



«Одна из основных тенденций современной хирургии — стремление к снижению хирургической агрессии»

Панченков Дмитрий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией минимально инвазивной хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России (МГМСУ), действительный член Европейской ассоциации эндоскопической хирургии (EAES), Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов (IHPBA), Российского общества хирургов, Общества эндоскопических хирургов России, член правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, лауреат премии города Москвы в области медицины 2014 года.



— **Уважаемый Дмитрий Николаевич, Вы из династии врачей, врач в четвертом поколении. Выбор хирургии — это дань уважения Вашему деду — профессору Роману Тихоновичу Панченкову? Какие еще специалисты были в Вашей семье? Есть ли кому продолжить династию?**

— Основателем нашей династии был профессор Тихон Петрович Панченков — известный фтизиатр и организатор здравоохранения. Он стал одним из основоположников системы здравоохранения на железнодорожном транспорте, первым главным врачом больницы МПС на Волоколамском шоссе. В 1941–1945 годах, в тяжелейшее военное время, в ЦКБ Наркомата путей сообщения под руководством профессора Т. П. Панченкова работал эвакогоспиталь, который в 1943 году посетила Клементина Черчилль, супруга премьер-министра Великобритании. В историю же медицины мой прадед вошел как автор методики определения скорости оседания эритроцитов, которая и по сей день носит его имя.

Его сын, заслуженный деятель науки РФ, профессор Роман Тихонович Панченков, был известным советским хирургом, обладавшим незаурядной хирургической техникой и предложившим ряд очень прогрессивных для своего времени операций и методик. Несмотря на то что он рано ушел из жизни, в возрасте всего лишь 62 лет, ему удалось воспитать целую плеяду талантливых учеников, многие из которых сегодня руководят крупными хирургическими клиниками и кафедрами у нас в стране и за ее пределами.

Моя бабушка, Элеонора Францевна Панченкова, — по образованию также

врач, физиолог, кандидат медицинских наук. Она была среди тех, кто стоял у истоков советской космической биологии, физиологии и медицины, работала с академиками М. В. Келдышем, О. Г. Газенко. Человек высочайшего чувства долга, аристократического воспитания и поведения, она внесла очень большую лепту в мое становление.

Родители тоже врачи: отец, Николай Романович, — доктор медицинских наук, комбустиолог и трансфузиолог; мама, Людмила Александровна, — профессор, терапевт, кардиолог. Справедливости ради надо сказать, что в юности никакого давления, связанного с выбором профессии, со стороны семьи мне испытывать не доводилось; видимо, при наличии такого количества докторов все сложилось как-то само собой. Единственное, о чем мне всегда говорили: посвятить свою жизнь медицине, в частности хирургии, можно только будучи в полной уверенности, что ты всей душой любишь это и готов полностью посвятить себя профессии.

Что же касается потенциальных продолжателей династии, то у меня трое детей 3, 6 и 15 лет. Если про младших — дочку Александру и сына Сергея — говорить пока рано, то старшая дочь Мария рассматривает в том числе и медицину как возможный вариант будущей профессии. Наставать не буду, но обязательно поддержу, чем смогу, если надумает стать врачом.

— **Со временем Вы не пожалели о выборе именно хирургии?**

— Нет, не жалею. Это самая мужская, если так можно выразиться, медицинская специальность. Хотя, отвечая на этот вопрос, вспоминаю шутку,

которую услышал от одного из своих коллег. Во время сложной операции, идущей не совсем так, как предполагалось (к сожалению, явление не столь уж редкое), хирург проходит несколько стадий в своих сомнениях: зачем я вот здесь наложил шов? зачем я здесь стою? зачем я вообще решил оперировать этого пациента? зачем я решил стать хирургом? зачем меня мама родила? Но это, конечно, шутка. Профессия хирурга сложна порой и психологически, и чисто физически, но, думаю, ни одна специальность не сравнится с нашей по уровню удовлетворения, которое мы получаем от своей трудной, но такой любимой работы.

Еще одной важной составляющей является то, что мне очень повезло с учителями, прежде всего назову профессоров Сергея Ивановича Емельянова и Владимира Александровича Вишневого. Это люди, которые своим высочайшим профессионализмом, преданностью профессии и умением собственным примером вести за собой молодых коллег укрепили мое намерение остаться в хирургии.

— **Одна из основных тенденций современной хирургии — стремление к снижению хирургической агрессии. Каким образом это достигается?**

— За последние 20 с лишним лет в мировой хирургии в данном направлении сделано очень много. Прежде всего это связано с внедрением технологий, позволяющих сделать хирургический доступ менее травматичным. Дело в том, что на протяжении многих веков хирургов (ну и, конечно, пациентов) не удовлетворял тот факт, что доступ



к объекту хирургического вмешательства зачастую является более травматичным, чем собственно оперативный прием, то есть манипуляции непосредственно в зоне хирургического интереса. При этом многие неприятности, связанные с болевым синдромом в послеоперационном периоде, появлением осложнений со стороны послеоперационной раны, развитием специфических заболеваний (например, послеоперационных грыж), имеют в своей основе именно травматичный хирургический доступ.

Сейчас в распоряжении хирургов имеются технологии, позволяющие, сохраняя необходимый объем хирургического пособия, минимизировать агрессию, связанную с доступом. К ним относятся эндоскопические технологии, чрескожные вмешательства, рентгенхирургические операции, применение робототехники. Есть даже технологии, которые позволяют разрушать патологические очаги в организме, вовсе не повреждая покровных тканей человека, например высокофокусированный ультразвук (технология HIFU). Большие успехи достигнуты в трансфузиологии, в разработке новых кровосберегающих технологий — это тоже важные составляющие минимизации хирургической агрессии.

— Вы проходили стажировки за границей, в частности в США, Германии. Какие освоенные там современные минимально инвазивные технологии внедрены Вами в практику? Как изучается их эффективность?

— Да, нам действительно довелось принять участие в нескольких обучающих программах в ведущих зарубежных клиниках. Я с благодарностью вспоминаю зарубежных коллег, которые делились с нами своим опытом. Среди технологий, которые нам удалось внедрить в своей повседневной работе, — современные подходы к лапароскопическим резекциям печени, минимально инвазивные технологии в лечении рака поджелудочной железы. В частности, методику необратимой электропорации новообразований с использованием системы «Нанонож» мы внедрились первыми в России, и накопленный опыт позволяет нам выступать на крупных международных конгрессах и делиться уже собственными наблюдениями в качестве opinion-лидеров.

— Важное место в Вашей работе занимает экспериментальное направление. Расскажите, пожалуйста, о нем подробнее.

— Да, действительно, в нашей лаборатории, помимо большого объема кли-

нической работы, проводится и много экспериментальных исследований. Они посвящены разработке новых материалов для минимально инвазивной хирургии грыж передней брюшной стенки, обоснованию лапароскопических доступов в хирургии печени. В значительном количестве экспериментальных исследований изучаются особенности течения и лечения хирургических заболеваний в условиях космических полетов. Это совершенно новое направление, которое мы в течение ряда лет разрабатываем совместно с Научно-исследовательским институтом космической медицины Федерального научно-клинического центра ФМБА России, руководимым крупнейшим ученым, специалистом в данной области, академиком РАН Виктором Михайловичем Барановым. Наша совместная работа — пожалуй, единственный в мире пример такого рода сотрудничества клиницистов-хирургов и специалистов в области космической медицины. Перспективы здесь очень велики: никто до сих пор ничего подобного не делал, а потребность, с учетом развития современной стратегии длительных космических полетов, существует.

Помимо этого, у нас работает инновационно-внедренческая группа, в задачи которой входят создание и продвижение симуляционных систем для обучения в хирургии. Получив несколько грантов, наши молодые сотрудники сумели создать и внедрить в производство отечественные симуляторы, которые по своим функциональным свойствам не уступают зарубежным аналогам, а стоят при этом в три раза дешевле.

— Каковы Ваши дальнейшие научные планы?

— Мы начали работать над очень интересным проектом — созданием 3D-атласа лапароскопической анатомии брюшной полости. Идея такого атласа принадлежит профессору Николаю Львовичу Матвееву — блестящему хирургу, ученому, человеку широчайшей эрудиции. Данный проект поистине уникален: он не может быть реализован в Западной Европе и Северной Америке из-за особенностей законодательства этих стран (почти полного запрета на научные исследования над трупами). Хирурги и анатомы объединились и создают продукт, объединяющий современные возможности хирургической визуализации и традиционный анатомический подход. Трехмерный хирургический атлас, который мы предполагаем получить в результате, не будет иметь аналогов мире.

В клинических исследованиях планируем продолжить развивать и изучать возможности минимально инвазивных технологий в хирургии печени и поджелудочной железы. Есть у нас планы по изучению и более широкому внедрению в практику уже существующих сетчатых эндопротезов отечественного производства в хирургии грыж передней брюшной стенки, а также по созданию новых имплантов такого рода. Это направление соответствует современной тенденции к импортозамещению, в которое мы надеемся внести свой скромный вклад.

Хотелось бы подчеркнуть, что все наши клинические научные достижения и планы на будущее основаны на тесном сотрудничестве между МГМСУ и клинической базой нашей лаборатории — Федеральным научно-клиническим центром специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России.

— Отдельный раздел журнала посвящен новым подходам к визуализации в хирургии. Какие современные технологии Вы бы отметили как наиболее перспективные и интересные?

— Основным требованием к современным средствам визуализации в хирургии является точное воспроизведение сложных и в то же время очень деликатных анатомических структур в режиме реального времени.

Сегодня возможно получать надежные и четкие изображения с высоким разрешением, широким диапазоном контрастности и точной цветопередачей. С их помощью обеспечивается возможность интраоперационной визуализации, анализа изображений и моделирования процессов, а также документирования, рассмотрения и обсуждения хирургических случаев. К этой области относятся трехмерное моделирование, стереолапароскопия, роботическая хирургия, гибкие эндоскопические технологии высокого разрешения, лазерные технологии визуализации.

— Что Вы бы пожелали своим коллегам — нашим читателям?

— Хороших условий для работы, достойной зарплаты, понимания и уважения коллег, благодарных пациентов, здоровья и счастья им самим и их близким.

*Специально для раздела
«Хирургия в гастроэнтерологии»
Елисова О. В.*