больные, даже знаменитые спортсмены и артисты, послушные и совершенно не заносчивые. Быстрее восстанавливаются, потому что привыкли к самодисциплине, привыкли работать над собой, у них большая сила воли. Какие они в жизни и работе, такие и здесь — не рас-



Любимая пациентка Орлецкого — Светлана Хоркина, заслуженный мастер спорта по спортивной гимнастике, чемпионка Европы, мира, победительница Олимпийских игр

кисают, не расслабляются, не охают, не стонут, и этим отличаются от обычных пациентов. Зоя Сергеевна сама спортсменка, поэтому моментально находила с ними общий язык. Относилась ко всем одинаково бережно, называла по имени. Они все для неё были детьми... Ну а если, бывало, кто-то из пациентов «хулиганил» (например, отлучался без спросу из клиники), то она пропесочивала их! По-доброму, конечно...

Исцеление объятием

Продолжаю беседовать с исполняющим обязанности заведующего клиники.

— Зоя Сергеевна ездила на олимпиады в качестве главного врача нашей сборной, впоследствии —

«ДОРОГОМУ АНАТОЛИЮ КОРНЕВИЧУ ОТ ВОЛЕЙБОЛЬНОГО КЛУБА «ДИНАМО», МОСКВА, С НАИЛУЧШИМИ ПОЖЕЛАНИЯМИ!»

Сергей Павлович, далее вы приняли эстафету, побывав на шести летних и зимних олимпиадах. Часто ли там приходилось оказывать помощь и какую именно?

— Да, часто и много. Мы практически не выходим из медпункта. Обычно в нашем составе была сложившаяся за многие годы команда врачей: массажисты, терапевты, у каждого за спиной по 10–15 олимпиад, у каждо-

Фигуристка Ирина Слуцкая: «СПАСИБО ОТ ИМЕНИ ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ, СПОРТСМЕНОВ, КОТОРЫХ ВЫ ПОСТАВИЛИ НА НОГИ!»

го своя работа. У нас, хирургов, тоже возникала масса задач: острая травма, пункция суставов, ушивание резаных ран. Мы там занимались не большой по объёму острой травмой. А тяжёлыми сложными операциями по экстренным показаниям во время олимпиад занимаются клиники, которые имеют на это лицензию.

— Сами вы увлекаетесь каким-нибудь видом спорта?

— Да, я люблю горные лыжи. И у меня есть спортивный разряд по борьбе и беговым лыжам.

— А у вас были травмы?

— По мелочам: уши спины, подвывих голеностопного сустава. Я катаюсь нормально, но если есть очевидный риск, то я на него не иду, поскольку не могу себе позволить сбой

в моей работе. От неё зависит благополучие целого коллектива, который стоит за спиной, поэтому нельзя заниматься чем-то, что тебя может выбить из этой стези.

Но спорт — важная часть моей жизни. И моя жена Майя Усова — заслуженный мастер спорта, фигуристка.

— Болеее за неё во время выступлений?

— Уже нет, потому что теперь она тренер, давно не выступает, занимается семьёй и ребёнком. У неё сейчас две интересные пары, казахская и американская. Ушла в профессионалы в 2001 году и завершила свою карьеру в 2005-м, тогда они с Евгением Платовым стали трёхкратными чемпионами мира по танцам на льду.

— Вам приходилось оказывать ей помощь?

— Конечно — решать вопросы, связанные со старыми травмами.

— Когда смотришь на фигуристов, то порой дух захватывает и всё внутри сжимается от трюков, которые они бесстрашно делают...

— Ну, они профессионалы, знают, на что идут, умеют концентрироваться в нужный момент, у них движения доведены до автоматизма, и это позволяет им избегать тяжёлых травм. Прекрасная реакция, превосходные мышцы, натренированный вестибу-

лярный аппарат, отличная ориентация в пространстве.

...Наш разговор ненадолго прерывается — в кабинет к Анатолию Корнеевичу заходит доктор, чтобы уточнить, какой объём движений можно разрешить балерине, пролечившейся и выписывающейся из клиники. После завершения обсуждения спрашиваю:

— Анатолий Корнеевич, в чём суть рекомендаций, которые вы считаете необходимыми для этой пациентки? Она рвётся на репетиции, а вы устанавливаете ей временные ограничения на те или иные движения?

— Да. Она может дорваться до занятий, но природу-матушку не

обманешь. И после операций, и после консервативного лечения травм есть определённые сроки формирования рубцовой ткани, снятия элементов воспаления, восстановления микроциркуляции в повреждённом сегменте. Поэтому хочет балерина или нет, но три-четыре недели на это нужно отдать. Мы её уберёжем от значительно больших проблем в будущем. Я ей запретил па де ша, гранд плие. Это специфические движения в классическом балете. А другие упражнения в классе она может выполнять.

«От капитана женской сборной команды по хоккею с шайбой с благодарностью!»

— Вам приходится осваивать балетную и спортивную терминологию...

— Давно уже освоили, это требование нашей профессии.

— А какие проблемы приходится решать у цирковых артистов, которые тоже находятся в сфере внимания вашей клиники?

— Спина. У нас были силовые акробаты, которые держат на своих руках других, а над ними сверху — ещё три или четыре человека. Это очень большая нагрузка на позвоночник, страдают и локтевые, и плечевые суставы. У силовых жонглёров то же самое. Воздушные акробаты — это шея, плечи, спина. Катастрофических цирковых травм у нас, слава Богу, не было за последние пять-шесть лет. Были только разрывы связок и переломы различной локализации, в основном бедра, голени.

— Наверное, у вас не хватает времени, чтобы смотреть выступления ваших пациентов? Или всё же удаётся?

— Бывает, но очень редко.

— Что самое радостное и что самое трудное в вашем деле?

— Когда на олимпиаде встречаешь своих пациентов и они говорят, что у них всё восстановилось, благодарят. Это приятно. Но обычно если у спортсменов всё хорошо после лечения, то они, как правило, не приезжают.

Бывают очень тяжёлые случаи, запоминающиеся навсегда. 19-летний танцор, которого тренировал Александр Жулин, упал при выполнении твизла (это такой элемент, когда фи-
г у р и с т
на одной

ноге проходит несколько оборотов и выполняет определённые движения) и подвернул ногу в голеностопном суставе. У него произошёл полный вывих костей стопы в голеностопном суставе с разрывом переднего, наружного, внутреннего от-

дела стопы, с переломом внутренней и наружной лодыжек. Это была очень тяжёлая травма, он практически держал в руке свою почти оторвавшуюся стопу. При выполнении кожного разреза все костные структуры вывалились в операционную рану. Операция была большая, долгая, около трёх с половиной часов, он долго восстанавливался, в течение семи

Гимнастка Наталья Липковская: «С благодарностью от Наташи Липковской. Спасибо вам за всё!»

восьми месяцев, а потом пропал из нашего поля зрения. И вот как-то звонят мне из Федерации фигурного катания и говорят: «А ты знаешь, парень-то катается, прыгает!» Вот это услышать было здорово. Потому что тогда стоял вопрос не о том, будет ли он танцевать на льду, а сможет ли хотя бы нормально ходить.

— А что вас огорчает больше всего?

— Когда чего-то не хватает. Хотелось бы аппаратуру поновее... Директор нашего института Сергей Павлович помогает нам, очень старается, чтобы у нас не было проблем, но он тоже не всемогущ. Огорчает, когда не получается то, что хочешь, когда не можешь полностью вылечить пациента, такое бывает. Мы, к сожалению, не можем сделать так, как Бог сделал. Но мы очень стараемся. Я всем своим сотрудникам, надеюсь, привил любовь, которая мне передалась от «мамы»: довести больного до ума и обуть его своим вниманием, не только своей профессиональной обязанностью, но и по-человечески — тогда совер-

шенно другой эффект от лечения получается.

— Обнять или обаять?

— Нет, обаять: лишний раз подойти к нему, лишний раз поговорить,

«С искренней благодарностью от чемпионки мира и Европы по фехтованию Кажикиной Екатерины»

успокоить, перевязать — вот это мы можем дать всегда. У нас может не быть суперкомфорта, дорогих кроватей, плазменных телевизоров (хотя я считаю, что у нас достаточно удобные условия в палатах), есть более красивые клиники, но мы берём другим. Каждый, кто работает здесь: наши доктора, медицинские сёстры, нянечки — не только с большой ответственностью относятся к своим обязанностям, но и испытывают не меньшее желание помочь пациенту, облегчить его боль и страдания, окружить вниманием и заботой. Это в высшей степени профессиональные работники.

— Слова «обнять», «обвить», «обуять» близки по происхождению и значению, стало быть, вы всё-таки обнимаете, в переносном смысле, своих подопечных, окружаете добротой...

— Да, мы считаем, что так будет лучше для них. Так нас научила Зоя Сергеевна.

...Уходя из отделения, я снова взглянула на снимки на стенах клиники и, словно кожей, ощутила мощный горячий поток благодарности, которым обнимали докторов пациенты. А несколько слов, оставленных на фотографиях, блистали ярче золотых медалей...



Новое здание клиники спортивной и балетной травмы им. З.С. Мироновой

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ

КТО ЕСТЬ КТО
Who is Who
в медицине

Журнал издаётся с 2003 года
Онлайн-версия: www.ktovmedicine.ru

Учредитель, главный редактор
Дмитрий НЕФЁДОВ

Первый заместитель
главного редактора
Анастасия НЕФЁДОВА

Заместители главного редактора
Наталья НУЙКИНА
Мария НИГМАТУЛЛИНА

Редактор
Наталья ЗАДОРЖНАЯ

Редактор-обозреватель
Владимир ПОЖАРСКИЙ

Технический редактор
Екатерина ШИПИЦИНА

Дизайнер-верстальщик
Надежда ВОРОНКОВА

Корректор
Татьяна САВИСЬКО

Администратор редакции
Ольга КЛЕВАКИНА

Ассистент редакции
Зоя ЧУКСЕЕВА

Связи с общественностью
Сергей КОСОВ

Издатель
ООО ИД «КТО есть КТО»

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-26672 от 28.04.2003 (21.12.2006 – перерегистрация) выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Тираж 1500 экз.
Перепечатка материалов без разрешения редакции запрещена. При использовании и цитировании материалов ссылка на источник обязательна. Редакция не несёт ответственности за достоверность информации, содержащейся в рекламных объявлениях, сообщениях информационных агентств и материалах, размещённых на коммерческой основе. Все права на созданные материалы принадлежат авторам.

Отпечатано с электронных носителей заказчика в ОАО «АСТ-Московский Полиграфический дом» 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, 56, стр. 22.
Журнал распространяется на территории РФ. В свободную продажу не поступает.
Подписано в печать 10.04.2013

Адрес редакции: 107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1.

Телефоны:
(495)962-12-22, (495)962-16-53,
(495)725-39-84 (многоканальный),
8(916)346-50-57 (мобильный).
E-mail: 9621222@mail.ru

Филиал по Уральскому, Сибирскому, Дальневосточному федеральным округам РФ: 644043, г. Омск, ул. Фрунзе, 40, к. 7.
Телефоны: (3812)21-25-03, 21-31-14, 21-20-65
E-mail: m9621222@mail.ru
Официальный сайт редакции: www.kto-kto.ru

Редакционно-экспертный совет

ЗОТОВ Владимир Валентинович
председатель экспертного совета редакции журнала «Кто есть кто в медицине», сопresident Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения, сопresident Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации

ЯКОВЛЕВА Татьяна Владимировна
заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., заслуженный врач РФ

КУПИН Владимир Георгиевич
заместитель председателя МОБФ ПЗ «Здоровье», директор Дирекции региональных и целевых программ Федерального индустриально-финансового союза по реализации президентских программ

ЗОТОВА Татьяна Владимировна
руководитель программы развития Сенаторского клуба Совета Федерации, член президиума Совета по сохранению природного наследия нации в Совете Федерации

ТУЗОВ Николай Витальевич
директор Сенаторского клуба Совета Федерации, доктор наук, профессор, академик РАЕН, академик МАНПО

ИВАНОВ Андрей Иванович
заведующий ФГУП «Межбольничная аптека» Управления делами Президента РФ, доктор фармацевтических наук, профессор, академик РАЕН, заслуженный работник здравоохранения РФ

СУХИХ Геннадий Тихонович
директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова, академик РАМН

КУЛАКОВ Анатолий Алексеевич
директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, лауреат премии Правительства РФ

ЦАРЕГОРОДЦЕВ Александр Дмитриевич
директор Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ

МЕЛЬНИЧЕНКО Галина Афанасьевна
директор Института клинической эндокринологии, академик РАМН, вице-председатель Российской ассоциации эндокринологов

ЛЕОНТЬЕВ Валерий Константинович
профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФПДО МГМСУ, сопresident Ассоциации руководителей учреждений здравоохранения, академик РАМН, д.м.н., лауреат Государственной премии РФ, заслуженный деятель науки РФ

АПОЛИХИН Олег Иванович
директор НИИ урологии Минздрава России, д.м.н., профессор

ЛУКУТЦОВА Раиса Тимофеевна
председатель Российского Красного Креста

ГОЛИКОВ Михаил Александрович
вице-президент Международной академии проблем гипоксии, председатель редакционного совета МИАЦ РАМН, к.м.н.

КУРНОСОВ Владимир Геннадьевич
президент Фонда «Ассамблея Здоровья», комиссар Премии «Профессия – Жизнь»

САРКИСОВА Валентина Антоновна
президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестёр России», заслуженный работник здравоохранения РФ

ТИТОВ Сергей Сергеевич
главный врач БУЗ ОО «Наркологический диспансер», главный нарколог Омской области

ЗОРИНА Татьяна Александровна
президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация», заслуженный работник здравоохранения РФ

www.ktovmedicine.ru

читайте статьи своих коллег
и присоединяйтесь к диалогу
в онлайн-версии журнала



SPINE MEDICAL

МЕДИЦИНСКОЕ
ОБОРУДОВАНИЕ
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

ОБОРУДОВАНИЕ,
ИНСТРУМЕНТЫ
И РАСХОДНЫЕ
МАТЕРИАЛЫ
ДЛЯ ХИРУРГИИ
ПОЗВОНОЧНИКА

SPINE
MEDICAL

E-MAIL: INFO@SPINE-MEDICAL.COM

Босс

ЕДИНОСТЕННИ
ГОВОРИТ МОСКВА
92,0 FM

НАМИКА
и ДОБРОЕ

МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК

МОСКОВСКИЕ
Anmeku

Медицинская
газета

МЕДИЦИНСКАЯ
ROSMEД.RU
ИНФОРМ. РОССИЯ

ХРО
TV

CORBINA
TV

ВСЕРОССИЙСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ
КТО СТОИТ
В НАЧАЛЕ

medicus.ru

РМЖ **РУССКИЙ**
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

8 июня 2013 г.

**Зал Церковных Соборов
Храма Христа Спасителя**

**XII Торжественная Церемония
вручения наград
Международной Премии
«Профессия-Жизнь»**

**Наград Премии удостоиваются
выдающиеся ученые, врачи,
медицинские работники,
коллективы и руководители компаний,
учреждений и организаций,
государственные
и общественные деятели
за вклад в развитие медицинской науки,
практическое здравоохранение
и сохранение здоровья человека.**

**Все рекомендации,
заявки на участие и предложения
о партнерстве
будут рассмотрены
Организационным Комитетом Премии.**



Секретариат Премии:

**Тел./факс: +7(499)241-07-72
+7(926)403-01-60**

**e-mail: info@pl-assembly.org
<http://www.pl-assembly.org>**