«Без технологического совершенствования у медицины нет будущего»

Магомед Дибирович Дибиров — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России. Вице-президент Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциации флебологов России, Ассоциации лимфологов России, президиума Российского общества хирургов, а также Международного общества ангиологов и Ассоциации сосудистых хирургов Европы.

М. Д. Дибиров является автором 10 изобретений, 750 научных работ, 15 методических рекомендаций, 12 монографий, учебников и учебных пособий. Удостоен звания «Отличник здравоохранения», награжден двумя медалями за содействие органам МВД и ФСБ при ликвидации последствий теракта в Театральном центре на Дубровке (г. Москва) во время мюзикла «Норд-Ост», а также золотой медалью ВДНХ.

— Магомед Дибирович, болезни желудочно-кишечного тракта входят в пятерку самых распространенных заболеваний в мире. В России они также имеют высокую частоту. Какие гастроэнтерологические болезни, в частности, представляют сегодня проблемы в отечественной хирургии?

— Проблем в хирургии желудочно-кишечного тракта очень много. Начнем разговор сверху вниз — с пищевода. В последние годы увеличилось количество больных портальной гипертензией на почве злоупотребления алкоголем. Ежедневно на наши клинические базы — в ГКБ № 50 и ГКБ № 81 г. Москвы — поступают два-три человека с этим диагнозом, который сопровождается спленомегалией (увеличением селезенки), варикозным расширением вен пищевода и желудка, тяжелым кровотечением из них, асцитом и печеночной недостаточностью. Врачам приходится предпринимать героические усилия для спасения жизни таких пациентов.

— Считается, что острыми и хроническими язвами страдает примерно 10 процентов населения земного шара. Какова статистика по язвенной болезни в Российской Федерации?

— Точных данных нет, но приблизительно хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки больны от полутора до трех миллионов взрослых, 18 тысяч подростков и около 10 тысяч детей до 14 лет. Из них у 20–30 процентов отмечаются осложненные язвы.

Беда в том, что большинство таких больных не получают адекватного и регулярного профилактического лечения. Не проводится их полноценная диспансеризация, нет регулярного наблюдения и обследования, а самое главное — подавляющее большинство больных недисциплинированны и занимаются самолечением.

В связи с тем что язвенная болезнь обостряется весной и осенью, в эти периоды, то есть в феврале — марте и в августе — сентябре, необходимы курсы профилактики: диетотерапия, лекарственное лечение, физиопроцедуры. Данные курсы не проводятся, поэтому практически все больные поступают на лечение с осложненными язвами: с кровотечениями, прободениями, пенетрациями, стенозом, — при которых высока летальность.

— Какие тенденции характерны сегодня для желчнокаменной болезни?

— Еще полвека назад образование камней в желчном пузыре, как и болезнь Альцгеймера, считали заболеванием, свойственным пожилым людям. Однако за два последних десятилетия число молодых пациентов в возрасте от двадцати лет с камнями в желчном пузыре увеличилось в 2–3 раза.

И что самое печальное, люди не обращаются своевременно за медицинской помощью, откладывают посещение врача «до последнего», пока не наступят осложнения: деструкция желчного пузыря, гнойное воспаление желчных путей и печени, панкреатит, обострение болей сердца, воспаление брюшины и другие. Хирургам приходится таких больных оперировать открытым — лапаротомным — доступом, а обратись они раньше, лечение ограничилось бы лапароскопической операцией, когда желчный пузырь удаляется в течение 40 минут «через проколы» — с минимальной травматичностью и максимальной эффективностью.

— Во всем мире за последние 30 лет заболеваемость острым и хроническим панкреатитом увеличилась более чем в 4–5 раз. Насколько остро стоит эта проблема в России?

— У нас в стране отмечен еще более интенсивный рост заболеваемости обеими формами панкреатита. Так, распространенность заболевания среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 5 раз, а среди подростков — более чем в 3–4 раза. Кроме того, среди заболевших на 30 процентов увеличилось количество женщин. Считается, что повышение частоты панкреатита связано с увеличением потребления алкоголя, в том числе низкого качества, с ухудшением качества питания, снижением общего уровня жизни и отсутствием медицинской пропаганды. Приведу грустную статистику: 70% случаев заболевания приходятся на алиментарный или алкогольный панкреатит.

Но показатели заболеваемости панкреатитом растут и за счет улучшения его диагностики, появления новых методов визуализации поджелудочной железы с высокой разрешающей способностью, позволяющих выявлять болезнь на более ранних стадиях.

Для лечения мы в наших клиниках применяем самые современные разработки. Используем мощные антибиотики, экстракорпоральные методы очищения крови, такие как гемофильтрация и плазмаферез. Хороший эффект дает перидуральная блокада — установка катетера в перидуральное пространство спинного мозга с последующим периодическим введением обезболивающих препаратов.

На профилактику и лечение пареза кишечника и синдрома кишечной недостаточности направлено назоэнтеральное зондирование. Больным ферментативным перитонитом и полисерозитом проводим лапароскопические санации и дренирования, при нагноениях выполняем малоинвазивные хирургические вмешательства.

К сожалению, несмотря на все старания хирургов, летальность при остром гнойном панкреатите в нашей стране достигает 30–40 процентов. При этом в 15–20 процентах случаев к смерти больных приводят ранние осложнения, связанные с панкреатогенным шоком и полиорганной недостаточностью.

— Можно ли прогнозировать снижение заболеваемости панкреатитом в ближайшей перспективе?

— К сожалению, нет. В 60-е годы, когда я учился в медицинском институте, было большой проблемой показать студентам больного панкреатитом. Редкими были такие пациенты и в начале моей работы врачом. Панкреатиты стали появляться в конце 70-х годов, с 80-х начался быстрый рост заболеваемости. Если раньше на первом месте среди хирургических заболеваний был аппендицит, на втором холецистит и на третьем панкреатит, то сейчас панкреатит прочно занял второе место. Думаю, через некоторое время он возглавит этот список.

— А как обстоят дела с онкологическими заболеваниями?

— В последние годы резко увеличилось число случаев онкологических заболеваний органов брюшной полости, особенно запущенных. Одним из самых распространенных злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта является рак желудка. Его возникновению способствует множество факторов, в первую очередь регулярное употребление пищи, раздражающей слизистую оболочку желудка (острой, копченой), и формирование предраковых заболеваний (в частности, атрофического хронического гастрита, язв или полипов желудка).

Быстро растет количество злокачественных опухолей нижележащих отделов пищеварительного тракта, прежде всего толстого кишечника. Риск развития опухолей данной локализации значимо возрастает при употреблении большого количества пищи, дающей нагрузку преимущественно на толстый кишечник. К числу основных факторов риска относятся также наличие хронических предраковых заболеваний, запоры, полипы, дивертикулы.

Больные часто обращаются за помощью только при развитии кишечной непроходимости, при кровотечении или перфорации опухоли. Хотя с помощью безопасных методов колоноскопии, ирригографии или компьютерной томографии заболевание можно выявить на ранней стадии и полностью вылечить.

Хочу отметить большой прогресс в лечении заболеваний пищеварительной системы: современные малоинвазивные методы диагностики, лапароскопическая и роботохирургия позволяют выполнять операции через маленькие разрезы (длиной 1–2 сантиметра). Это в десятки раз снижает количество послеоперационных осложнений, вчетверо сокращает сроки реабилитации, переводя целый ряд сложных хирургических манипуляций (например, удаление полипов) в разряд амбулаторных.

— Насколько важна роль технического обеспечения при освоении и широком внедрении лапароскопических методов?

— Без технологического совершенствования у медицины нет будущего.

Сегодня с помощью лапароскопической хирургии на наших клинических базах хирурги проводят более 80% аппендэктомий, 30% ушиваний язвы желудка и активно ликвидируют спаечную кишечную непроходимость.

Недавно мы получили и сейчас осваиваем высокотехнологичную робот-ассистированную хирургическую систему. Она состоит из двух блоков: один предназначен для оператора, второй — четырехрукий автомат — выполняет роль хирурга. Врач садится за удобный пульт, который дает возможность видеть оперируемый участок в трехмерном изображении с многократным увеличением, и использует специальные джойстики, чтобы управлять инструментами. Благодаря этому операции проводятся легко и качественно.

— В последнее время все активнее развивается эндоскопическая транслюминальная хирургия через естественные отверстия. Расскажите о ней, пожалуйста.

— Методика транслюминальных операций через естественные отверстия, позволяющая избежать послеоперационных рубцов, вызвала значительный интерес во всем мире. Сотни исследовательских групп из разных стран в экспериментальных условиях изучают технические аспекты и безопасность таких операций, выполняемых через желудок, ободочную кишку, мочевой пузырь и влагалище.

В будущем эта методика станет преобладающей. Уже сегодня в наших клиниках делается много операций через гастродуоденоскоп, колоноскоп, урологи проводят чрезуретральные резекции аденомы предстательной железы и опухолей мочевого пузыря, а также удаление камней и стентирование.

— Вы автор десяти патентов. Какой из них для Вас самый значимый?

— Операции на органах желудочно-кишечного тракта опасны из-за возможности расхождения швов, особенно при хирургических вмешательствах на пищеводе, желчных протоках и ободочной кишке. Главным недостатком традиционных способов выполнения операций является сквозной характер прошивания пищеварительной трубки: загрязнение лигатурного канала кишечными микробами вызывает бактериальное воспаление анастомоза — эта проблема не решена и самыми современными сшивающими аппаратами.

В Московском государственном медико-стоматологического университете имени Александра Ивановича Евдокимова, на кафедре хирургических болезней и клинической ангиологии, которую я возглавляю, разработана новая технология создания анастомозов кишечника, в которой применяются никелидтитановые имплантаты с памятью формы.

Имплантаты после стерилизации хранятся в спирте в морозильной камере. Во время операции охлажденный имплантат переводится в рабочее положение. Бранши имплантата вводятся в подготовленные маленькие (3–5-миллиметровые) отверстия соединяемых органов. Под действием температуры тела витки смыкаются, соединяя анастомозируемые органы. Для создания первичной проходимости анастомоза можно рассечь ущемленные между витками имплантата ткани специальными ножницами с вырезками на браншах. Отверстия, через которые вводится имплантат, ушиваются непрерывным швом атравматической нитью. Время, необходимое для наложения подобного анастомоза, составляет 5–6 минут. Такая технология повышает асептичность операции, гарантирует герметичность в зоне соустья. После отторжения и миграции имплантата по кишечному тракту, что происходит на 7–12-е сутки, образуется анастомоз с гладкими, эластичными краями, который по своим размерам соответствует имплантату.

Подобным образом формируются пищеводно-желудочные, желудочно-кишечные, межкишечные, билиодигестивные анастомозы. На сегодняшний день проведено более 130 таких операций, не было ни одного осложнения.

— Магомед Дибирович, если коротко, в чем Вы видите будущее гастроэнтерологической хирургии?

— В малоинвазивных вмешательствах, выполняемых под ультразвуковым наведением, в лапароскопических и робот-ассистированных операциях.

Специально для выпуска «Хирургия в гастроэнтерологии» Ковальчук И. В.