Продолжаем разговор

Позиция терапевта, позиция хирурга...

К дискуссии по поводу лечения желчнокаменной болезни

Перечитал статью профессора В.Максимова, посвящённую желчнокаменной болезни («МГ» № 51-54, 2013), и отклики на неё профессора А.Фёдорова и доктора медицинских наук Э.Селезнёвой: «Чтобы не сложилось превратное представление о лечении болезни» и «Размер камней значения не имеет» («МГ» № 78, 2013).

Знаю хорошо работы В.Максимова, вот и сейчас передо мной лежат его книги, в частности, «Патология гепатобилиарной системы и билиарная недостаточность» (2013).

Откровенно говоря, совсем непонятно отчего после прочтения статьи профессора В.Максимова профессор А.Фёдоров «как-то растерялся, не зная как отреагировать правильно. То ли самому написать критический комментарий (?), то ли коллег-хирургов попросить».

Прежде всего, в письмах обоих авторов дискуссия касается только холестериновых камней. При лечении больных именно с этой патологией действительно нужен дифференцированный системный (!) подход. Всевышний, создавая человека по образу и подобию, не заложил в него ни одной запасной части. Не является таковым и желчный пузырь. Ему свойственен целый ряд функций, весьма важных для организма человека: эвакуаторная, концентрационная, депонирующая – депонируется не только желчь, но и практически весь пул желчных кислот, поддержания гидростатического давления в желчных путях, абсорбционная, секреторная, гормональная. Как видно, этому органу принадлежат весьма важные функции.

Несмотря на то, что хирургическая оперативная техника постоянно совершенствуется и количество послеоперационных осложнений и летальность снижаются, но всё-таки они не равны нулю. Ещё в 30-е годы пошлого века на вопрос: «Можно ли сказать больному, что он не попадёт после операции, в то число процента смертности, о которых говорит статистика?» С.Фёдоров ответил: «Конечно нет, ибо наркоз, послеоперационные пневмонии, паралич сердца, эмболии и септические осложнения в каждом данном случае учесть нельзя. Поэтому ... операции на желчных путях должны быть рассматриваемы как безусловно серьёзные».

Известные всему гепатологическому сообществу Ш.Шерлок и Дж.Дули ещё в 1999 г. писали: «В США ежегодно производят около 500 тыс. холецистэктомий, что равносильно бизнесу с многомиллионным оборотом... При плановой традиционной холецистэктомии летальность у больных моложе 65 лет составляет 0,03%, у больных старше 65 лет – 0,5%». Через 2 года У.Лейшнер отмечал: «Осложнения при лапароскопической холецистэктомии отличаются от открытой холецистэктомии и касаются в основном повреждения желчных протоков – 0,6-0,9%; сосудов – 0,3-0,5%; кишечника – 0,1%. При этом только 10-50% таких повреждений распознаются во время операции». При открытой холецистэктомии летальность у лиц старше 60 лет составляет 2-5%, у больных хроническим холециститом – 0,6%, острым холециститом – 2% и перфорации желчного пузыря – 14%. По данным А.Ильченко, летальность при лапароскопической холецистэктомии составляет 0,1-0,2%. Надо полагать, что эти сведения, приведённые ведущими специалистами США, Германии, России не могут не вызывать тревоги, а следовательно, поисков методов лечения.

Особую тревогу должно вызывать то, что желчнокаменная болезнь становится медико-социальной проблемой, вследствие своего хронического рецидивирующего течения, развития тяжёлых осложнений, снижения качества жизни и социальной адаптации у детей. (Л.Харитонова, А.Запруднов, 2012). Среди детей, матери которых принимали кортикостероиды, пероральные контрацептивы, родившихся с помощью ЭКО, уже внутриутробно каждый пятый ребёнок имел желчные камни.

Ещё в 1934 г. А.Л.Мясников в монографии «Болезни печени и желчных путей» (а как известно, будущему академику АМН СССР была присвоена учёная степень доктора медицинских наук за написание этой книги без защиты докторской диссертации) писал: «Это правильно с той точки зрения, что с удалением пузыря больной лишается sebidus morbi, главного очага камнеобразования. Но ещё вопрос, лишается ли он желчнокаменной болезни: ведь предрасположенность (диатез) остаётся».

И далее, обсуждая вопросы лечения, Александр Леонидович писал: «Медикаментозное лечение играет наименьшую роль. Средств, которые бы растворяли камни, пока нет. Раньше приписывали это свойство Дюрандовой смеси (1 часть скипидара + 2 части эфира) ... но никаких данных, которые бы говорили в пользу их действия у человека нет». Вероятно, эти сведения и имел в виду профессор А.Фёдоров, когда писал: «А в опубликованной статье – а ведь это «конспект врача»! – предлагаются даже маргинальные технологии типа пункции пузыря и растворения камней эфиром». Действительно, в статье есть раздел, названный «контактное растворение камней». Профессор В.Максимов пишет, что «метод является альтернативным для пациентов с высоким операционным риском». При этом он указывает, кто конкретно этим занимается: за рубежом G.L.Thistle (1989), у нас в стране заведующий кафедрой внутренних болезней Казанской медицинской академии профессор Р.Сайфутдинов с коллегами.

Что касается письма доктора медицинских наук Э.Селезнёвой, то, скорее всего, это всё-таки не письмо, а рецензия. Но я почему-то не сомневаюсь, что статьи профессора В.Максимова написаны в соответствии с материалами его монографии, а там рецензенты были весьма и весьма уважаемые, в том числе и учитель доктора Э.Селезнёвой... Конечно, те осложнения, по которым Э.Селезнёва дискутирует с автором, действительно чаще бывают при ЖКБ, но они бывают также при воспалительных, паразитарных (описторхоз, аскаридоз, меторхоз и др.), сосудистых, опухолевых заболеваниях.

Что касается лечения ЖКБ, то в монографии В.Максимова, название которой я уже приводил, раздел «Хирургическое лечение» начинается такими словами: «Наиболее эффективным методом лечения желчнокаменной болезни является хирургическое» (!)

Если вести речь о препаратах УДХК, то впервые УДХК обнаружили японские учёные в желчи бурого медведя в 1902 г.; в 1954 г. был описан метод её синтеза, в 1975 г. также японские учёные показали, что УДХК десатурирует желчь и растворяет некрупные холестериновые камни. Но впервые медвежью желчь с целью лечения желчнокаменной болезни применил Авиценна. «Тому, у кого хотят лечить желтуху путём растворения (материи) ... поят медвежьей желчью в вине», – писал Абу-Али Ибн Сина (Канон врачебной науки, книга III).

И ещё – о литолитической терапии препаратами УДХК. В монографии А.Ильченко «Болезни желчного пузыря и желчных путей» (2011) приводятся критерии отбора больных на литолитическую терапию по данным УЗИ, пункт 6 – «размер конкремента не более 10-15 мм». В монографии В.Максимова «Патология гепатобилиарной системы и билиарная недостаточность», (2013) сказано: «Эффективность пероральной литотрипсии зависит от правильного отбора больных, показанием для каждого служат: ранние стадии заболевания, неосложнённое течение ... наличие единичных холестериновых камней ... некальцинированных камней размером не более 15 мм».

Полагаю, на этом можно поставить точку. Давайте не забывать о том, как важны системный подход в клинической медицине, определённая философская позиция врача, тем более учёного, и конечно диалектика как умение вести дискуссию, чтобы ненароком не нанести незаслуженную травму. Ведь профессор В.Максимов – заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, создатель крупной школы гепатологов и билиологов в России. И с моей точки зрения было бы правильным, если бы на страницах «Медицинской газеты» появилась статья «Желчнокаменная болезнь. Позиция хирурга».

Александр ПАЛЬЦЕВ,
профессор кафедры внутренних болезней Новосибирского медицинского университета, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Акценты

На передовых рубежах офтальмологии

В С.-Петербурге состоялась конференция «Современные технологии диагностики и лечения при поражениях органа зрения»

В С.-Петербурге в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова состоялась юбилейная конференция «Современные технологии диагностики и лечения при поражениях органа зрения», посвященная 195-летнему юбилею первой в России кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и 30-летнему юбилею научно-исследовательской лаборатории микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения.

Открывая конференцию, начальник Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова профессор Андрей Бельских подчеркнул важный вклад сотрудников кафедры офтальмологии в медицинскую науку и практику. Ежегодно в клинике оперируются более 3 тыс. пациентов, проходят амбулаторное обследование и лечение более 8 тыс. В докладе начальника кафедры офтальмологии ВМедА профессора Эрнеста Бойко «Школа военной офтальмологии» был прослежен почти 200-летний период становления и развития кафедры, подчёркнут вклад военных офтальмологов в организацию медицинской помощи военнослужащим.

Большой интерес у присутствовавших вызвала лекция «Легенды отечественной офтальмологии» профессора, заслуженного деятеля науки РСФСР, Героя Социалистического Труда, генерал-майора медицинской службы Вениамина Волкова «Об электромагнитных излучениях, вредящих здоровым, но порой полезных больным глазам». В ней подведён итог изучения этой проблемы коллективом кафедры за длительный период – вторую половину XX века. В лекции подчёркнуто, что научные изобретения, имеющие негативные воздействия на орган зрения, например испытания ядерной бомбы, становились предметом тщательного изучения офтальмологов, специалистов ВМедА. Но не всегда излучения вредили человеческим глазам. Так, бета-лучевая терапия и применение лазеров помогли многим больным глазам. Сотрудники кафедры внесли большой вклад в медицинскую практику, постоянно совершенствуя приборы.

На конференции выступил директор С.-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, профессор, заслуженный деятель науки РФ Леонид Балашевич. В его докладе представлен исторический анализ лазерной техники, применяемой в офтальмологии, а также современные российские разработки офтальмологических лазеров.

В пленарном заседании также приняли участие известные специалисты. Начальник кафедры офтальмологии ВМедА с 1998 по 2002 г., профессор, заслуженный врач РФ Михаил Шишкин выступил с докладом об эволюции витреоретинальной хирургии в лечении пациентов с далеко зашедшими формами диабетической пролиферативной витреоретинопатии.

Не оставил никого равнодушным доклад заведующего кафедрой офтальмологии С.-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета профессора Владимира Бржеского, подготовленный в соавторстве с профессором Евгением Сомовым.

Профессор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Михаил Катаев выступил с содержательным докладом и продемонстрировал применение комбинированного имплантата в реконструкции орбиты глаза после травм. Подобные операции вполне оправданы для устранения посттравматических дефектов лица.

Доклад военного офтальмолога профессора Александра Куроедова был посвящён изучению эффективности операции синустрабекулэктомии при прогрессировании глаукомы. Сотрудник НИИ глазных болезней РАМН доктор медицинских наук Мария Будзинская осветила особенности ведения пациентов с хроническими ретинальными венозными окклюзиями.

В лекции профессора Георгия Столяренко охарактеризованы виды травматических повреждений макулы. Особое место отведено тяжёлым травмам, вызванным случайными ослеплениями глаз лазерными указками.

На конференции было представлено 90 устных докладов по многим актуальным проблемам поражений и заболеваний органа зрения. На пленарном заседании «Офтальмоконтактология – научно-исследовательской лаборатории микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения 30 лет» в докладе профессора Владимира Даниличева сообщалось, что офтальмоконтактология – новое научно-практическое направление в офтальмологии. Перечислены достижения по применению мягких контактных линз для лечения различных заболеваний.

Впервые в работе конференции по данной тематике, по инициативе и при непосредственном участии сотрудника ВМедА, кандидата медицинских наук Владимира Рейтузова проведена секция, посвящённая истории офтальмологии.

Надежда ЕМЕЛЬЯНОВА,
заведующая научной библиотекой НИИ медицины труда РАМН, кандидат педагогических наук.

НА СНИМКЕ: сегодня на вооружении офтальмологов самая современная техника.

Фото Александра ХУДАСОВА.