



Лидер Мнений

Opinion Leader



Нам надо смелее
заявлять о себе,
рекламировать наших
хирургов, поднимать
авторитет российской
хирургической школы

Академик РАН
БАИНДУРАШВИЛИ
Алексей Георгиевич

~ с. 06 ~

1(83) 2026

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ.
ХИРУРГИЯ



ISSN 2782-3547



9 772782 354008



МОНОПОЛИЯ НА ЗНАНИЯ В МЕДИЦИНЕ НЕДОПУСТИМА

Операции в прямом эфире — самая доступная форма внедрения в практику твоих идей

**Директор Института
детской хирургии,
ортопедии и
травматологии
СПбГПМУ,
заслуженный врач РФ,
академик РАН
Алексей Георгиевич
Баиндурашвили —
о новом конгрессе
АТОР, хирургии как
практике, науке
и образе жизни и
о кинофестивале
хирургических
фильмов**

Мы встретились с академиком А.Г. Баиндурашвили в преддверии I Международного конгресса АТОР и стран СНГ «Секреты мастерства: как я это делаю. Живая хирургия». Как вице-президент Ассоциации травматологов-ортопедов России, главный внештатный детский специалист травматолог-ортопед Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, крупный руководитель, педагог и хирург с многолетним опытом, он поделился своим взглядом на развитие профессии, не скрывая секретов мастерства.

— Алексей Георгиевич, этот номер журнала приурочен к I Международному конгрессу АТОР и стран СНГ «Секреты мастерства: как я это делаю. Живая хирургия». Чем обоснован выбор данного формата, и почему такая необходимость назрела именно сейчас?

— Живая хирургия — это максимально честный и открытый формат передачи мастерства. Ведущие хирурги здесь не просто делятся теорией, а в реальном времени демонстрируют свои подходы: показывают доступы, объясняют, как избежать осложнений и как действовать в нестандартных ситуациях. Это не лекция, а прямое наставничество — передача другим того, что умеешь сам.

Почему это актуально именно сейчас? Так плохо говорить применительно к медицине, но это — производственная необходимость. Мы, к сожалению, столкнулись с девальвацией хирургической специальности, я это чувствую.

Чтобы стать хорошим хирургом, нужна конкуренция, а приток молодёжи в хирургию падает, многие выпуск-

Директор Института детской хирургии, ортопедии и травматологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России), заведующий кафедрой детской травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный детский травматолог-ортопед Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

В 1971 году окончил 1-й Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова. В 1971–1972 годах — врач физиологической лаборатории, в 1972–1976 годах — врач травматолог-ортопед ожогового отделения, в 1976–1982 годах — заведующий ожоговым отделением, в 1982–1984 годах — и. о. учёного секретаря, в 1984–1986 годах — старший научный сотрудник Ленинградского научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера.

В 1981 году защитил кандидатскую диссертацию по теме «Профилактика детского бытового травматизма в Ленинграде».

В 1994 году защитил докторскую диссертацию по теме «Раннее хирургическое лечение глубоких ожогов у детей».

С 1986 года по настоящее время — ассистент, доцент, профессор, а с 2001 года заведующий кафедрой детской травматологии и ортопедии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (ныне — СЗГМУ им. И.И. Мечникова).

В 2005–2020 годах — директор «Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера» Минздрава России.

С 2020 по 2024 год — президент ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России.

С 2024 года по настоящее время — директор Института детской хирургии, ортопедии и травматологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

С 1995 года профессор, с 2011 года член-корреспондент РАМН, с 2014 года член-корреспондент РАН, с 2016 года академик РАН.



Баиндурашвили Алексей Георгиевич

заслуженный врач РФ,
академик РАН, д. м. н.,
профессор

Академик А.Г. Баиндурашвили — крупный специалист в детской травматологии и ортопедии, в т. ч. комбустиологии, реконструктивной пластической и микрохирургии, вертебрологии, неонатальной ортопедии, в области системных заболеваний. Учёный, педагог, организатор здравоохранения.

А.Г. Баиндурашвили разработал систему профилактики и лечения тяжёлых ожогов у детей, научно обосновал и разработал комплекс вопросов консервативного и хирургического лечения детей с обширными и глубокими ожогами, включая пострадавших с критической площадью ожоговой поверхности 3А–Б ст., а также вопросов реконструктивно-пластической хирургии с использованием микрохирургических методов у детей с последствиями ожогов, что позволило повысить выживаемость тяжело обожжённых детей и снизить их смертность на 50%.

Он впервые стал применять клеточные культуры у детей с врождёнными пороками развития опорно-двигательного аппарата уже в периоде новорождённости и в первые месяцы жизни. Он одним из первых применил

клеточные культуры — эквивалент дермы для стимуляции регенерационных процессов на ожоговой поверхности.

А.Г. Баиндурашвили создан единственный в России «Федеральный детский центр повреждений позвоночника и спинного мозга» с оказанием комплексной специализированной помощи в масштабах страны. Усовершенствованы методы хирургического и консервативного лечения с использованием импортозамещающих спинальных систем. Снижена частота инвалидизации детей, вдвое сокращены сроки стационарного лечения и реабилитации.

Впервые в России открыт «Детский центр артрогрипоза».

А.Г. Баиндурашвили — создатель научно-практического центра Spina bifida для оказания мультидисциплинарной помощи детям с последствиями спинномозговой грыжи, в котором осуществляется хирургическое и восстановительное лечение пациентов с тяжёлыми ортопедическими последствиями порока развития спинного мозга.

А.Г. Баиндурашвили внедрены современные методы хирургического лечения патологии позвоночника, тазобедренного сустава, несовершенного остеогенеза, последствий травмы у детей с использованием компьютерного планирования и 3D-моделирования, компьютерной навигации при установке корригирующих металлоконструкций.

А.Г. Баиндурашвили — инициатор программы «Интердерма»: создание Международного банка донорской кожи для больных с обширными ожогами.

Под его руководством НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера вошёл в пятерку лучших клиник мира, это — единственный в Европе институт детской травматологии и ортопедии, занимающийся лечением самой сложной ортопедической патологии у детей.

А.Г. Баиндурашвили создал научно-педагогическую школу «Детская травматология и ортопедия».

Под его руководством защищено 4 докторских и 7 кандидатских диссертаций.

Он автор более 450 научных работ, из них 7 монографий, главы в 4 руководствах, 3 руководства для врачей, 20 учебных пособий и методических рекомендаций, три медицинских изобретения.

А.Г. Баиндурашвили — основатель и главный редактор журнала «Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста». Член редакционных советов научных журналов: «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», «Травматология и ортопедия России», «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии», «Хирургия позвоночника», «Journal of Childrens Orthopaedics».

Эксперт РАН, вице-президент Ассоциации травматологов-ортопедов России, создатель и президент Ассоциации детских травматологов-ортопедов Санкт-Петербурга.

Член международных организаций ортопедов-травматологов SICOT и Европейской организации детских ортопедов IFPOS, Международного общества защиты детей, Европейского детского ортопедического общества (EPOS).

В числе его наград: орден Почёта, Почётная грамота Президента РФ, Большая золотая медаль имени Н.И. Пирогова РАН, Премия имени И.П. Павлова в области физиологии и медицины, Премия Правительства Санкт-Петербурга за выдающиеся научные результаты в области науки и техники, Национальная премия «Руководитель года-2010», он трижды лауреат национальной премии лучшим врачам России «Призвание», лауреат Международной премии Андрея Первозванного, кавалер Императорского ордена Святой Анны III степени и др. Отмечен нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», знаком «Почётный донор России» (отдал 26 литров крови).

ники не доходят до операционного стола. Молодые ребята, мечтавшие стать хирургами, уходят в остеопатию, физиотерапию или в коммерческие структуры — там выше доход и нет такого морального напряжения. Хирургия — это не просто профессия, а образ жизни. В любую минуту может раздаться звонок, и ты должен быть готов. И, как сказал великий Николай Иванович Пирогов: «Хирургия — это искусство, регламентированное наукой». А ещё это тяжёлый труд. Не все на это способны.

К тому же, некоторые опытные хирурги перестали должным образом учить молодёжь, более того, я сталкивался с ситуациями, когда коллеги не раскрывают полностью свои наработки. По-моему, это кощунство. В медицине, где речь идёт о жизни и здоровье людей, монополия на знания недопустима! Настоящий мастер тем и богат, что делится всем, что он умеет. И чем больше ты делаешь, тем становишься более узнаваем, приобретаешь авторитет в профессиональной среде, а это тоже немаловажно. Я — сторонник профессионального донорства.

Мы стараемся различными методами повысить престиж специальности и привлечь молодёжь в хирургию. Конгресс «Секреты мастерства: как я это делаю. Живая хирургия» — один из них. Операции в прямом эфире — самая доступная форма внедрения в практику твоих идей.

Мы стараемся различными методами повысить престиж специальности и привлечь молодёжь в хирургию. Конгресс «Секреты мастерства: как я это делаю. Живая хирургия» — один из них

— *Программа конгресса сформирована по трём направлениям: эндопротезирование, вертебрология и артроскопия. Почему сделан такой акцент?*

— Такой выбор продиктован сразу несколькими факторами: острой востребованностью из-за большого количества больных, необходимостью пересмотра устоявшихся подходов и стремительным развитием медицинской науки. Эндопротезирование — это проблема современного общества, и мы обязаны реагировать на этот запрос. Но дело не только в объёмах: чем больше мы оперируем, тем чаще сталкиваемся с осложнениями, и это сигнал к тому, что пора пересматривать технологии и, что ещё важнее, идеологию. Я глубоко убеждён, что в сознании и врача, и пациента, и организатора здравоохранения должно произойти осознание простой истины: эндопротезирование равнозначно трансплантации органа. Да, имплантат металлический, но, по сути, это такая же пересадка жизненно важного элемента, как пересадка сердца или почки. Если мы внедрим в практику именно такое отношение с соответствующим уровнем ответственности, стерильности и организации, — тогда количество осложнений сведётся к минимуму.

Что касается вертебрологии, то здесь я руководствуюсь интуицией, а интуиция опытного хирурга — это не что иное, как неосознанный опыт, накопленный с годами. Я чувствую, что хирургия позвоночника стоит на пороге серьёзного пересмотра методов. Взгляните на историю: были аппараты Казьмина, затем системы Роднянского, позже мир перешёл на конструкции Котреля-Дюбуссе. Сегодня доминируют французские разработки, которые очень динамичны и успешны для текущего момента. Но если посмотреть на конечный результат глобально, то становится очевидно, что современные операции, безусловно, делают детей стройными, но, к сожалению, часто оставляют их негибкими. Мечта хирурга — восстановить и форму, и функцию в полном объёме — пока сбывается не до конца. В том числе и поэтому нам нужна дискуссия, свежий взгляд и новые идеи, чтобы определить, в каком направлении двигаться дальше.

И, наконец, артроскопия. Это общемировой тренд, и сегодня практически все переходят на малоинвазивные технологии. Это, безусловно, прогрессивно: через четыре прокола можно восстановить мениск или крестообразные связки, заглянуть в плечевой или любой другой сустав. Более того, с развитием навигации эндовидеохирургические методики начинают применяться даже при патологиях позвоночника, например при сложных формах сколиоза. Однако, включая это направление в повестку, мы должны подходить к нему взвешенно. Популярность метода не должна затмевать необходимость оценки отдалённых результатов.

Артроскопия — это высший пилотаж, филигранная техника, и нужно содействовать её дальнейшему развитию.

— *Операции проведут лучшие в своей области хирурги, а в качестве модераторов выступят самые авторитетные специалисты мирового уровня. Планируется ли вести видеозапись, чтобы в дальнейшем этот поистине бесценный опыт сделать доступным для практикующих врачей, использовать его в образовательных целях?*

— Да, в рамках конгресса будут оперировать и делиться секретами своего мастерства ведущие хирурги, а в сочетании с обсуждением и комментариями специалистов высочайшего уровня этот опыт представляет огромный интерес. Как вице-президент АТОР и член организационного комитета конгресса, я считаю важным, чтобы этот материал стал доступен для дальнейшего использования и тиражирования.

Я вхожу в состав нескольких диссертационных советов, и часто наблюдаю одну и ту же картину. Во время защиты диссертации, посвящённой, скажем, тяжёлому коксартрозу, диссертант показывает снимки — идеальные рентгенограммы. Работа проделана, оперативное вмешательство выполнено технически безупречно, в отдалённом периоде всё хорошо. А я смотрю и спрашиваю: «Скажите, вы рентгенограммы лечите или всё-таки больного?» Сделайте 15-секундный видеорепортаж. Покажите мне эту пациентку: вот она не ходила или ходила ужасно, хромала, мучилась от боли, а теперь бегаёт, садится на шпагат, танцует, возможно, стала чемпионкой России или просто вернулась к полноценной жизни.

Мы должны меняться в лучшую сторону. Хватит лечить рентгенограммы! Покажите мне улыбающегося человека! Поэтому я буду настаивать на том, чтобы ВАК включил в процедуру защиты диссертации требование предоставлять такой видеоролик.

Более того, я решил создать кинофестиваль медицинских, точнее, хирургических фильмов.

— *Фестиваль хирургических фильмов — это ваше ноу-хау?*

— Да, такого ещё не было нигде в мире, это наше российское ноу-хау — Санкт-Петербургский фестиваль хирургических фильмов.

Уже есть инициативная группа, энтузиасты, которые снимают такое кино. На наших утренних конференциях я всегда прошу врачей показать три этапа: пациента до операции, саму операцию и результат после. Молодые коллеги зажглись, постоянно представляют свои работы, и я очень горжусь этим. Но теперь это нужно систематизировать.

Мы уже разрабатываем эмблему и приз. Победителям будет вручаться наша собственная награда — золотая, серебряная и бронзовая статуэтки Петра I. В этом году, в период белых ночей, проведём пробный камерный фестиваль в основном с участием питерских хирургов. Но, конечно, если будет интерес у коллег из других городов, то я их приглашаю.

В перспективе мы хотим расширяться и сделать это событие международным. Прежде чем принять решение об организации кинофестиваля, я обзвонил коллег в странах Средней Азии и Европы, у них эта идея вызвала живой интерес. Я считаю, что у нас должен быть свой, хирургический «Оскар».

— *Вручая награду победителю на церемонии премии «Сила движения» в декабре 2025 года, вы сказали, что в последние несколько лет глубоко погрузились в работу операционной и отметили высочайший уровень мастерства российских хирургов. Как бы вы на сегодняшний день оценили общий уровень отечественных специалистов в области травматологии-ортопедии, в частности в детской, с которой вы связаны?*

— В последнее время в силу определённых обстоятельств я стал реже бывать за границей, но у меня большой опыт посещения операционных блоков зарубежных клиник. И меня очень интересовал вопрос: каков наш реальный уровень на фоне мировой хирургии? Я специально смотрел, как работают коллеги в американских, европейских, израильских клиниках, сравнивал с нашими ведущими центрами в Москве и Санкт-Петербурге. И как практикующий хирург я пришёл к выводу, что мы не просто не отстаём в мануальных способностях, в чистоте исполнения, в технике, наши хирурги ни в чём не уступают западным коллегам. Уровень отечественной травматологии и ортопедии, и в том числе детской, с которой я связан всю жизнь, сегодня очень высок. Я это видел своими глазами в операционных зарубежных коллег. Наши руки, наши головы работают блестяще. Но нам не хватает, пожалуй, одного — правильной пропаганды своих достижений.

Сегодня в разных странах, включая ближнее зарубежье, мы видим вывески: израильская клиника, немецкая клиника, французская, американская. В Алматы, Душанбе, Ташкенте, Самарканде, Ашхабаде есть такие центры. А почему нет российской клиники? Нам надо смелее заявлять о себе, рекламировать наших хирургов, поднимать авторитет российской хирургической школы. Создание российских клиник в странах СНГ могло бы стать мощным шагом в этом направлении. Я убеждён: нам это по силам!

— *Что, на ваш взгляд, необходимо хирургу, помимо непосредственно специальных знаний и навыков, чтобы*

стать высококлассным профессионалом? Какова в этом роль наставника?

— Это очень большой и важный вопрос. Я в последние три года многое пересматриваю в своей жизненной позиции и всё больше убеждаюсь: **хорошим хирургом может быть только хороший человек**. Я хочу, чтобы это было напечатано жирным шрифтом! Хирург может быть блестящим технарём, но, если он недобросовестный человек, вряд ли из него получится хороший хирург. Я с такими встречался, к сожалению. Хирург должен быть добрым, честным, порядочным, доброжелательным. И, конечно, глубоко преданным своему делу.

Мой первый учитель в хирургии профессор Нина Давыдовна Казанцева, которая была мне практически второй матерью, говорила: «Хирург — это элита в медицине, интеллигентный человек». И для неё интеллигентность означала не просто наличие диплома. Она считала, что хирург обязан разбираться в музыке: должен отличать Баха от Глиэра, Римского-Корсакова от Шнитке, Чайковского от Рахманинова. Он должен понимать и классику, и джаз, в живописи — отличать Рубенса от Рембрандта.

Она нас, молодых хирургов, просто втаскивала в мир искусства. Благодаря ей я пять или шесть лет дежурил в Большом зале филармонии. Я сидел там два раза в неделю с саквояжем, где лежали нашатырь, валидол, валерьянка. За это у нас были бесплатные билеты на любые концерты. Я подружился с дирижёром Мравинским. У меня есть гипсовый слепок руки великого пианиста Рихтера, подаренный самим Святославом Теофиловичем. Это счастье!

Поэтому я и своим слушателям, молодым врачам, говорю: «Завтра ко мне не приходите — у вас день Эрмитажа», Русского музея, Екатерининского дворца или Петергофа. Потому что без понимания прекрасного, без широты кругозора настоящего хирурга не получится. Можно блестяще владеть скальпелем, но, если душа не развита, ты никогда не станешь высококлассным профессионалом. Хирургия — это служение, и оно требует, чтобы человек был личностью.

— В конце 2024 года вы возглавили Институт детской хирургии, ортопедии и травматологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Какие задачи были поставлены перед вами, что уже удалось сделать и каковы планы на ближайшее будущее?

— Я пришёл на эту должность по приглашению ректора университета профессора Дмитрия Олеговича Иванова, за что я ему очень благодарен. Он поставил передо мной задачу сделать университетскую клинику прогрессивной и узнаваемой. Для достиже-

ния этой амбициозной цели нужно сделать многое. В настоящее время клиника активно занимается фетальной хирургией — исправлением врождённой патологии ещё до рождения ребенка. На сроке четыре-пять месяцев беременности хирурги лапароскопически устраняют патологию, которая раньше не поддавалась лечению. А через девять месяцев на свет появляется здоровый малыш. Это не фантастика, это наша реальность. Я уже не говорю о неонатальной хирургии, когда видимая патология устраняется в первые месяцы жизни. Тогда интеллектуальное развитие ребенка идёт совершенно по-другому. Здесь колоссальные перспективы и для практики, и для науки.

Известный австрийский хирург ещё в прошлом веке сказал: «Всю видимую ортопедическую патологию надо устранять до заживления пупка». Я хочу, чтобы в нашем институте этот принцип стал нормой.

Но есть у меня ещё одна мечта. Мой коллега, академик Эдуард Карпович Айламазян, заразил меня одной идеей — заняться психологией плода. Я сначала отнёсся к этому скептически, а потом изучил литературу и понял: это удивительная, неизведанная область. Мы сможем влиять на то, каким человек придёт в этот мир — доброжелательным, позитивным, гармоничным. Наши биофизики уже начали этим заниматься. Мы будем добиваться того, чтобы дети с врождённой патологией максимально рано получали высококвалифицированную медицинскую помощь (в том числе хирургическую) и росли здоровыми, умными и счастливыми. Планов у нас много.

□



AAE.RU

Ассоциация Аэрокосмических Инженеров

141070, Московская обл., Королёв, ул. Фрунзе, 1А
+7 (495) 780 1066 / info@aae.ru



СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ: МЕЖДУ СТАНДАРТИЗАЦИЕЙ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЕЙ

Может ли стандартизация здравоохранения, призванная обеспечить безопасность пациента, стать препятствием для реализации индивидуального подхода? Как найти баланс между жёсткими протоколами и творческим клиническим мышлением, и какие перспективы открывает перед специальностью синтез высокой науки и традиций петербургской медицинской школы

Анализируя пути развития современной медицины, размышляя о возможности возникновения прорывных направлений, внедрения высоких технологий, пытаясь представить решение вековых задач науки и практики, невольно обращаешься к истокам — к истории медицины, к хронологии познания биологических основ человеческого бытия. Вероятно, среди прочих болезней патология опорно-двигательного аппарата была одним из первых объектов медицинского изучения. Повреждения и деформации — наиболее очевидный объект, требующий исправления как в глубокие исторические времена, так и сегодня. И неслучайно именно исторические артефакты и письменные свидетельства вмешательства медицины в организм человека, относящиеся к древнейшим эпохам, принадлежат к той области, которую сегодня можно обозначить как травматология и ортопедия. Повреждения костей, приведшие к гибели или глубокому увечью, консолидированные переломы, свидетельства первых попыток их лечения — наиболее частые находки из обширного багажа палеоантропологии. Археологи продолжают обнаруживать

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ

эти свидетельства первых шагов человечества на пути продления жизни и восстановления активной функции.

В те далёкие времена попытки медицинского вмешательства при травмах и деформациях носили исключительный характер и были строго индивидуализированы. История и археология сохранили материальные и нематериальные свидетельства лечения героев и свидетелей древности — легендарных персонажей, таких как древнегреческий герой Ахилл с его сухожилием, или выявленные у мумий египетских фараонов врождённые деформации стоп. Тысячелетия спустя можно прочертить линию исторической преемственности от древнегреческих героев и древнеегипетских фараонов до сегодняшних достижений медицины. И каждое из нынешних достижений имеет свою историю. Стоя на плечах гигантов, врачи XXI века пишут свою страницу в этой летописи.

Детская ортопедия — это не просто ремесло или набор технических навыков. Это призвание, основанное на глубоком понимании законов роста, биомеханики и, конечно, человеческой души. Продолжая разговор об истоках и современном состоянии нашей специальности, хочется предложить размышление о том, что ждёт её впереди, и о том, без чего никакие технологические прорывы не имеют смысла.

Что же, кроме технологий и знаний, отличает медицину сегодняшнего дня, в том числе детскую ортопедию? Пожалуй, одним из важнейших отличий является необходимость её стандартизации. Столетиями европейская и русская медицина гордилась своим индивидуальным подходом к пациенту, развитием клинического мышления у врача, формированием личности врача как специалиста, способного принимать уникаль-



**Баиндурашвили
Алексей
Георгиевич**

заслуженный врач РФ, академик РАН, д. м. н., профессор, директор Института детской хирургии, ортопедии и травматологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующий кафедрой детской травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный детский травматолог-ортопед Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия

ные решения в уникальных обстоятельствах. Требования медицины XXI века ставят под сомнение возможность реализации такого подхода. Воспроизводимость результатов диагностических тестов и методов лечения, возможность их стандартизации, документирование, необходимость соответствия установленным стандартам и протоколам, в том числе законодательно утверждённым, стали объективной реальностью современного здравоохранения.

Стандартизация и унификация касаются всех компонентов медицины — от медицинского образования

(стандартные тесты, процедуры аккредитации, стандарты обучения) до реальной клинической практики. Элемент творчества покидает современную медицину. Строгие регламенты, протоколы, стандарты, порядки, клинические рекомендации вытесняют логику и почти исключают возможность нестандартных решений. Безусловно, основной причиной такого подхода является забота о безопасности пациента. Использование непроверенных методик, подмена знаний интуицией могут привести к неоправданному риску для пациента, в том числе ребёнка с патологией опорно-двигательного аппарата. Обратной стороной такого подхода становится невозможность в полной мере использовать индивидуальные возможности и навыки врача, а также принять во внимание все индивидуальные особенности пациента. Именно сочетание этих факторов лежит в основе гибкого, клинического, творческого мышления.

Одним из печальных итогов стандартизации и унификации в детской травматологии и ортопедии является доминирование хирургических методик лечения в последние десятилетия. Применение стандартных фиксаторов, стандартных хирургических подходов позволяет врачу в ряде случаев освободить себя от необходимости рефлексии по поводу возможности других, более щадящих, но требующих более длительного наблюдения и личной вовлечённости методов.

К таким методам в значительной степени относятся методики консервативного лечения травм и повреждений, в частности переломов костей. Закрытая репозиция перелома у ребёнка, деликатное наложение гипсовой повязки, дальнейшее тщательное наблюдение с возможностью принятия нестандартных решений имеет несомненно большее отношение

к искусству врачевания, нежели установка массивной титановой пластины, выполненная с помощью стандартного силового оборудования в стандартных условиях операционной, да еще и подтверждённая выполнением рентгенограммы в стандартных проекциях, документирующих в большей степени положение металлической конструкции, нежели достигнутый функциональный результат.

Информация, доступная человечеству, удваивается каждые несколько лет. То, что казалось фантастикой ещё несколько десятилетий назад (например, компьютерная томография или артроскопия), сегодня стало рутинной. Но фундаментальный вектор развития остаётся неизменным: осуществляется переход от хирургии иссечения и замещения к хирургии управляемой регенерации и предотвращения патологии. Петербургская (ленинградская) школа, восходящая к Генриху Ивановичу Турнеру, всегда отличалась стремлением докопаться до сути патогенеза, понять причины деформации, а не просто устранить её следствие. Именно этот глубинный, патофизиологический подход сегодня, обогащённый возможностями высоких технологий, открывает поистине безграничные перспективы.

Однако, как было отмечено выше, современная медицина оказалась в поле напряжения между двумя полюсами: необходимостью стандартизации, диктуемой заботой о безопасности и воспроизводимости результатов, и уникальностью каждого конкретного пациента, требующей индивидуализированного подхода. Эта дихотомия пронизывает все уровни — от выбора тактики лечения до формирования клинического мышления у молодых врачей. И если в древности врачевание было искусством, целиком основанным на индивидуальном опыте и интуиции, а в эпоху рас-

цвета клинических школ — на авторитете учителя и традиции, то сегодня перед нами стоит задача органично соединить строгость протоколов с гибкостью творческого подхода. Рассмотрим ключевые направления, в которых этот синтез становится возможным и необходимым.

Регенеративная медицина и тканевая инженерия, пожалуй, самое захватывающее направление. Ранее привычным было иметь дело с костью как с неизменяемой структурой, которую нужно пилить, сверлить и скреплять металлом. Но кость — это живая, динамичная ткань, обладающая колоссальным потенциалом к восстановлению, особенно в детском возрасте. Задача науки — научиться максимально использовать этот потенциал.

Медицина вступает в цифровую эру. Детская ортопедия с её бесконечным разнообразием вариантов анатомии и деформаций — идеальный полигон для этой парадигмы. Здесь стандартизация и индивидуализация парадоксальным образом смыкаются: например использование 3D-навигации позволяет хирургу видеть на экране монитора точное положение своих инструментов в режиме реального времени, словно работа ведётся с открытой анатомией, но через мини-доступ. Это резко повышает безопасность вмешательства.

Генная терапия и молекулярная ортопедия подходят к самому тонкому и сложному уровню. Происходит переход от роли «механиков» к роли «молекулярных биологов». И вновь перед нами встаёт вопрос о границах стандартизации: можно ли создать стандартный протокол редактирования генома для каждого пациента, если мутации могут быть уникальными? Рассмотрим несовершенный остеогенез («хрустальные люди»). Это тяжелейшее генетическое заболевание, при котором нарушен синтез коллагена

I типа, из-за чего кости становятся чрезвычайно хрупкими. Ребёнок может получить перелом при простом пеленании.

Сегодняшняя терапия (введение бисфосфонатов) лишь укрепляет кость, но не устраняет причину. Генная терапия, использующая технологию редактирования генома, в будущем позволит «отредактировать» мутантный ген в клетках ребёнка, заставив их производить нормальный коллаген. Это не просто лечение — это потенциальное исцеление от болезни на всю жизнь. Петербургскими ортопедами ведётся внимательное наблюдение за работами коллег-генетиков, и есть уверенность, что прорыв в этой области произойдет уже в ближайшие десятилетия.

Другой пример — ахондроплазия. Самая частая форма карликовости, вызванная мутацией в гене рецептора фактора роста фибробластов. Сегодня разрабатываются и уже проходят клинические испытания препараты (аналоги С-типа натрий-уретического пептида), которые блокируют этот патологический сигнал, позволяя ребёнку расти. Вместо многолетних операций по удлинению конечностей с помощью аппаратов Илизарова (которые, отдадим им должное, были гениальным изобретением нашего соотечественника), ребёнку можно будет давать укол или таблетку, и его кости начнут расти правильно. Это перевернёт всю парадигму лечения.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПОКОЛЕНИЙ И НАСТАВНИЧЕСТВО: ДУША ШКОЛЫ

Все эти грандиозные перспективы технологии — 3D-принтеры, навигация, роботы, гены — останутся лишь мёртвым набором железа и формул, если не будет главного — человека, врача, который сможет этим управлять, понимать границы

применимого и, самое главное, чувствовать боль ребёнка и надежду его родителей. Возвращаясь к теме стандартизации, следует признать: никакой стандарт не заменит клинического мышления, воспитанного учителем и отточенного годами практики.

В Петербурге исторически сложилась мощнейшая школа детской ортопедии. Опыт легендарных хирургов, их «чувство руки», их клиническое мышление — это национальное достояние. И важнейшая задача — передать это достояние молодым. Наставничество в современной ортопедии — это не просто передача навыков. Это трансляция философии принятия решений. Молодой доктор может блестяще знать все классификации и уметь обращаться с компьютером. Но только опытный наставник, сидя с ним рядом в перевязочной, гля-

дя на рентгенограмму и на самого ребёнка, способен научить его видеть ту самую грань, когда можно лечить консервативно, а когда уже необходимо оперировать. Научить его терпению, умению наблюдать за ребёнком годами, понимать динамику процесса. Научить его общению с родителями, которые находятся в стрессе.

Школа клинического мышления, помноженная на современные технологии, даёт синергетический эффект. Искусство врача заключается в синтезе информации, а синтез невозможен без глубокой базы, которую может дать только живое общение с наставником. Необходимо создавать условия, чтобы молодые врачи впитывали традиции, участвовали в научной работе. Только так удастся сохранить ту уникальную петербургскую ортопедическую школу, которая

Генная терапия, использующая технологию редактирования генома, в будущем позволит «отредактировать» мутантный ген в клетках ребёнка, заставив их производить нормальный коллаген. Это не просто лечение — это потенциальное исцеление от болезни на всю жизнь

Детская ортопедия стоит на пороге превращения из преимущественно хирургической специальности в специальность синтетическую, объединяющую хирургию, генетику, биоинженерию, информатику и физику. Центральной проблемой при этом остаётся проблема баланса между стандартизацией, обеспечивающей безопасность и воспроизводимость результатов, и индивидуализацией

славится своим гуманизмом и фундаментальностью, и передать её в надёжные руки будущего. Роботизация и малоинвазивная хирургия становятся всё более распространёнными. Но роботы не заменят хирурга, хотя и станут его идеальным инструментом, особенно в тех областях, где требуется филигранная точность. Итак, перед наукой открываются поистине захватывающие перспективы. Детская ортопедия стоит на пороге превращения из преимущественно хирургической специальности в специальность синтетическую, объединяющую хирургию, генетику, биоинженерию, информатику и физику. Центральной про-

блемой при этом остаётся проблема баланса между стандартизацией, обеспечивающей безопасность и воспроизводимость результатов, и индивидуализацией, без которой невозможно искусство врачевания в его высоком понимании. Однако, чтобы эти перспективы стали реальностью для детей в Санкт-Петербурге, предстоит решить ряд сложнейших задач. Прежде всего, это интеграция и междисциплинарность. Необходимо создавать научно-клинические кластеры, где бок о бок работают ортопеды, биологи, инженеры, программисты, генетики, реабилитологи. Только в таком диалоге рождаются прорывные решения. Наш город обладает

для этого огромным потенциалом, имея мощные инженерные и медицинские школы.

Новые технологии ставят новые вопросы, в том числе этические и юридические. Кто будет нести ответственность за работу напечатанного на 3D-принтере имплантата? Где этическая граница вмешательства в геном будущего человека? Как стандартизировать то, что по определению уникально? Эти вопросы требуют широкого общественного и профессионального обсуждения уже сегодня. И, наконец, доступность. Самая большая тема. Как сделать так, чтобы ребёнок из любой, даже самой отдалённой, точки страны мог получить лечение с использованием самых современных технологий? Это вопрос государственной политики, развития телемедицины, создания федеральных центров компетенций и выездных форм работы. В заключение хочется сказать главное. Как бы ни развивались технологии, как бы ни менялись методики, в основе профессии всегда будет оставаться человек — маленький пациент и его семья. Петербургская традиция, заложенная Турнером и его последователями, — это традиция милосердия, терпения и глубокого уважения к страданию. Сочетая эту вечную ценность с новейшими достижениями науки, передавая накопленный опыт от поколения к поколению через живое наставничество, удастся выполнить свою главную миссию — вернуть детям радость свободного и безболезненного движения. И в этом вечном стремлении между Сциллой стандартизации и Харибдой индивидуализации должен быть проложен безопасный и творческий фарватер, по которому поведут своих пациентов будущие поколения петербургских ортопедов.

□



VII КОНГРЕСС ОРТОБИОЛОГИЯ 2026 БУДУЩЕЕ НАЧИНАЕТСЯ ЗДЕСЬ

24-25 апреля 2026

Москва | Холидей Инн Москва Сокольники

Организаторы

- Межрегиональная общественная организация «Общество регенеративной травматологии и ортопедии» - ОРТО
- Общероссийская Общественная Организация «Ассоциация травматологов-ортопедов России» - АТОР
- «Медицинская ассоциация специалистов по лечению и изучению остеонекроза» - МАПО
- НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова
- Кафедра травматологии и ортопедии ФНКЦ ФМБА России

Основные направления Конгресса

- Разработка и клиническое использование матричных имплантатов и ткане-инженерных конструкций костной, хрящевой тканей, связок, сухожилий и соединительно-тканых оболочек
- Трансплантация культивированных мезенхимальных клеток в травматологии и ортопедии
- Биосовместимые материалы с регулируемыми параметрами биодеградации и кондуктивными свойствами для костной фиксации и покрытия имплантатов
- Аддитивные технологии, 3-D биопечать в травматологии и ортопедии
- Биотехнологические препараты для стимуляции регенерации тканей и органов опорно-двигательного аппарата. Клиническая эффективность и безопасность. (плазма, обогащенная тромбоцитами, минимально-манипулированные клеточные продукты, коллагенсодержащий матрикс, биотоксины, продукты на основе амниотических тканей, отдельные цитокины и их комбинации)
- Основы патологии костной и хрящевой ткани, мышечно-сухожильных образований и соединительно-тканых оболочек с позиций возможностей биомедицины
- Биомедицинские подходы для управления костной регенерацией при остеогенезе
- Регенеративные технологии в остеосинтезе. Возможные пути профилактики и лечения хирургических осложнений, замедленной консолидации, ложных суставов. Управление костной регенерацией
- Регенеративные технологии в артроскопической, малоинвазивной и органосохраняющей хирургии
- Регенеративные технологии в хирургии заболевания и повреждения позвоночника и последствий черепно-мозговой травмы
- Регенеративные технологии в лечении хирургических ран, раневой инфекции, остеомиелита
- Биотехнологии в лечении остеопороза и остеонекроза
- Стимуляция репаративной остео- и хондрорегенерации с использованием немедикаментозных методов
- Генно-клеточные технологии в травматологии и ортопедии

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:
orthobio.ru
+7 (812) 677-31-56
welcome@congress-ph.ru

