



Диалог с хирургом

17 – 18 июля в Москве пройдет международный симпозиум пластических хирургов «От эстетической хирургии к реконструктивной»

Основным консультантом мероприятия выступит один из основоположников американской школы реконструктивной хирургии – Грегори Эванс. Модератором встречи будет Алексей Боровиков – пластический и косметический хирург.

Мы публикуем отрывок интервью, которое дал Грегори Эванс Алексею Боровикову.

Организаторами симпозиума стали Нике-Мед и Институт Пластической Хирургии и Косметологии

Подробности о мероприятии смотрите на isars-moscow.ru

А.Б.: Понятно, что накануне нашего симпозиума в Москве, где вам предстоит быть звездой из другого мира надо как-то представить вас нашей аудитории, для которой проф. Грегори Эванс абсолютно незнаком, чтобы заинтересовать людей уже сейчас.

Я завелся от ваших слов где-то в интернете о том, что будущее косметической хирургии, да и всей хирургии в целом, видится где-то между синтетической кожей и трансгуманизмом. Чуть попонятнее, пожалуйста. Трансгуманизм, как я понимаю, - это расширение пределов человеческих качеств и возможностей. Так?

Мое желание в том, чтобы резидент ощутил глобальную природу пластической хирургии

Г.Э.: Думаю, если речь о будущем, то стволовые клетки и тканевая инженерия – как раз об этом. Люди работают над взаимодействием сред при регенерации нервов, например, или в интеграции протезов, сопряжении их действий с активностью мышц.

Множество людей, занимающихся фэт графтингом, работают со стволовыми клетками, стремясь оптимизировать интерфейс, среду, в которой идет приживление. Удастся улучшить и заживление ран, т.е. развитие идет в темпе, мы понимаем все больше, начинаем управлять посттравматическими процессами

А.Б.: Вы, стало быть, подписываетесь под теми своими словами про синтетическую кожу, трансгуманизм и прочее. Любопытно.

Г.Э.: Да ладно вам. Нечего вязаться к словам о синтетических органах. Тканевая инженерия здесь, рядом. Я у вас буду говорить и об этом в том числе.

Но мы же ушли дальше 1990-х, когда мы думали, что сможем синтезировать органы. Поумнели, осознали так сказать, иллюзорность. И все же, кажется, даже не хватая звезд с неба, мы уже получили результаты по синтезу и моделированию хряща, лучше даже, чем Боб Ваканти из Бостона. Спустись на землю, не замахивайся на создание почки или печени, тогда твои изыскания в этих тупиковых экспериментах принесут свои скромные плоды – ты сможешь сказать новое слово в лечении повреждений этих органов. Это важный сдвиг, я буду говорить об этом у вас в Москве.

А.Б.: Боюсь, нам пора приземляться. Вы так красноречивы по части этих высоких материй, но народу интересны более практические вещи. Я знаю от своих детей, что вы стремитесь посылать своих резидентов за границу, чаще в Тайвань. Что, американское образование недостаточно?

Г.Э.: Ни в коем случае. Американское образование ни при чем.

Мое желание в том, чтобы на том же, к примеру, Тайване, резидент ощутил глобальную природу пластической хирургии. Одни и те же задачи они решают иначе, чем вы в России или мы в Калифорнии.

И нет речи, что один хуже, другой лучше, речь о том, что резидент видит свою специальность в мировой перспективе. Не буду лицемерить, кое-что у нас делается много лучше, чем где бы то ни было...

И все же я хочу, чтобы молодежь не думала, будто пластическая хирургия америко-центрична. Везде растут свои цветы и свои ценные идеи. Мои выпускники должны быть открыты для них.

Помимо прочего, на Тайване самая серьезная в мире команда микрохирургов. Никому не помешает познакомиться из первых рук с опытом Фу Чан Вэя или Дэвида Чуана.

А.Б.: Глобальная перспектива представляется мне интеллектуальной роскошью. Наша молодежь ждет более практических советов, например, как начать практику.

Г.Э.: Позвольте закончить мысль. Не в том дело, чтобы они там нахватались ноу-хау, а в том, чтоб резиденты ощутили общность в многообразии.

Это необходимо, ибо пластические хирурги – это маленькое общество. Они должны ощутить единство, несмотря на выявляемые ими несхожести.

А.Б.: Хорошо, но давайте ближе к практике. Что сегодня делать молодому одинокому выпускнику, чтобы наладить косметическую практику?

Где главная засада?

Г.Э.: Вы должны быть и экспертом в вашем деле. Считается, что в реконструктивной хирургии не зарабатывают.

Конечно, сегодня не то, что в 1980-х, но свести концы с концами все же можно.

Мамаша ребенка, вылеченного от травм, обращается к вам за блефаропластикой.

Реконструктивная хирургия создает клиентуру, которая растет, пусть и не так быстро. Молодежь хочет, чтобы им все и сразу, чтоб годовой доход под миллион. Извините, сегодня этого не будет.

Конкуренция такая, что только в нашем небольшом округе 133 пластических хирурга.

В офисном здании в Ньюпорт Бич арендуют офисы 75 пластических хирургов. Конкуренция зверская. Но если ты добросовестно пашешь день и ночь – дело пойдет.

Считается, что в реконструктивной хирургии не заработать

А.Б.: Теперь ближе к вашей персоне. На вашем сайте я читаю, мол, д-р Эванс обожает делать операции, и в длинном списке грандиозных вмешательств типа реконструкции груди или ревизионной маммопластики вдруг вижу «липосакция». Мне она всегда казалась нудной, работают руки, а не голова. У вас иное отношение?

Г.Э.: В моей общей любви к хирургии, есть, конечно, любимцы, например, свободные микрососудистые пересадки. Но есть и тяга к разнообразию репертуара: сегодня голова-шея, завтра сложная реконструкция конечностей. Липосакция нужна для оплаты счетов (смеется). Подобные несложные вещи поддерживают во мне ощущение собственной универсальности, и это для меня важно.

Мое увлечение ультразвуковыми машинами миновало уж лет 10 тому назад

Кроме прочего, липосакция – необходимый компонент комплексных процедур, например, после массивной потери веса. Иной раз пустяковые, казалось бы фокусы так радуют пациентов. Вспомните хотя бы аугментационную маммопластику, вспомните отзывы пациенток, как они внутренне преобразились. Нет стены между реконструкцией и косметикой, согласитесь, ведь это континуум. Попробуйте-ка не думать о косметике при самой сложной челюстно-лицевой реконструкции. Не получится. И вот вам еще один взгляд на липосакцию, не как особую косметическую процедуру, а как на инструмент, который в умелых руках способен на многое в самых разных ситуациях.

А.Б.: Вопрос мой в том, как вам вся эта новая аппаратура, которая постоянно выбрасывается на рынок. Подобрали себе что-нибудь из мира техники?

Я никак не могу понять их рентабельность. Разве что подумываю приобрести Body-Jet.

Г.Э.: Мое увлечение ультразвуковыми машинами миновало вот уж лет 10 тому назад. Слишком они агрессивны. Пожалуй, соглашусь, что они помогают в сильно фиброзированных тканях. Но мы перешли на обычную липосакцию после мелкой поломки, которую оказалось слишком дорого чинить. Лазерную липосакцию не используем тоже, как и прочие навороты.

А.Б.: На том же сайте я прочел, что вы с энтузиазмом приветствовали решение FDA о допуске каплевидных эндопротезов 5 лет назад на рынок США. Откуда появился энтузиазм, на основе личного опыта?

А каково ваше отношение сегодня?

Г.Э.: Мы были одной из испытательных групп имплантатов Ментор. Я использую имплантаты стабильной формы в реконструкции груди время от времени. Я не вижу их преимуществ перед круглыми в эстетической маммопластике, здесь по умолчанию у меня круглые гладкие.

Пожалуй, можно согласиться с пользой от стабильной формы у худых пациенток.



А.Б.: У нас в России появилась еще одна горячая тема – над большой грудной мышцей или под ней. Ваши предпочтения в косметических случаях?

Недавно, 3-4 месяца назад Michael Zenn в Москве удивил всех прекрасными результатами с имплантатами над мышцей плюс ADM даже в реконструктивных случаях. Кажется, вы, американцы с недавних пор стремитесь выкарабкаться из-под мышцы на ее поверхность. Так или нет?

Г.Э.: Думаю, это зависит по большей части от толщины покровов пациентки. Известно ведь, что недостатком кармана под мышцей является анимация груди, которая может возникнуть и при пересечении мышцы даже с использованием ADM. Но мышца – это и дополнительный покров, поэтому я в большинстве случаев иду под нее.

Если покровы хорошие и не было облучения, то почему бы не расположить эндопротез над мышцей. Но пациентка должна понимать и отрицательные последствия этого. Многие их отрицают, но мне кажется, что протез над мышцей сопряжен с чуть большим количеством проблем, а главное, их труднее решить.

А.Б.: Хорошо, Грэг, если говорить о ваших трендах, скажем об объеме, наверняка вы ответите, что с годами устанавливаете эндопротезы все большего объема.

Мой вопрос относительно кармана над или под мышцей также был призван выяснить личную тенденцию, смену предпочтений за последние 5-10 лет. И вдогонку вопрос – гладкие или шершавые? И еще один – менялись ли предпочтения брендов?

Г.Э.: Если живешь достаточно долго, то многие вещи возвращаются.

Если вы не выбросили одежду десятилетней давности, мода на нее вернется. Я пережил все эти качели – от гладких к текстурированным и обратно. Также и нынешний тренд кармана над мышцей – это не новация. С него начиналась аугментация 50 лет назад. Потом хирурги начали закапываться под мышцу, сейчас, вот, потянулись обратно. А что будет через 5 лет. У меня все же чувство, что большинство хирургов сейчас и в будущем будет тяготеть к субпекторальному карману. Если говорить о трендах, то в реконструкции груди, например, сегодня тренд одномоментной реконструкции с сохранением соска и установкой экспандера, а то и сразу эндопротеза, ощущается гораздо сильнее, чем замена субпекторального кармана на супрапекторальный или наоборот. У вас в Москве я собираюсь говорить об этом. В большинстве таких операций хирурги идут все же под мышцу. Касаемо текстуры, то недавние данные об ALCL (лимфоидная опухоль, возникающая в капсуле вокруг эндопротеза) настораживают обнаруженной связью частоты возникновения этой опухоли с текстурой оболочки протеза. Многие хирурги начинают отказываться от текстуры. Так что вот вам еще один из нынешних трендов в США.

А.Б.: Еще один хит сезона у нас в России – комбинированная аугментация, т.е. имплантат плюс липофилинг, а то и аугментация только жиром.

Роджер Хури постарался, убеждая всех в нашем полушарии в неслыханных возможностях липофилинга для маммопластики. Ваша позиция?

Г.Э.: Не вижу смысла фэт графтинга одномоментно с эндопротезированием.

У меня чувство, что большинство хирургов сейчас и в будущем будут тяготеть к субпекторальному карману

В реконструкции груди, напротив, жир для меня рутинный инструмент, особенно в нижне-медиальных квадрантах. Но в эстетической маммопластике, если только это не очень маленькая аугментация, то вам требуется несколько операций для достижения заметного прироста, и даже если у пациентки есть лишние деньги на это, встает вопрос времени. Едва ли кто-то из моих пациенток согласится на несколько операций в течение года-полутора для достижения того же результата, который достигим с помощью эндопротезирования.

Вопрос здравого смысла. Другое дело, что липофилинг – хорошее подспорье в решении проблем, если таковые возникают.

А.Б.: Спасибо. Теперь об организационных основах реконструкции груди. Верно ли утверждение, что в США любая реконструкция оплачивается страховкой?

Г.Э.: В общих чертах, да. Федеральный закон США требует страхового покрытия реконструктивного этапа в лечении злокачественных заболеваний. Оплачивается и подгонка второй груди, хотя ряд страховых компаний противоположную грудь не оплачивают, но их меньшинство.

Как только звучит рак, оплачивают все, даже противоположную грудь

Однако, все, что не касается рака молочной железы, не оплачивается. Даже такая явно лечебная процедура как редукционная маммопластика требует сложных согласований. Чаще всего согласовать оплату счета, который мы выставляем страховой компании, не удастся, и мы оперируем таких пациенток за их деньги как косметических.

Но как только звучит рак, оплачивают все, даже противоположную грудь.

А.Б.: Нашей аудитории это будет интересно. У нас ведь совсем недавно, буквально в последние 5 лет появилось страховое покрытие реконструкций.

Я не могу на законных основаниях выполнить коррекцию противоположной груди одновременно с мастэктомией-реконструкцией больной молочной железы, потому что финансируется операция только на больной стороне, а за здоровую пациентка должна платить сама. Но «соплатежи» противозаконны, т.е. пациентка не имеет права быть одновременно и страховой и частной. Ее выписывают и для коррекции госпитализируют вновь как косметическую. Наверное, вы тоже сталкивались с такими нелепостями раньше.

Г.Э.: У нас главные подвижки произошли в последние 5-10 лет. Активистки давили на правительство и добились многого, хотя и по-разному от штата к штату. Я вам отвечаю за Калифорнию, а если взять Оклахому, картина будет иной.

А.Б.: Выходит, жительницы разных штатов имеют неодинаковые перспективы.

Г.Э.: Да, но следует иметь в виду множество факторов, влияющих на страховую политику.

Например, где-то чаще применяют имплантаты, где-то собственные ткани. Частота реконструкций в целом – 40% от мастэктомий, но в южных штатах они ниже.

А.Б.: Ранее вы сказали, что предпочитаете свободные пересадки для любой реконструкции, будь то грудь или лицо. Разделяю, ведь мое прошлое – реконструктивная микрохирургия.

Но вопрос в том, что невозможно отрицать явный тренд в пользу имплантатов в реконструкции груди. Что ваши страховщики платят одинаково за сложные и простые операции?

Г.Э.: Нет, это не так.

Свободные лоскуты оплачиваются несколько лучше, но вы правы в том, что затраты времени на обучение, риски и трудозатраты на операцию несоизмеримо выше. Поэтому люди отходят от микрохирургии.

Да она и не применима в частной практике, только в академических центрах. Хотя формально заработок хирурга, пересадившего лоскут, выше (скажем 25 000 долларов), чем у того, кто воткнул экспандер, а за ним имплантат («всего» 15 000), но на деле это оборачивается финансовой блокадой передовых микрохирургических методов.

Надо признать и то, что восстановление груди имплантатами совершенствуется стремительно и по ряду критериев уже не уступает пересадкам. Тут иADM подоспел на подмогу имплантатам и существенно сместил приоритеты в их пользу. Я об этом обязательно расскажу вашим хирургам.

А.Б.: Ваши предсказания на будущее.

Г.Э.: С нынешними корчами системы здравоохранения США, загадывать что-либо затруднительно. Другая неопределенность – насколько шагнут технологии имплантатов.

Предположу, в обозримом будущем за ними сохранится первенство. Но знаете ли вы, что самым популярным методом реконструкции собственными тканями остается лоскут на основе широчайшей мышцы спины?

Самым популярным методом реконструкции остается лоскут на основе широчайшей мышцы спины

А.Б.: Имеется в виду гомолатеральное перемещение на ножке?

Г.Э.: Да, на сосудистой ножке.

Далее. Многие продолжают и сегодня практиковать несвободный ТРАМ-лоскут, как и много лет назад. Поэтому, глядя на подобную стойкость привычек, гораздо труднее предсказывать изменения, чем уверенно предвидеть, что многие из этих привычек сохранятся. А тут еще и неопределенность в экономике.

А.Б.: Когда речь шла о липофилинге, ваше отношение и показания стали понятны. Но вы ни словом не обмолвились о стволовых клетках. Я знаю, они вам интересны. Скажите, а в клинической практике вы рассчитываете на их эффекты? Или это все еще эксперименты, пусть и обнадеживающие?

FDA требует минимизации воздействия на живые клетки человека. Не теряем надежды на возврат к здравому смыслу

Г.Э.: Мы не знаем. Положа руку на сердце, мы не в силах предсказать пока эффекты от ADSC (adiposederived stem cells – стволовые клетки из жировой ткани).

Может, все дело просто в липофилинге, или они что-то добавляют. На уровне моих ощущений, они помогают, если их подмешивать к липофилингу. Пока это все в лаборатории. Ваша дочь, Анна, потратила много сил, работая с нами. Мы в поиске. Мы ищем их истинное место в клинике. Наша беда в Штатах, мы не можем их выделять. В клинической практике мы не можем прибегать к коллагеназе (фермент, высвобождающий ADSC), только центрифуга.

А.Б.: Это тот глупый запрет на манипуляции с человеческими клетками?

Г.Э.: Да. FDA требует минимизации воздействий на живые клетки человека. Не теряем надежды на возврат к здравому смыслу. Ожидаем многого.

Об этом тоже поговорим в Москве.

А.Б.: Ваши предсказания на будущее.

Г.Э.: С нынешними корчами системы здравоохранения США, загадывать что-либо затруднительно. Другая неопределенность – насколько шагнут технологии имплантатов.

Предположу, в обозримом будущем за ними сохранится первенство. Но знаете ли вы, что самым популярным методом реконструкции собственными тканями остается лоскут на основе широчайшей мышцы спины?

А.Б.: Имеется в виду гомолатеральное перемещение на ножке?

Г.Э.: Да, на сосудистой ножке.

Далее. Многие продолжают и сегодня практиковать несвободный ТРАМ-лоскут, как и много лет назад. Поэтому, глядя на подобную стойкость привычек, гораздо труднее предсказывать изменения, чем уверенно предвидеть, что многие из этих привычек сохранятся. А тут еще и неопределенность в экономике.

А.Б.: А пока что вы рассчитываете на результаты липофилинга как исключительно объемное приращение, без неких сверх эффектов от выделенных фракций типа VGF (vascular growth factor – фактор васкуляризации).

Г.Э.: Ну почему же. Нам невозбранно выделять фракции путем центрифугирования или простой седиментации.

А.Б.: Да все мы можем. Вопрос не в этом, а в том, возлагаете ли вы на эти фракции дополнительные задачи сверх волюметрических задач липофилинга?

Г.Э.: Нет. Может быть при минимальных инъекциях жира на лице можно чего-то ждать сверх объемного прироста.

Но обычный липофилинг прост: вкачал, резорбция, финальный объемный прирост. Поговаривают, что васкулярная фракция снижает резорбцию. Но в практике я не склонен добывать всеми силами один кубик фракции, чтобы смешать его с парой кубиков жира в надежде на некое чудо.

А.Б.: Спасибо, Грег. Вы запихнули такую кучу информации в это столь краткое интервью. Спасибо вам. С нетерпением ждем вас в Москве.

Г.Э.: Спасибо, Алексей, реально хочется рассказать вашим ребятам все, как оно есть.

**Симпозиум пройдет
в Москве 17-18 июля
в «Holliday Inn
Сокольники»
по адресу ул.
Русаковская, 24, Зал
«Крымский Вал»**



ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ТЕХНОЛОГИИ