

Сотрудничество

Лёгкое касание лёгких

Торакальная хирургия через один прокол: невозможное возможно

Знаменитый испанский торакальный хирург Диего Гонсалес Ривас – человек мира, оперирующий и преподающий в разных странах – впервые приехал в Москву. В Институте хирургии им. А.В.Вишневого он провёл мастер-класс по однопортовой торакоскопии, на который собрались торакальные хирурги из разных российских регионов.

– Мне особенно приятно находиться в этом институте, потому что работавший здесь А.А.Вишневецкий был пионером кардиоторакальной хирургии в СССР. Сегодня я покажу инновационный подход – однопортовый торакоскопический доступ. Думаю, что вам понравится, и академику Вишневецкому, автору многих смелых идей в хирургии, это понравилось бы тоже, – приветствовал Диего Ривас российских коллег.

Однопортовая торакоскопическая хирургия (Uniportal VATS) – не просто «фирменный знак» доктора Риваса, а его изобретение. В 2010 г. он впервые в мире предложил и опробовал данный вариант операции на органах грудной клетки, в том числе при раке лёгкого. Это стало очередным шагом в развитии торакоскопии: вместо традиционных 3-4 проколов можно делать только один.

На этом Диего Ривас не остановился в своём стремлении совершенствовать торакальную хирургию. В 2014 г. он впервые провёл торакоскопическую лобэктомию без интубации пациента. Как поясняет сам хирург, благодаря этому удаётся уменьшить риск послеоперационных осложнений.

– Методы, о которых я рассказываю, должны использовать только хирурги с большим опытом работы, – неоднократно повторил Диего Ривас во время общения с аудиторией российских врачей. Это тот случай, когда целью мастер-класса было не стремление одного «продвинутого» специалиста убедить всех остальных в том, что надо делать так и никак иначе, потому что данный подход имеет существенные преимущества, а в том, чтобы показать: можно оперировать ещё и так.

В рамках мастер-класса специалисты института А.В.Вишневого выполнили под руководством



Доктор Диего Ривас во время мастер-класса

доктора Риваса две операции по его технологии. В первом случае это была однопортовая анатомическая сегментэктомия из нижней доли левого лёгкого у 23-летнего пациента с нейроэндокринной опухолью. Несмотря на то, что новообразование злокачественное, хирурги удалили 4 поражённых опухоли сегмента лёгкого, сохранив часть нижней доли. В целом это была анатомическая резекция с лимфаденоэктомией, то есть, следуя правилам радикальной хирургии при онкологическом процессе, пациенту выполнили органосохраняющую операцию. И всё это – через один-единственный прокол для торакоскопического инструмента.

Во время второй операции пациенту с туберкулезом была проведена однопортовая верхняя лобэктомия справа (удаление верхней доли правого лёгкого). Говоря проще, радикальная операция по удалению большого новообразования на верхушке лёгкого выполнена минимально инвазивным способом.

– Операции, которые презентовал наш гость, в Институте хирургии им. А.В.Вишневого тоже выполняются, но у Риваса опыт однопортовой торакоскопии – несколько тысяч вмешательств, а у нас пока около двух десятков. Нам очень важно было ещё раз увидеть самим и показать коллегам эту технологию в исполнении её автора. Мы ездили на обучающие курсы к Диего Ривасу во Францию и Китай, а теперь решили пригласить его провести мастер-класс в Москве, – комментирует событие заведующий отделением торакальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневого кандидат медицинских наук Алексей Печетов.

В настоящее время, как было сказано в ходе встречи специалистов, стандартные торакоскопические операции выполняются во многих российских клиниках, а через единый доступ – лишь в единицах. Не все торакальные хирурги, в том числе ведущие, считают однопортовую торакоскопию оптимальным вариантом операций на лёгких, тем более при онкологической патоло-

гии. Именно поэтому мастер-класс Д.Риваса был дополнен «круглым столом», во время которого российские врачи могли напрямую задать испанскому хирургу вопросы и высказать свою точку зрения на предложенные им оригинальные подходы. Дискуссию возглавили известные российские специалисты, обладающие большим опытом выполнения торакоскопических операций, – руководитель отделения торакальной хирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена доктор медицинских наук Олег Пикин и заместитель главного врача по хирургии ГКБ № 62 кандидат медицинских наук Павел Кононец.

– В нашем профессиональном сообществе есть сторонники однопортовой техники выполнения операции, есть приверженцы полной торакоскопической техники – через 3-4 прокола, и есть те, кто предпочитает открытые операции. Важно понимать, что доступ – это всего лишь доступ, внутри выполняется стандартный объём операции. Мы тоже стараемся чаще оперировать через единый доступ, и не только потому, что это менее травматично для пациента, но и потому, что это более удобно для самого хирурга: при однопортовом подходе всё находится в прямой видимости, не нужно менять угол зрения, угол атаки. Однако это не отрицает возможности традиционных подходов в торакальной хирургии. Основная задача мастер-класса, который мы провели, – показать все возможные варианты выполнения одной и той же операции и обменяться опытом, – подчёркивает старший научный сотрудник отделения торакальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневого кандидат медицинских наук Юрий Есиков.

Будущее не просто за малотравматичной, а за минимально

инвазивной хирургией, убеждён директор Института хирургии им. А.В.Вишневого, главный хирург Минздрава России, академик РАН Амиран Ревшвили. Обращаясь к участникам встречи, он призвал молодых, а тем более опытных хирургов не возводить что-либо привычное в незыблемый принцип, а проявлять интерес к новым технологиям и обучаться владению ими.

– Долгое время я занимался открытой хирургией сердца, что не помешало мне заинтересоваться интервенционными процедурами. И в тех случаях, когда состояние пациента позволяет выполнить малотравматичную операцию, я выполняю её, потому что есть разница, находится пациент в стационаре 3-4 недели после открытой операции с возможными осложнениями или всего 2-3 дня после интервенционных процедур, видеоскопических вмешательств. Уверен, надо в равной степени осваивать и открытые, и малотравматичные, а тем более минимально инвазивные подходы в любой области хирургии. В руках опытного хирурга – сердечно-сосудистого, торакального, абдоминального – должны быть и те, и другие технологии, такова моя позиция, – подчеркнул главный хирург страны.

В то же время академик А.Ревшвили считает, что более активному внедрению в России малоинвазивных оперативных подходов, в том числе однопортовой торакоскопической хирургии в онкологии, мешает проблема поздней выявляемости рака. Поэтому перспектива развития минимально травматичной онкохирургии в нашей стране находится в прямой зависимости от решения задачи по раннему выявлению опухолей у больных.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Современные технологии

Диабетическая стопа. Лечить и только лечить!

Уже можно избежать ампутации, которая была практически неизбежной несколько лет назад

Во Всемирный день борьбы с сахарным диабетом, который отмечается 14 ноября, прозвучали устрашающие цифры: по данным ВОЗ, эпидемия сахарного диабета в мире уже поразила 415 млн человек, в 2035 г. ожидаемое количество заболевших этим недугом достигнет 592 млн.

Об этой тяжёлой патологии рассказывает заведующий отделением гнойной хирургии городской клинической больницы № 13 Москвы кандидат медицинских наук Владимир ОБОЛЕНСКИЙ.

– Владимир Николаевич, можно ли больному сахарным диабетом, осложнённым диабетической стопой, избежать ампутации?

– Стараемся к минимуму свести процент такого трагического для пациента исхода. Так, в нашей больнице за последние 5 лет доля ампутаций любого уровня при диабетической стопе снизилась практически в 3 раза. В то же время количество пластических и костно-пластических операций у данной

категории больных увеличилось более чем в 6 раз. Это привело к снижению процента инвалидизации у больных с синдромом диабетической стопы почти в 5 раз.

– Считается, что современная помощь в лечении диабетической стопы в силу её высокой стоимости доступна далеко не всем, кто в ней нуждается. Это действительно так?

– Два года назад наше отделение гнойной хирургии впервые было включено в программу оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам именно с синдромом диабетической стопы. Но в идеале, конечно же, необходимо создание специализированного отделения диабетической стопы, которое бы функционировало на базе структуры вроде центра хирургических инфекций или же центра гнойной хирургии. Это бы дало помимо морального ещё и экономический эффект.

– Как много нуждающихся в лечении диабетической стопы?

– По различным оценкам, в России в настоящее время на-

считывается до 13-15 млн больных сахарным диабетом и более миллиона из них проживают в Москве, причём без учёта приезжих.

– То есть потенциальных претендентов на ампутацию конечности предостаточно?

– Да, именно так. Но мы делаем всё возможное, чтобы этого не случилось. Как известно, синдром диабетической стопы стоит в одном ряду с гнойными заболеваниями мягких тканей, остеомиелитами, перипротезной инфекцией, хроническими ранами и различными трофическими язвами, а в их лечении нами накоплен большой опыт. Мы с коллегами успешно разработали и запатентовали свой собственный импортозамещающий аппарат для лечения ран локальным отрицательным давлением, который в настоящее время эффективно используется в госпитальной и амбулаторной практике в самых разных регионах нашей страны. В прошлом году был интересный случай в Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.



Пролечили пациента с послеоперационной гнойной раной мягких тканей головы, с остеомиелитом и дефектом костей черепа с применением этой самой методики локального отрицательного давления.

– С каким результатом?
– Вылечили. Но надо отметить, такие примеры ещё не описаны в

мировой литературе! А в прошлом году нами был очень успешно апробирован метод лечения хронических и инфицированных ран аргоноплазменными потоками с использованием уникальной и тоже отечественной установки. Более 10 лет назад впервые в мировой практике в нашем же отделении разработана и внедрена методика стимуляции регенераторных, то есть восстановительных процессов хронических ран с использованием аутологических тромбоцитарных факторов роста. Чтобы было понятнее, скажу, что ранее эта методика использовалась в стоматологии, травматологии и спортивной медицине.

Ещё мы внедрили в отделение метод непрямой электроимпульсной миостимуляции у больных с синдромом диабетической стопы в условиях ограниченной физической активности, что позволяет уменьшить риск тромбоэмболических осложнений, сократить длительность лечения в стационаре и сроки реабилитации таких пациентов.

Но как бы мы ни гордились своими успехами, мировая тенденция, к сожалению, такова, что количество гнойно-септических осложнений и больных с осложнениями диабета растёт. Этот факт делает данную проблему ещё более актуальной, чем 100 лет назад, и требует поиска новых путей решений – научных, практических, тактико-стратегических и организационных.

Беседу вела
Найла САФИНА,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Москва.