

О месте и роли скальпеля

– Юрий Андреевич, помимо работы в операционной вы занимаетесь просветительством, а именно каждый год осенью для учёбы собираете в Иркутске детских хирургов из России и зарубежных стран? Зачем это вам, коль скоро вы уже состоялись как хирург?

– Цель наших встреч – продвижение новых, минимально инвазивных хирургических технологий в практику российских врачей. Причём это не всегда зарубежные технологии. Хочу подтвердить на высоком экспертном уровне, что Россия уже не стоит на задворках эндоскопической хирургии. Нас знают во всём мире, уважают, наши статьи печатают в авторитетных научных журналах, мы входим во все мировые хирургические общества.

В этом году в ходе научного саммита по детской хирургии мы уделили отдельное внимание торакоскопическим операциям у детей при врождённых и приобретённых заболеваниях органов грудной клетки. Особый интерес всегда вызывает выполнение торакоскопических и вообще эндоскопических вмешательств новорождённым, потому что размеры тела пациента как раз будут характеризовать мастерство хирурга.

Незаметно для общества в медицине, а именно в хирургии, произошла революция, связанная с развитием эндоскопических технологий. У хирургии своя эволюция. Тысячелетняя история скальпеля, которая начиналась с древних времён, похоже, завершилась, потому что скальпель играет в современной хирургии всё меньшую роль. Его место занимают минимально агрессивные хирургические технологии.

– В этом вопросе, я знаю, с вами многие корифеи хирургии поспорили бы.

– Я тоже это знаю. Первоначально не только в нашей стране, но и во всём мире был период скепсиса в отношении эндоскопической хирургии, потому что она была, во-первых, высокозатратная, а во-вторых, требовала дополнительных навыков со стороны не только хирурга, но и всей бригады – операционной сестры, анестезиолога. Переломный момент произошёл в конце 90-х годов прошлого столетия, когда усилиями сначала немецких хирургов, а затем и американских идеология малотравматичной хирургии постепенно стала распространяться повсеместно.

В России старт этого процесса совпал с неблагоприятной экономической ситуацией, и потому было отставание в развитии эндоскопической хирургии. Но в 2000-е годы проявился повторный интерес к ней. Мы очень удачно поймали эту волну и сохраняем приверженность эндоскопической хирургии, невзирая на реплики наших оппонентов, что она не имеет будущего.

– Интерес к эндоскопическим технологиям у детских хирургов в России уже тотальный, или есть регионы, где эту идеологию ещё не всё хирургическое сообщество поддерживает?

– Интерес велик, но и противников немало. Впрочем, это общемировая тенденция: в Великобритании 70% хирургов до сих пор не поддерживают эндоскопические технологии. Почему? Скорее всего, проблема в голове у врача: это его собственный страх, неготовность к восприятию нового и оттого тяга к ортодоксальному – открытой хирургии.

– Естественное для человеческой природы опасение: ты 20 лет накапливал опыт в открытой хирургии, и вдруг тебе предложили переучиваться.

– Или, говоря языком компьютерщиков, переформатироваться, сделать внутренний апгрейд. Это действительно очень сложно. Поэтому шансов у молодых, начинающих врачей стать хорошими эндоскопическими хирургами больше, чем у врачей старшего поколения.

Через полчаса хирурга ждут в операционной. Пациенту две недели от роду, диагноз – врождённая нейробластома. Предстоящая эндоскопическая операция прежде всего имеет диагностическую цель: необходимо определить возможность удаления опухоли. Предварительные анализы на онкомаркеры и МСКТ-исследование показали, что, вероятно, это, это злокачественный процесс. «Если опухоль доступна для удаления, мы её удалим. Если это невозможно из-за прорастания в соседние органы, необходимо будет взять биопсию, определить стадию, провести химиотерапию и лишь потом повторно зайти и убрать новообразование», – поясняет врач план операции.

Ещё лет 20-30 назад даже представить подобное применительно к российским детским больницам было невозможно:

Из первых уст

Юрий КОЗЛОВ:

«Врач, который отрицает новое, не имеет будущего»

Возможности современной детской хирургии ещё не до конца используются в России



Юрий Козлов (в центре) с коллегами – шефом детской хирургии госпиталя Скалистых гор Стивенем Ротенбергом (Денвер, Колорадо, США, слева) и шефом детской хирургии детского госпиталя Даниэлем Остли (Мэдисон, Висконсин, США)

Я очень рад, что нынешнее время дарит нам совсем иных студентов. Увлекаясь компьютерами, они, естественно, начинают изучать иностранные языки, и затем, когда приходят в медицину, свободно читают прогрессивную литературу по специальности, которая на 80% выходит на английский.

Что же касается современных учебных вузовских программ, пока они строятся эволюционно: сначала даются базовые знания по основам хирургии, идёт изучение полостной, открытой хирургии, и затем уже, как альтернативный вариант, преподносят эндоскопическая хирургия. На мой взгляд, это не совсем правильный подход, потому что сегодня 80-90% операций можно выполнять малоинвазивно.

– В том числе по экстренным показаниям?

– Да. И в ближайшем время это будет касаться большей частью как раз экстренных операций.

Ещё недавно мы говорили, что не все формы аппендицита можно оперировать эндоскопически, а сейчас утверждаем: все формы острого аппендицита, в том числе сопровождающегося перитонитом, дают лучшие результаты лечения, если операция будет выполнена миниинвазивным способом. Тут имеет значение точность предоперационной диагностики.

И, возвращаясь к разговору о

выполнить МСКТ, а потом оперировать новорождённого по поводу онкологической патологии, да не открытым доступом, а эндоскопическим. Однако то, что ещё недавно отечественные хирурги могли видеть только у коллег за рубежом, сегодня они делают сами.

Мой собеседник – Юрий Козлов, главный детский хирург Сибирского федерального округа, руководитель Центра хирургии новорождённых Ивано-Матрёнинской детской клинической больницы (Иркутск), победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач года» – 2010 в номинации «Лучший детский хирург». Он – один из идеологов и лидеров детской эндоскопической хирургии в нашей стране, и его мнение об уровне развития данного направления медицины, бесспорно, весомо.

родился с онкологической патологией, причём диагноз был выставлен внутриутробно. Так?

– Большинство опухолей, которые мы видим после рождения ребёнка, определяются ещё до рождения. Вообще статистически врождённых пороков развития и врождённой опухолевой патологии у детей стало больше только потому, что в настоящее время её лучше диагностируют.

– И в данном случае, несмотря на заключение врачей, женщина решила сохранить беременность. Позволю себе высказать крамольную мысль: в идеале, чем качественнее пренатальная диагностика, тем меньше должно рождаться детей с пороками развития и врождённой хирургической патологией. Однако же они рождаются. Не является ли причиной этого представление людей о всеисильности современной медицины? Зачем прерывать беременность, когда есть доктор Козлов и его коллеги, которые исправят любую ошибку природы и сделают ребёнка здоровым?

– Этот вопрос волнует не только вас. Я каждый день задумываюсь над тем, что я делаю, и как с этим быть.

Наша страна сделала очень большой рывок: открыты хорошие перинатальные центры, соответственно, значительно улучшилась дорожная диагностика. У нас появились перинатальные консилиумы, аналог фетальных центров в США. И частота выявления врождённых пороков стала довольно высокой: уровень пренатальной диагностики диафрагмальных грыж составляет 90%. В 80% случаев можно диагностировать у будущего ребёнка болезнь Дауна, синдром Эдвардса.

Можем ли мы пропустить, не заметить заболевания, которые не имеют больших перспектив в лечении и при которых прогноз для жизни ребёнка будет неблагоприятным? Вероятность совершения таких ошибок всегда существует. Но с годами она становится меньше. Если раньше мы в 100% случаев узнавали фатальный диагноз только после рождения ребёнка, то теперь на уровне пренатального консилиума при сроке беременности до 12 недель можем ограничивать появление младенцев с различными генетическими синдромами.

В Иркутске, Красноярске, Томске и ряде других городов с этим всё очень хорошо: дорожная диагностика доступна.

Но что делать в том случае, если больные дети появились на свет? Я говорю о малышах с такими пороками, которые корригируются, но не имеют большого будущего? Например, пациенты с болезнью Дауна и атрезией двенадцатиперстной кишки? Мы не боги, и все должны понимать, что хирург не является неким регулятором общего генетического кода нации.

С позиций гуманизма, мы должны каждого пациента любить и не делить их на перспективных для общества и изгоев. Поэтому наша задача – и эта точка зрения в мире поддерживается всеми детскими врачами, хирургами в том числе, – в любом случае, несмотря на прогноз, оперировать пациента и обеспечивать его выживание.

– То же самое, что выхаживать 500-граммовых недоношенных новорождённых...

– Совершенно верно, очень много противников и у этого направления медицины. Но мы должны понимать: то, что 20 лет назад у хирургов или неонатологов не получалось, сейчас стало хорошо получаться. Идёт период накопления опыта лечения таких больных, продолжается развитие технологий, и затем мы получим неплохие результаты. Я надеюсь на это.

Было бы желание

– Как главный детский хирург Сибирского федерального округа вы видите разницу между регионами в организации и уровне детской хирургической помощи? И как получилось, что центром детской хирургии на востоке страны стал именно Иркутск?

– Разница между регионами есть и будет всегда. Она обусловлена, во-первых, кадрами, а во-вторых, наличием оборудования и технологий, доступных хирургам. В этом плане Иркутск действительно опередил субъекты Сибирского федерального округа.

– Потому что есть лидер?

– Не только лидер, но и специалисты, которые хотят этим заниматься. И что немаловажно – есть поддержка со стороны органов власти и губернатора, которые понимают, что, хотя это и затратная хирургия, но она имеет большое будущее.

– Тут вам многие коллеги позавидуют...

Беседу вела Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Обратная сторона прогресса
– Через полчаса вам предстоит и технически, и эмоционально непростая операция. Малыш