

ДИСКУССИЯ

ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ 2008 ГОДА. КАКОЙ ОНА БУДЕТ?

Трудно быть оптимистом

В. А. Кубышкин

Институт хирургии им. А. В. Вишневского РАМН
(директор - академик РАМН В. Д. Федоров),
Москва

It's Hard To Be an Optimist

Prof. V. A. Kubyshkin

A. V. Vishnevsky Institute of Surgery RAMSci
B. (Director - academician RAMSci V. D. Fedorov),
C. Moscow

Приоткрыть завесу грядущей эпохи - дело заманчивое, но трудное и часто неблагодарное. Но возможен ли прогресс без видения пути? Ответ очевиден. Поэтому увидеть ближайшую перспективу глазами проф. Э. И. Гальперина, крупнейшего специалиста в одной из наиболее трудных областей практической медицины, какой является гепатопанкреатобилиарная хирургия, весьма интересно.

А велик ли срок в 10 лет для создания, внедрения и признания, а главное, широкого распространения в практике новых направлений в диагностике, лечении или профилактике заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы? И как следует рассматривать такой прогресс - в мировых или в рамках наших государственных масштабов? Вот здесь, на мой взгляд, однозначного ответа нет.

К примеру, уходящее десятилетие явило уникальное по масштабам и единодушному признанию внедрение лапароскопической технологии оперативных вмешательств в самых разных областях хирургии. Но это всего лишь новая технология. Ее использование не поколебало признанных устоев хирургии. Это одна из причин ее широкого признания за столь короткий срок. В XXI веке такая же судьба может быть уготована и активно разрабатываемой роботизированной хирургической технике, хотя стоимость ее чрезмерна. И все же это возможно. Если же говорить о создании какой-то новой идеологии в этой области медицины, то десятилетия явно недостаточно.

Думается, что предвидеть перспективы развития такой тонкой, опасной, дорогостоящей, а потому все еще и элитарной области медицины, какой остается гепатопанкреатобилиарная хирургия, в нашей стране, а не в отдельных учреждениях, следует не только с позиции появления и внедрения новых идеологий и совершенных технологий мирового уровня, но и с позиции широты их внедрения, признания и доступности

широкому кругу специалистов и пациентов. В этом отношении в ближайшее десятилетие ожидать больших перемен у нас, в России, не приходится. Для развития, в частности, этой области хирургии недостаточно энтузиазма и виртуозности преданных своему делу отдельных хирургов, которых пока достаточно, необходим высокотехнологичный, достаточно стандартизированный и широко доступный населению современный уровень медицины в целом, которого пока нет.

Трудно говорить о прогрессе в той области хирургии, в которой у нас пока еще мало унифицированных подходов или безусловных положений. Мы вынуждены ориентироваться на опыт и мнение авторитетов, а прогрессу в хирургии часто препятствует, прежде всего, консерватизм или неумное новаторство самих хирургов. Вспомним, что С. П. Федоров своей статьей "Хирургия на распутье" (1926) навлек бурный гнев хирургической общественности лишь только тем, что об-

нажил и ярко иллюстрировал распространенное увлечение в хирургии сугубым техницизмом, игнорирование или отсутствие глубоких научных основ при внедрении ряда новых и нередко сомнительных способов лечения. И как показывает жизнь, это короткий тупиковый путь. Тем не менее, он остается популярным, так как не требует больших затрат творческой энергии и финансов, но нередко имеет широкий резонанс.

А с другой стороны, именно энтузиазм хирургов, именно вынужденное новаторство, пусть и чисто техническое, на грани эксперимента, обеспечивали некий прогресс там, где не было соответствующего оснащения, Соответствующих условий и финансов, опыта и школы для того, чтобы проводить глубокие научные исследования или просто оказывать эффективную лечебную помощь.

Не умаляя вклада российских специалистов в эту область хирургии, следует все же признать, что сегодня в этой сфере нам удастся в лучшем случае копировать единичные случаи того, что во многих зарубежных центрах глубоко разработано, стало рядовым и практически лишенным риска. Примером могут служить трансплантация печени и поджелудочной железы, сотни расширенных гемигепатэктомий и панкреатодуоденальных резекций, не сопровождающихся летальными исходами, и многое другое.

Прогресса в этой сфере хирургии нельзя добиться только путем создания традиционных специализированных центров, о которых так много говорится. Здесь необходимо сложение научно-практических усилий, и не только специалистов-медиков, объединенных энтузиазмом, но и широкого круга представителей фундаментальных наук. Примеров такой интеграции в виде крупных центров, да и условий для их создания у нас тоже пока нет. Практически нет и перспективы.

Ахиллесовой пятой гепатопанкреатобилиарной хирургии сегодня остается лечение цирроза, опухолей печени и поджелудочной железы, острого и хронического панкреатита. Среди населения большинства стран наблюдается неуклонное увеличение развития цирроза и опухолей печени. В свою очередь, цирроз печени вирусной этиологии в настоящее время является абсолютно доминирующим показанием для ее трансплантации.

Мне представляется вполне очевидным, что предвосхищать мировой прогресс в этой области хирургии можно сквозь призму предвидения новых диагностических или даже прогностических показателей развития цирроза или опухолей печени и поджелудочной железы, прогресса в области фундаментальных знаний в сфере молекулярной биологии, биотехнологии и клонирования органов, а также развития таких смежных областей медицины, как морфология, иммунология, иммунохимия, радиология и фармакология. Поэтому я полностью разделяю позицию Э. И. Гальперина, который уделяет основное внимание именно этим направлениям, хотя успехи в них, подчас, не прогнозируемы.

Прогрессу гепатопанкреатобилиарной хирургии, апофеозом которой стали трансплантации печени и поджелудочной железы, в последние десятилетия способствовали развитие широкого спектра методов инструментальной и радиоиммунологической диагностики, интенсивной терапии, глубокая интеграция знаний в области морфологии и физиологии, иммунологии, вирусологии и фармакологии, создание новых шовных материалов и техники для малоинвазивных пособий. Это позволило практически решить проблему диагностики заболеваний органов этой сферы, обеспечить эффективное лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений, кистозных поражений печени и поджелудочной железы, последствий панкреонекроза.

Хирургия как сфера технического искусства здесь себя исчерпала. Ее прогресс может определяться только успехами в сфере профилактики, ранней диагностики или прогнозирования этих заболеваний при условии широкого проведения скринингового обследования населения, совершенствования адьювантной терапии. Неудовлетворительные результаты лечения этих заболеваний, которые чаще всего диагностируются в поздних стадиях развития, не дискредитируют хирургию как один из методов лечения, а скорее свидетельствуют о недостатках системы здравоохранения (и не только в России), отсутствии эффективных диагностических или прогностических ориентиров, которые позволили бы своевременно привлекать хирургию.

И все же прогресс в этой области хирургии, естественно, неизбежен, хотя цена его в рамках рассматриваемого времени может оказаться неизмеримо меньше цены усилий и потерь.