

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт
неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ

Актовая речь

РОШАЛЬ
Леонид Михайлович

Президент НИИ НДХиТ,
Президент Национальной медицинской палаты

МЫ И ВОКРУГ НАС

Москва · 2018



Леонид Михайлович Рoshаль

*Я мог бы очень коротко сказать:
«Не стыдно».*

Э то отчет о комплексной работе всего коллектива. В этом докладе мало фамилий, это – общая копилка, просто – какие мы с вами. Мне повезло почти 40 лет тому назад прийти в эти стены – стены одной из старейших, известных, уютных детских больниц Москвы – 20-й детской больницы им. К.А. Тимирязева, которая имеет более чем столетнюю историю и является родительницей сегодняшнего Института, 15-летие которого мы сегодня празднуем.

В 20-й больнице работали многие известные врачи. Среди них Николай Григорьевич Дамье, который написал первое в России руководство по детской травматологии, ставшее настольной книгой детских хирургов-травматологов. (рис. 1, 2, 3).

Более 50 лет её возглавляла Мая Константиновна Бухрашвили, которая приложила много усилий, чтобы сделать больницу современной и сохранить ее историю и традиции (рис. 4, 5).

В деятельность больницы и создание Института внесло свой вклад и отделение неотложной хирургии и травм детского возраста Института Педиатрии, который позднее вошел в состав «Научного центра здоровья детей», многие годы возглавляемого академиком РАМН Александром Александровичем Барановым (рис. 6, 7).

Институт был создан на основании приказа мера Москвы Юрия Лужкова и руководителя департамента здравоохранения Москвы Андрея Сельцовского, которым мы очень благодарны (рис. 8, 9, 10). Больница была основным стволем, на котором правительство Москвы сделало прививку из 150 научных кадров. Построен современный корпус, были приведены в порядок старые корпуса, реставрирована наша церковь Иверской иконы Божьей матери (рис. 11). Что получилось, то и получилось. Был создан Институт, которому нет аналогов в мире.

Прежде всего, я хочу всех поздравить с полным окончанием эры «колтуновщины» с его наполеоновскими планами оставить на всю Москву фактически одну «Морозовскую» больницу. Сам читал его «проекты» по переустройству Москвы, фактической ликвидации 3 старейших больниц: «Измайловской», «Филатовской» и больницы Святого Владимира. Он был настоящим жонглером, у которого койка работала в год больше 400 дней.

Нам непонятно, как он мог оказаться главным педиатром Москвы. Это позор для Москвы! И спасибо нынешнему руководителю Департамента здравоохранения Москвы Александру Ивановичу Хрипуну, что он нашел в себе силы и мужество снять его сначала с поста главного педиатра, а затем с должности главного врача Морозовской больницы. У нас в Москве все абсолютно сбалансировано в детской хирургии. Мы можем работать спокойно, так как все взаимно друг друга дополняем и заменяем. С моей точки зрения, у нас должен быть какой-то избыток urgentных коек, в том числе и детских хирургических. Мы живем в беспокойном мире. Лишних детских больниц в Москве нет. Плохих детских больниц в Москве нет. Мы вместе органично дополняем друг друга. И монополии у нас нет и не может быть. И это хорошо. Сегодня мы вместе полностью удовлетворяем потребность Москвы в детской хирургической помощи. Сейчас нужно быть внимательным, чтобы место Колтунова никто не занял. Мы уже обсудили создание совета руководителей детских больниц для коллективного обсуждения наших проблем и помощи нашему министерству.

В Институте несколько клинических отделений: отделение травматологии и медицины катастроф, нейрохирургическое отделение, отделение гнойной хирургии с акцентом на лечение ран и раневых инфекций, отделение «чистой» хирургии и отдел реабилитации, работающий на базе всех этих подразделений. Отдел реанимации и сочетанной травмы мы считаем нашим организационным достижением. Обходы делают хирурги совместно с реаниматологами. Это фактически отделение хирургической реанимации.

Функционально Институт вышел за рамки оказания помощи только детям Москвы. Мы не уменьшаем, а наращиваем эту работу. К нам за советом стали обращаться фактически со всей России – это и лечебные учреждения, и родственники больных детей. Раненые дети из Украины лечились тоже у нас.

Наши врачи традиционно оказывают консультативную лечебную помощь детям Московской области. Для этого была создана выездная консультативная специализированная реанимационная бригада. И только за прошедший год мы провели больше 600 консультаций и около 500 детей с тяжелыми повреждениями перевели в Институт из области.

Институт прекрасно оснащён. На 200 коек у нас два «КТ», два «МРТ», ангиограф, несколько УЗИ-аппаратов экспертного класса и неплохое лабораторное оборудование. Мы сторонники системы разумной достаточности и не можем жить без уверенности в работе оборудования и аппаратуры. Поэтому необходимо дублирование, я это подчеркиваю. У нас прекрасно оснащена реанимация. Когда приезжают к нам иностранцы, они бывают удивлены уровнем оснащения и работой Института.

Не увеличивая штат и коечный фонд, за последние 10 лет мы резко увеличили число принятых детей – с 8 до 15 тыс, работу койки – с 260 до 335 дней,



Рис. 1. Николай Григорьевич Дамье.

Н.Г. Дамье (1897–1983) закончил естественный факультет Ростовского Университета, медицинский факультет Первого Московского Университета и ординатуру по госпитальной хирургии в клинике профессора А.В. Мартынова. Пройдя богатую хирургическую и травматологическую практику в областных и сельских больницах, в 1933 году Н.Г. Дамье вернулся в Москву в качестве ассистента кафедры Института усовершенствования врачей. Одновременно по заданию Мосгорздравотдела Н.Г. Дамье организовал детское травматологическое отделение на базе Городской больницы № 20 для взрослых, которая через год полностью стала детской. С первых дней войны Н.Г. Дамье уходит на фронт и работает в качестве армейского хирурга. За работу на фронте Н.Г. Дамье был награжден орденами Отечественной войны первой степени, Красной звезды и медалью "За отвагу". После войны Н.Г. Дамье возвращается в Тимирязевскую больницу и продолжает не только практическую работу, но и занимается научно-методическим обоснованием методов диагностики и лечения травм у детей, что нашло свое отражение в изданной в 1950г монографии "Основы травматологии детского возраста". За годы работы в больнице (1934–1971 г.) Н.Г. Дамье создал школу Российской детской травматологии, основы которой, ориентированные на развивающийся организм ребенка, незыблемы до настоящего времени. Монография по детскому травматизму, написанная на основе многолетней хирургической практики, стала настольной книгой для многих поколений врачей. Она неоднократно переиздавалась как в нашей стране, так и за рубежом.



Рис. 2. Н.Г. Дамье оперирует (фото 1964 г.).



Рис. 3. Орден Дамье.

По инициативе директора ГБУЗ НИИ НДХиТ ДЗМ Митиша В.А. Ученым Советом Института в 2018 году учрежден Орден Дамье.

оборот койки – с 45 до 75%. Это достойные цифры. Нас «тренирует» и скорая помощь: бывали случаи, когда за пять минут приезжало по 15 машин скорой помощи – проверяли на прочность! Выдержали! Это, конечно, было не легко, но ни одну машину обратно не отправили (рис. 12).

Нами была введена круглосуточная работа травматологического пункта. Все это ощутимый вклад в московское здравоохранение. Мы претворили в жизнь идею приближения специализированной помощи в приемный покой, создав реанимационный блок и введя в штат приемного покоя нейрохирурга. Не первичный прием врача общей хирургической практики, а осмотр, если необходимо, командой специалистов, что особенно важно для «реанимационных» пациентов, и не только при сочетанной травме. Кстати, единственная в Москве вертолетная площадка на крыше хирургического корпуса Института прекрасно функционирует (рис. 13).

Мы – маленькая по коечному фонду больница. В структуре детских хирургических больниц Москвы занимаем только 15% коечного фонда. Но берем на себя каждого пятого ребенка с острым аппендицитом, каждого четвертого – со скелетной травмой и каждого третьего – с нейротравмой. Это значимо!

При этом Институт занимает первое место по числу аппендэктомий, выполненных лапароскопически; по числу операций по поводу скелетной травмы, в том числе артроскопий; по количеству экстренных нейрохирургических операций и установленных датчиков для измерения внутричерепного давления; и, в целом, по числу пролеченных детей с травмой.

За 15 лет своего существования наш Институт превратился из городской детской больницы в одно из ведущих детских медицинских учреждений ДЗМ по проблеме острых хирургических заболеваний и травмы, включая сочетанную. По направлениям практической деятельности мы стоим на высоких мировых позициях в вопросах лечения скелетной и черепно-мозговой травмы, включая внедрение датчиков внутричерепного давления в практическую жизнь; лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии; лечении обширных ран и раневой инфекции; медицины катастроф; реабилитации. Мы в этом убедились во время нашей работы во многих странах мира. (вкладка Законодателями в лечении больных были наши врачи. Это признавали хирурги, реаниматологи, травматологи и нейрохирурги из других стран (рис. 14, 15).

Одними из первых мы перешли на электронную историю болезни. Серьезным вопросом является защита персональных данных. В одной из стран юго-восточной Азии украли все данные из больниц. Это – проблема. Сейчас коллектив Института работает над системой контроля лекарственного обеспечения, «умной реанимацией» и цифровой трансформацией интенсивной терапии. Надеемся, что внедрение в Москве новой электронной системы не нарушит «Медialog», который мы совершенствовали в течение 10 лет. Все это стоит огромных денег и интеллектуальных вложений.



Рис. 6. Майя Константиновна Бухрашвили.

В 1963 году главным врачом больницы становится М.К. Бухрашвили.

За полувековой период работы (до 2014 г.) Майя Константиновна прошла нелегкий путь организатора здравоохранения. Под её руководством учреждение не только сохранило идеалы милосердия и гуманизма, заложенные при создании больницы общиной сестер милосердия, но и достигло ведущего места по оказанию неотложной хирургической и травматологической помощи детям в здравоохранении г. Москвы.

В 2018 г. М.К. Бухрашвили награждена ОРДЕНОМ ДАМЬЕ № 1.



Рис. 7. Л.М. Рошалb и М.К. Бухрашвили в хирургическом отделении ДКБ № 20 им. К.А. Тимирязева» (фото 90-х годов).

В 20-й детской больнице зародилась лапароскопия. Сначала с диагностической целью, затем, раньше взрослых хирургов, мы перешли к оперативной лапароскопии при аппендиците и перитоните. Внедрение лапароскопии позволило резко уменьшить число послеоперационных осложнений, которые стали просто единичными.

Кроме лапароскопии у нас накоплен огромный опыт в использовании эндоскопии при травмах коленного сустава и патологических процессов в головном мозге. И сейчас переходим на артроскопию при патологии плечевого сустава. Изучены основы кишечной недостаточности при перитоните у детей и разработана методика ее эффективной коррекции. Усовершенствована методика лечения острой инвагинации кишок. Я сам много лет тому назад занимался этим вопросом и хорошо знаю проблему. При расправлении инвагината стали вместо воздуха использовать жидкость, что позволяет осуществлять УЗ-контроль. Суть передового нововведения заключается в уходе от контроля расправления инвагината под рентгеновским экраном, что дает высокую дозу облучения ребенку и персоналу. Мы первыми в России доказали возможность использования анестетика Ксенона у детей. Разработали и внедрили Протокол пошаговой терапии внутричерепной гипертензии.

Наши травматологи первыми в стране начали активно отказываться от основ осторожной «детской травматологии Дамье» в пользу прогрессивных методик лечения переломов и внедрили малоинвазивный металлоостеосинтез у детей. Сегодня, проведя экспериментальную работу, мы являемся пионерами в использовании биodeградируемых технологий – рассасывающихся стержней, за которыми травматология будущего, проводим конференции по этому вопросу и обучаем наших зарубежных коллег.

Резко шагнула вперед наша служба лучевой диагностики. В этом разделе мы находимся на передовых мировых позициях. Например, в вопросах прогнозирования течения травматического процесса в мозге и контроля хода терапии.

В Институте впервые в детских стационарах внедрена ранняя реабилитация и командная (мультидисциплинарная) система ведения больных с травмой, включая спинальную. Начинаем с реанимации, затем последовательно – хирургическое и специализированное реабилитационное отделение. Работает команда в составе невролога-реабилитолога, педиатра, отоневролога, логопеда, психолога, нейропсихолога, нейропсихиатра, дефектолога, инструктора ЛФК, физиотерапии, массажа. Это – серьезно.

Мы ушли от длительного пребывания в Институте детей с сотрясением мозга.

Наша задача не только лечить, но и заниматься профилактикой. На основании проведенной в Институте научной работы было доказано, что показатели детского травматизма часто зависят от дорожно-транспортных аварий с участием мопедов, квадроциклов и т.п. Мы обсудили этот вопрос сначала



Рис. 4. М.К. Бухрашвили, А.А. Баранов.



► *Рис. 5. Вручение звания Почётного профессора академику РАМН, профессору А.А. Баранову. (слева направо: В.А. Митиш, Л.М. Рошаль, А.А. Баранов)*

в Московской думе, затем – в Государственной думе и законодательно закрепили ряд мер по использованию «малой» техники, направленных на снижение травматизма. Но я вижу, что необходимо снова вернуться к этой проблеме в связи с появлением электросамокатов, на которых можно проехать десятки километров и которые активно проникают в нашу жизнь и становятся активными участниками дорожного движения. Мне непонятно, кто у нас должен штрафовать за использование мотоциклов, роликов, велосипедов без защитных приспособлений.

Наконец, нам нужно решить вопрос с катотравмой, которая на Западе не играет такой роли, так как продумана система крепления на окнах и дети просто не выпадают из окон. Мы активно боремся с ЧМТ у детей в результате падения плохо закрепленных телевизоров. Сделали на эту тему несколько передач.

Конечно, огромная лечебная нагрузка не дает нам еще ярче проявить себя в научной работе. Однако сотрудниками Института защищено 16 диссертаций, из них 5 – докторских; для Москвы выпущено 25 методических рекомендаций и получено 26 патентов. Это немало. Мы согласились с замечаниями комиссии ДЗМ и оставили только одного заместителя директора по науке. Только в прошлом году мы опубликовали самое большое число работ среди всех детских больниц Москвы за рубежом и стали соавторами опубликованной на английском языке уникальной фундаментальной книги «Ortopedics in Disasters». Мы являемся главными редакторами старейшего журналов в России «Детская хирургия» и нового журнала «Раны и раневые инфекции».

Мы должны сказать спасибо и правительству Москвы, и нашему Департаменту за дополнительные субсидии. Никогда такие Институты, как наш и «Склиф», не смогут быть рентабельными. Мы не покрываем до 40% наших потребностей. А скажите, пожарная служба – рентабельна? Как она простаивает без дела? Мы – urgentные. Это особый вопрос в отношении нашего финансирования – мы живем за счет дополнительных траншей Департамента.

Вопрос с тарифами ОМС тоже не закрыт. Ничего доброго в отношении страховых компаний сказать не могу. Это пиявки на нашем теле, но не лечебные. Специфика нашей работы в соответствии с конституцией России такова, что мы не можем активно развивать коммерческую деятельность. Для улучшения положения детей с последствиями черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы мы создали специальный фонд, и он в некоторых случаях облегчает нашу жизнь. Но заменить государственный подход он, конечно, не может.

Сколько сделано, а сколько еще надо сделать! Одни проблемы решаем, другие – появляются. Внедрение системы закупок потребовало увеличения штата персонала, и никто не считал сколько это стоит. Нас беспокоит и отсутствие серьезной ответственности выигравших конкурсы компаний.



Рис. 8. ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г. Москвы был создан в 2003 году на базе ДГКБ № 20 им. К.А. Тимирязева по инициативе профессора Л.М. Рошалю в соответствии с Распоряжением Правительства Москвы № 1194-Рп от 08.07.03 г.



Рис. 9. Ю.М. Лужков передаёт Ключ Л.М. Рошалю (2007 г.)



Рис. 10. А.П. Сельцовский. Выступление на первом Дне Института в 2008 г.

Самая большая проблема – грузовые лифты, которые не работают уже почти год. И сделать ничего не можем. Иногда опускаются руки.

Что нас ждет в профессиональном плане. В России врачи проходили первичную аккредитацию после окончания медицинского университета. Правда замечу, что материально-техническая база этих университетов, отсутствие собственной клинической базы и квалификация педагогов не позволяют готовить полноценного специалиста. Аккредитация – это практически допуск к профессии. Теперь наступила пора специализированной аккредитации после окончания ординатуры. Она ляжет на плечи опытных квалифицированных детских хирургов, не связанных с высшими учебными заведениями. Мы придерживаемся лозунга: «Готовят университеты, допуск к профессии осуществляют профессиональные организации». Как и во всем мире. Затем нам предстоит дополнительная аккредитация, освоение дополнительных компетенций и каждые 5 лет - повторная. Сегодня необходимо решить проблему разработки профессиональных стандартов в соответствии с образовательными стандартами. Это поручено Национальной медицинской палате. Не могут образовательные стандарты быть одни, а профессиональные – другие. Профессиональные стандарты дают направления развития образовательных программ. Для нас необходимо решить вопрос о специальности и специализации, и в детской хирургии тоже. Смешно, когда человек окончил ординатуру по детской хирургии и не может работать в травмотологическом пункте. Для меня не решен вопрос, какой хирургии мы должны учить в ординатуре – классической или эндоскопической. И как это сочетать. И что человек, который окончил ординатуру, обязан знать уметь и делать. Это вопрос, который висит в воздухе, несмотря на то, что профстандарты по детской хирургии мы сделали.

У нас есть проблема в непрерывном образовании с начислением баллов. Сегодня уже более 300 тысяч врачей открыли свои ячейки на сайте Минздрава. НМП проводит гигантскую работу по ранжированию всех мероприятий в России – до 1000 заявок в месяц. Нам нужен, наконец, законодательный акт на эту тему.

О главном сегодня. Мы анализируем каждую неделю материалы СМИ на нашу тему по всей стране. Становится страшно. Мы – убийцы в белых халатах. Число жалоб, добывающихся материальной выгоды не без помощи юристов, возросло в разы. Я понимаю следователей, которые задают вопрос – что делать? Моя позиция: только за умышленное причинение вреда здоровью врач может сесть в тюрьму. Председатель Следственного комитета А.И.Бастрыкин так сформулировал проблему: разработать наказание, не связанное с лишением свободы. И мы согласны с этим. Нужно разрабатывать иные формы наказания. И я еще раз хочу высказать благодарность СК РФ в желании понять нас. Но работа идет трудно. Если вы решите эту проблему, то медики уже сейчас при жизни поставят вам золотой памятник. За непреднамеренное нанесение вреда здоровью пациента, к каким бы

ОСНОВАНИЕ КЛИНИКИ



2003 год на базе детской клинической больницы №20 им. К.А. Тимирязева создан НИИ неотложной детской хирургии и травматологии.



ДИАГНОСТИКА



ЛЕЧЕНИЕ



РЕАБИЛИТАЦИЯ



**НАУЧНАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

- Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей и костей
- Острые хирургические заболевания брюшной полости
- Тяжелые черепно-мозговые и сочетанные травмы
- Открытые и закрытые переломы костей различной локализации
- Позвоночно-спинномозговые травмы
- Уро-андрологические заболевания



Помощь детям в институте
оказывается
КРУГЛОСУТОЧНО

2003 год **БОЛЕЕ 36 ТЫСЯЧ**
обращений в год
ОКОЛО 8 ТЫСЯЧ
госпитализаций

2018 год **БОЛЕЕ 90 ТЫСЯЧ**
обращений в год
ОКОЛО 15 ТЫСЯЧ
госпитализаций

Рис. 12. Основные показатели работы Института за 15 лет (2003–2018 гг.).



Рис. 13. Приём пациента на вертолётной площадке.

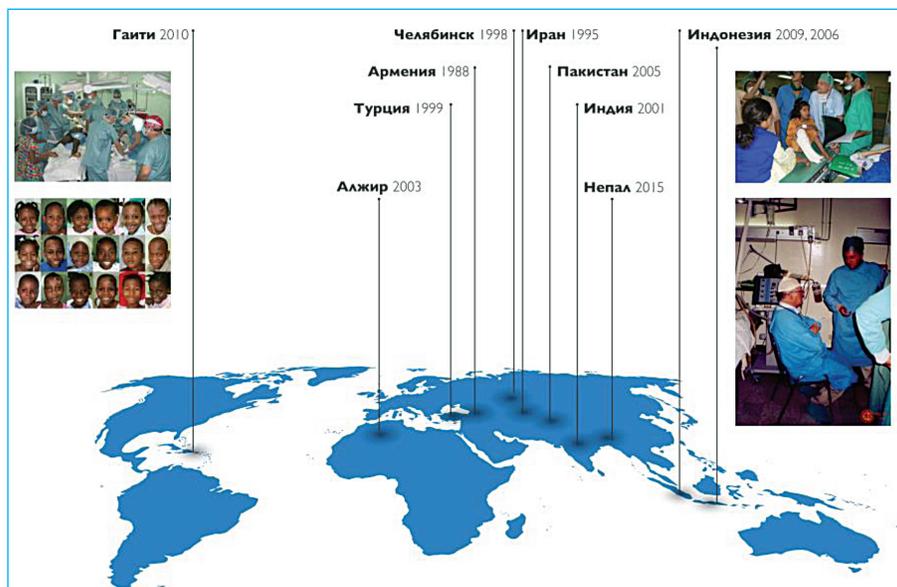


Рис. 14. География работы «команды Роşалия».

последствиям это не привело, врач не должен сидеть в тюрьме, так как это – непреднамеренно. А упоминание в 124-й статье УК слова «плод» приведет к уходу акушеров-гинекологов и неонатологов из специальности. Точно. Из судов не вылезем.

Мы выросли из своих штанишек. Нам не хватает площадей. Только что правительство передало нам 700 метров в рядом стоящем здании, которое мы отремонтировали и уже освоили. Мы последовательно развиваем реабилитацию, потребность в которой огромная. Мы попросили нас передать детский санаторий, в котором планируем построить современный корпус для современной реабилитации. Пройдя большой путь расчетов и согласований совместно с ДЗМ, надеемся на положительное решение Мэра по финансированию этого проекта. Много лет вынашиваем «идиотскую» идею – поставить еще один корпус между нами и памятником Дмитрову. И еще один большой вопрос, учитывающий базу функционирования детских травмпунктов города и необходимость методологической материально-технической и кадровой помощи. Для эксперимента попросили, передать нам травматологический пункт по аналогии со взрослой сетью. И взяли пока один, увидев, что там непечатый край работы; закупаем для него цифровой рентгенограф для дистанционного описания рентгенограмм и другое, работаем с кадрами, подключили к нашему «МедIALOGу» и можем анализировать их работу каждый день. Конечно, это – головная боль, конечно,



Рис. 15. «Команда Рошалья», перед вылетом на Гаити (2010 г.).

Слева направо: В.А. Митши, О.О. Саруханян, П.В. Мединский, Д.Ю. Басаргин, Д.А. Воробьев, Л.Б. Пужижцкий, Р.А. Кешишян, Н.В. Журавлев, А.С. Саратовский, В.Г. Багаев.

это – сложно. Вероятно, в Институте и других учреждениях для решения таких задач нужно создавать по этому поводу отдельные структуры. И это очень важно для Москвы. Почти 600 тыс. детей обслуживаются в трех круглосуточных и 18 дневных травмпунктах. Нужен серьезный разговор на эту тему.

Конечно, Институт будет развиваться дальше в направлениях, которые помогут нам улучшить результаты лечения детей с неотложными заболеваниями и травмами. Я убежден, что найдется еще немало детских больниц Москвы, которые могут сделать отчет о своей работе не хуже, а в чем-то может быть и лучше нашего. Еще раз, мы – детские хирурги Москвы – единая семья, каждый вкладывает в копилку оказания хирургической помощи свои достижения, получается гармония. Разрушать ее не нужно.

В заключении я хотел бы сказать то, что должен был сказать в самом начале. Я благодарю всех сотрудников Института за работу, чувство локтя, создания атмосферы неудовлетворенности и жажды движения вперед. Здоровья всем вам, все будет хорошо. Отдельные слова благодарности тем, кто помогал подготовить мне этот доклад.