

НОВОСТИ ПАРТНЕРОВ / CONTENU PARTENAIRE

Профессор Дитер Бергер : «Многие люди живут с грыжей, даже не подозревая о ней» | Professeur Dieter Berger : « Des gens vivent avec la hernie sans le savoir »

Auteur: Надежда Сикорская, [Цюрих](#) , 17.05.2021.



Профессор Дитер Бергер (DR)

Знаменитый хирург-гастроэнтеролог рассказывает о своем пути в профессии и делится некоторыми ее секретами.

Le chirurgien-gastroentérologue de renom nous parle de son parcours et nous livre quelques secrets de sa profession.

Professeur Dieter Berger : « Des gens vivent avec la hernie sans le savoir »

За прошедший год все мы стали специалистами в области медицины – жизнь заставила! Но, согласитесь, в случае реальной проблемы предпочитаем все же обращаться к профессиональным врачам, даже если для этого требуется преодолеть бюрократические препоны и предпринять путешествие. Мы уже рассказывали, что даже в разгар частичного локдауна партнеры Нашей Газеты из Genolier Patient Services находили возможность идти навстречу пациентам из «нашего» региона, нуждающимся в срочной медицинской помощи. В наши дни многое, а уж лечение точно, основано на доверии. А потому не удивительно, что одним из тех, кто получал наибольшее число просьб, оказался наш сегодняшний гость – профессор Дитер Бергер, ведущий европейский специалист в области висцеральной хирургии, в 2017 году переехавший из родной Германии в Швейцарию. Мы беседовали с ним в его скромном рабочем кабинете в цюрихской частной клинике Bethanien, где скальпель в его руке на время заменила мышка компьютера.

Наша Газета: Благодаря партнерству с Genolier Patient Services мне довелось общаться со многими Вашими швейцарскими коллегами, и становится очевидно, что почти все стремятся получить опыт работы за рубежом. Отличается ли в этом смысле Германия, где получили образование и начали карьеру Вы?

Профессор Бергер: Да! Дело в том, что в Германии очень много пациентов, а врачей не хватает, так что проблемы с практикой, с приобретением навыков нет. При этом зарубежный опыт все равно полезен, поскольку порой некоторые заболевания, включая хронические заболевания кишечника, лечатся иначе, протоколы хирургических операций могут отличаться, и дополнительные приобретенные знания наверняка пригодятся в дальнейшей повседневной работе.

Может ли хирург в Швейцарии самостоятельно принимать решение о применении иного, нетрадиционного протокола?

Да, предварительно представив аргументацию в пользу такого решения. В 99% случаев это происходит заблаговременно, а не в операционной.

Давайте поговорим о Вашей области специализации. С какими проблемами пациенты обращаются к Вам?

Я завершил образование как висцеральный хирург в Университете Ульма в 1989 году, после чего работал как консультант, а затем ведущий консультант в госпиталях Ульма и Тубингена, в отделении детской хирургии. Последние 18 лет перед переездом в Швейцарию провел в Центральном госпитале Баден-Бадена, где был заведующим отделения висцеральной, торакальной и педиатрической хирургии. В Ульме у меня была возможность проводить самые разные хирургические операции: от традиционных гастроинтестинальных до трансплантации поджелудочной железы. В Баден-Бадене я сконцентрировался на операциях желудочно-кишечного тракта и

понял, что послеоперационная грыжа брюшной стенки – это важная составляющая подобных хирургических операций, которая в Германии находится не на должном уровне.

В 1999 году я стал одним из первых хирургов в Германии, применившим лапароскопический подход к восстановлению послеоперационной грыжи, а в 2003 оказался пионером в использовании техники разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами – об этой технике к тому моменту знали, но в Германии практически никто ее не применял. Даже сегодня некоторые случаи считаются неоперабельными, но все же сочетание техники разделения компонентов с временным параличом косой мышцы живота и/или стандартизированным интраоперационным растягиванием позволяет хирургам восстановить почти все послеоперационные грыжи брюшной стенки. В 2004 году я начал применять так называемую «технику сэндвича» для лапаростомического лечения парастомальной грыжи – очень эффективный метод, позволяющий снизить возможное повторное возникновение проблемы с 30% до 3%. Именно поэтому пациенты со всей страны стали стекаться в Баден-Баден.

Теперь я «привез» это ноу-хау в Цюрих и продолжаю работать в этой области, а также заниматься лечением парастомальной грыжи, распространенного осложнения при колостоме и уростоме. Увы, после традиционного хирургического вмешательства в 30% случаев грыжа вырастает снова, иногда уже через несколько недель.

Это связано с особенностями организма пациента?

Нет, все дело в хирургической технике, и я горд тем, что разработанная нами техника позволила сократить показатель возврата проблемы до 3%. Придумал ее не я, а прекрасный итальянский хирург А. Каррара. Я часто слушал его выступления на конгрессах, но не понимал, в чем же секрет, и продолжал пользоваться техникой Шугабэйкера, которой и сегодня пользуется большинство хирургов. Но в 2004 году я готовил презентацию результатов моих исследований для очередного конгресса – на тот момент показатель возврата грыжи составлял у меня 20%. Я внимательно изучил все эти случаи, проследил, что между ними общего и понял, как преодолеть проблему. В результате я и разработал так называемую «технику сэндвича», впервые применив которую осознал, что это и была техника Каррары, о которой он много рассказывал, но которую ни разу не описал.

Знаете ли Вы, какими техниками пользуются Ваши коллеги в России, например?

Начиная с 2008 мы проводили симпозиумы, во время которых около 70 хирургов из разных стран мира могли виртуально присутствовать на проводимой мною операции. Коллег из России среди них не было. Насколько я знаю, связано это с тем, что компания, финансового поддерживавшая эти симпозиумы, не распространяла свою продукцию – специальные сетки для устранения грыжевого дефекта – на российском рынке. Сетки эти есть самые разные – одни используются для лечения паховой грыжи, например, другие для профилактики парастомальной грыжи. В Баден-Бадене я использовал последние при лечении 165 пациентов, и лишь в двух с небольшим процентах случаев проблема вернулась. Сегодня мы знаем, что материал, из которого делаются сетки, крайне важен для самочувствия пациентов, многие из которых страдают после хирургического вмешательства от хронической боли, которая вновь приводит их к врачу. И тут надо особо отметить ионизированные сетки, которые видны при МРТ в формате 3D, что позволяет зафиксировать малейшее

их смещение. Я не знаю, пользуются ли ими мои российские коллеги, где, разумеется, хирургическое лечение грыжи практикуется уже давно, но я сейчас пользуюсь только ими.

40% пациентов, переживших хирургическую операцию, жалуются на дискомфорт разной силы, который они не ощущали ранее. При повторной, а то и третьей операции дискомфорт усиливается, и необходимо определить, связана ли эта новая боль с грыжей или с чем-то другим.

А что такое вообще грыжа и каковы причины ее появления?

Это заболевание, при котором происходит выхождение (выпячивание) внутренних органов из полости, занимаемой ими в норме, через нормально существующее или патологически сформированное отверстие в анатомических образованиях с сохранением целостности оболочек, их покрывающих, либо наличие условий для этого. Выпячивание органа или его части возможно под кожу, в межмышечное пространство или во внутренние карманы и полости.

В Германии мы проводили 300 000 операций по удалению грыжи в год, при населении 80 млн человек. Это много! Происхождение этого заболевания в первую очередь биохимическое, связанное с внеклеточным матриксом или тканью в межклеточном пространстве. Дополнительными факторами риска являются возраст, курение, проблемы с печенью или с почками. Паховая грыжа, самая распространённая грыжа брюшной стенки, может быть как врожденной, так и приобретенной. Кстати, мало кто из неспециалистов знает, что в случае очень большой паховой грыжи можно использовать инъекции ботокса, который парализует косые мышцы живота!

Чем еще выделяется Bethanien на фоне других европейских клиник?

Наша клиника – безусловный лидер в области хирургии толстой кишки и прямой кишки. В Баден-Бадене я сотрудничал с одним из аккредитованных центров лечения рака толстой и прямой кишки. В 2010 году мы прооперировали около ста самых срочных случаев, в 2016-м таких было уже 150. Если учесть, что подобных центров в Германии двести и нагрузка в них приблизительно одинаковая, то получается очень значительная цифра. Я особо изучал эту проблематику в 1993 году в американской Mayo clinic, и она остается в центре моих интересов. В Bethanien применяется многодисциплинарный подход, большинство случаев решаются с помощью лапароскопии.

В каких случаях следует удалять грыжу, а в каких с ней можно спокойно жить?

Очень многие люди живут с грыжей, даже не зная о ней. Но если начинаются боли, проблемы с кишечником, если грыжа начинает расти, то, конечно, нужно делать операцию. Надо понимать, что чем больше грыжа, тем выше процент вероятности ее повторного возникновения.

Все больше людей заботятся сейчас о своем здоровье, стараются вести здоровый образ жизни. В том, что касается грыжи, зависит ли что-то от нас? Можно ли предотвратить ее появление?

Насчет возможности предотвращения, четкого ответа пока нет, и влияние генетики никто не отменял. Но хорошо известно, что здоровый образ жизни, по крайней мере,

замедляет появление хронических заболеваний, включая рак. Известно также, что человек, перенесший рак, меняет свой образ жизни и живет дольше. Процент выздоровления выше в тех случаях, когда пациент сознательно берет себя в руки.

[здоровье](#)

Source URL:

<http://www.nashgazeta.ch/news/sante/professor-diter-berger-mnogie-lyudi-zhivut-s-gryzhe-y-dazhe-ne-podozrevaya-o-ney>