

ДИСКУССИЯ

В этом номере печатается статья "Гепатобилиарная хирургия 2008 года. Какой она будет?"

Редколлегия хорошо понимает, что прогноз даже на ближайшее десятилетие в наше скоротечное время представляется крайне сомнительным делом. Однако журнал должен не только представлять читателям текущую информацию, но и вести их по какой-то дороге. Прогноз необходим для определения приоритетных направлений. Если такие направления определены, становится яснее, чем следует заниматься, над какими проблемами следует работать. Редколлегия планирует организовать дискуссию на страницах журнала по вопросу прогноза развития гепатобилиарной хирургии на 10 лет и затем, если дискуссия получится, дать статью, подводющую ее итоги. Так можно будет составить представление о мнении хирургов по такому важному вопросу.

Гепатобилиарная хирургия 2008 года. Какой она будет?

Э. И. Гальперин

Отдел хирургии печени и метаболической хирургии (зав. - проф. Э.И. Гальперин) Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

The Year 2008 Hepatobiliary Surgery: What It Would Be Look Like?

E.I. Galperin

Department of the Liver and Metabolic Surgery (director – Prof. E.I. Galperin), Sechenov Medical Academy, Moscow

При определении прогноза развития гепатобилиарной хирургии на 2008 год мы исходили из предпосылки, что за эти 10 лет не будут открыты генетические и молекулярные механизмы хирургических заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы, которые могут принципиально изменить подходы к их лечению, или новые фундаментальные открытия еще не найдут достаточного применения в практической хирургии.

Основным хирургическим заболеванием желчных путей является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Думаю, через 10 лет значительно большее место в диагностике ЖКБ займет определение литогенности желчи, а для лечения будут найдены действительно эффективные препараты, снижающие угрозу камнеобразования, а также препараты, растворяющие камни. Несмотря на то, что при ЖКБ имеются, как правило, функциональные и органические изменения желчного пузыря, растворение камней само по себе представляется целесообразным, особенно в ранней стадии заболевания. Эти препараты могут легко вводиться непосредственно в желчный пузырь под контролем УЗИ или компьютерной томографии. Естественно, что при резких изменениях в желчном пузыре операцией выбора будет оставаться холецистэктомия, которая будет произво-

даться так же как и сейчас открытым и лапароскопическим способами, по показаниям к лапароскопическим операциям будут еще более расширены.

Операция по поводу острого холецистита, как показывает уже сейчас опыт передовых зарубежных стран, будет сведена к минимуму, т.к. на первое место выйдут операции при камненосительстве (лапароскопические), а также медикаментозная профилактика и лечение литогенности желчи при первых признаках ее появления. Роль УЗИ в диагностике ЖКБ будет оставаться первостепенной, однако в диагностике ранних форм заболевания основное место займут чувствительные маркеры на состояние желчи. Возможно исследование самой желчи при эндоскопическом ее получении или с помощью пункции желчного пузыря. Несомненно, в практику войдут профилактические осмотры населения (2 раза в год), при которых в наборе маркеров будут фигурировать и маркеры литогенности. Маркеры станут скрининговым методом многих заболеваний, они будут выполнять роль, которую сейчас играет УЗИ, только они будут способны выявлять болезнь на более ранних стадиях.

При камнях общего желчного протока, вероятно, гораздо большее развитие получит лапароскопическая холедохотомия с удалением камня с дренажем или наложением прецизионного шва на стенку протока. Более простое удаление камней из общего желчного протока с помощью дуоденоскопа будет иметь более ограниченные показания из-за необходимости проведения сфинктеротомии и нарушения автономности желчевыделительной системы. Лапароскопическая холедохотомия связана с совершенствованием ручного шва при лапароскопических операциях. Возможно создание специальных механических аппаратов для наложения прецизионных швов на стенку холедоха. С вопросом технического оснащения лапароскопических операций будет связано распространение лапароскопических холедохотомий.

Восстановительная и реконструктивная хирургия желчных путей во многом зависит от совершенствования методов наложения прецизионного шва и применения несложной увеличительной оптики. Большое значение будет иметь разработка препаратов, тормозящих развитие соединительной ткани. Усилия в этой области имеют особую ценность, т.к. рубцовое сужение анастомозов является основной причиной плохих результатов реконструктивной хирургии. В предупреждении развития соединительной ткани возможно будут играть большую роль группа модуляторов цитокинов и ростовых факторов, которые уже сейчас начинают приобретать все большее значение в лечении заболеваний, связанных с регенерацией. Развитие рубцовой ткани в области соустья во многом связано с торможением процесса созревания фибробластов из-за хронического раздражающего действия желчи. Поэтому прецизионный шов, обеспечивающий прямой контакт слизистых оболочек, и разработка препаратов, убабляющих процесс репарации стенок бидиодигестивного анастомоза, могут способствовать более быстрой и полноценной изоляции соединительнотканых элементов стенок анастомоза от раздражающего действия желчи.

Совокупность указанных факторов (прецизионных швов, увеличительная оптика, применение препаратов, сдерживающих развитие соединительной ткани) так или иначе позволит выполнять реконструктивные операции в более ранние сроки после повреждения протоков, когда общий желчный проток имеет нормальный диаметр и не ждать его расширения. Это очень важно, т.к. в ранние сроки после повреждения протока у больного нет еще эпизодов желтухи и холангита, которые, как правило, манифестируют при выжидательной тактике. Наконец, новый подход позволит по-видимому вновь обратиться к восстановительным операциям (сшивание концов общего желчного протока конец в конец при ранних повреждениях протока, иссечение стриктур сшиванием концов протока и т.д.) вместо реконструктивных вмешательств с использованием тонкой кишки, что нередко чревато регургитацией и развитием хронического холангита. Рубцовые стриктуры холедоха с каждой операцией поднимаются проксимальнее. Сейчас больные, поступившие после нескольких неудачных операций, имеют, как правило, обтурацию на уровне бифуркации. Такой поток больных, возможно, будет значительно уменьшен за счет более благополучных исходов первичных реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Думаю, что гораздо большее внимание будет уделяться радикальному удалению опухолей протоков, не только дистальной локализации, но и расположенных в проксимальных отделах, в частности опухоли Клатскина. Этому способствуют развитие хирургии печени, возможность

наложения узких желчно-кишечных анастомозов прецизионным способом с использованием ареактивных шовных материалов, успехи развития анестезиологии и других смежных областей медицины.

Лимфаденэктомия, возможно более направленная из-за совершенствования диагностических методов (компьютерной томографии, применение фотодинамической диагностики и др.), будет являться неотъемлемой частью операции. Однако прогресс лежит на пути диагностики ранних форм опухолей, который уже сейчас является превалирующим методом лечения заболеваний в ряде развитых зарубежных стран. Так в Японии граждане 2 раза в год проходят гастроскопию, что позволяет выявить самые ранние стадии рака желудка и пищевода, а хирургическое лечение в таких случаях практически обеспечивает выздоровление больных. Поэтому направленная диспансеризация населения (1-2 раза в год) по выявлению заболеваний гепатобилиарной зоны (УЗИ, маркеры опухолей печени и поджелудочной железы, которые уже сейчас исследуются в ведущих клиниках, маркеры литогенности желчи, маркеры эхинококкоза в эндемичных регионах и др.) играет основную роль в улучшении результатов хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Это практически во многом должно изменить лицо хирургии 2008 года.

С этого следует также начать раздел о будущем хирургии печени. Уже сейчас с внедрением УЗИ в практику здравоохранения мы все реже встречаемся с большими опухолями печени. Еще более ранний диагноз, с определением альфа-фетопротейна (маркера первичного рака печени) и канцерозембрионального антигена (СЕА) при диспансеризации здоровых граждан, позволит не только выявить ранние формы заболевания, но и следить за динамикой процесса (развитие рецидива или метастазов) в послеоперационном периоде, обеспечив возможность проведения новых курсов химио- и радиотерапии, а также повторных операций. Открытие новых маркеров сделает хирургию новообразований печени еще более перспективной. Как подход к этой проблеме следует рассматривать профилактические осмотры угрожающих контингентов населения с гепатитами, хроническим потреблением алкоголя, циррозом, работающих на вредных предприятиях. Выявлению ранних форм заболевания несомненно будет способствовать усовершенствование имеющейся в настоящее время аппаратуры: Ультразвуковой, компьютерной томографии, лапароскопической, пункционной для морфологической верификации образований и др.

В лечении злокачественных опухолей печени, как и других локализаций, значительно повысится роль химиотерапии и радиологического лечения. Об этом свидетельствует уже наметившаяся тенденция. Будут созданы более эффективные и с другой стороны менее агрессивные препараты, которые дадут возможность разрушить опухолевую ткань, как в первичном очаге, так и в лимфатических узлах. Проблема в основном состоит не в создании препаратов, разрушающих опухоль, они имеются и в настоящее время. Проблема состоит в локализации этого препарата в основном в опухолевой ткани для ее разрушения и в возможно меньшем его распространении на здоровые ткани (главным образом страдают печень и почки, т.к. они выводят химиопрепараты). С таких позиций большое значение будет иметь регионарный (с помощью супселективной катетеризации приводящих сосудов печени) и интратуморальный способы введения лекарственных препаратов, а также выявление специфических рецепторов в опухоли и соединении химиопрепарата с веществом, имеющим сродство к таким специфическим рецепторам. Эти проблемы уже сейчас находятся в центре внимания онкологов и, по-видимому, через 10 лет в этой области будет определен прорыв, повлияющий на хирургическое лечение опухолей.

Возможно, опухоли печени небольших размеров (1—2 см) будут лечить с помощью общей внутривенной химиотерапии, дополненной регионарным или прямым интратуморальным введением препаратов (как сейчас производят введение этанола), а также суперселективной эмболизацией приводящих сосудов. Однако, нельзя исключить, что в начале лечения будет производиться хирургическое удаление даже небольшого очага новообразования.

При больших опухолях печени по-видимому основным останется хирургический метод, несомненно дополненный химио- или радиотерапией перед и после операции. При небольших

размерах новообразований, особенно располагающихся в левой доле печени, можно прогнозировать успешное применение лапароскопических методов операции.

В настоящее время имеется много различных методов, позволяющих произвести резекцию печени. Технические аспекты операции достаточно хорошо разработаны, особенно работами последних лет (пальцевое выделение сосудов, применение УЗ аппаратов, разрушающих паренхиму печени, применение криодеструкции, наложение различных швов и т.д.).

Прогресс в оперативной хирургии печени может быть связан с операциями на выключенном (частично или полностью) из кровообращения органе, что может быть достигнуто катетеризацией сосудов и временной их баллонной окклюзией. Уже сейчас имеются такие попытки, причем возможно проведение окклюзии как всей печени, так и отдельных ее долей или даже сегментов, на которых производится оперативное вмешательство.

Несомненно, огромную роль, в 2008 году будет иметь трансплантация печени, включая и ауто трансплантацию, которая разрешит многие проблемы своим путем, однако в данной статье я не хотел бы касаться таких вопросов, оставив страницы для хирургов, занимающихся прицельно вопросами трансплантации.

Выявление небольших по размеру доброкачественных образований печени (гемангиома, гематома, узловая гиперплазия) приведет к дальнейшему развитию малоинвазивных методов хирургического лечения, таких как чреспеченочное введение этанола или других препаратов, суперселективная сосудистая эмболизация, локальная гипертермия или, наоборот, криодеструкция новообразования.

Лечение воспалительных заболеваний поджелудочной железы остается одной из актуальнейших проблем хирургии последних десятилетий, по которым практически нет ощутимых результатов. Можно предположить, что при гнойно-некротических формах острого панкреатита получит распространение ретроперитонеальный доступ к парапанкреатической и забрюшинной клетчатке. Это потребует новых анатомических исследований и специальных приспособлений, но позволит менее травматично производить повторные санации гнойно-некротических очагов. Можно предположить разработку новых препаратов, снижающих секрецию поджелудочной железы и нормализующих органный кровоток. Несомненно, будут открыты новые методы лечения на пути использования комплекса цитокинов и ростовых факторов, воздействия на макрофаги и управление реакцией стимуляции лейкоцитов. Фактически эти факторы (в основном цитокины) определяют развитие протеолитических каскадных реакций, влияющих на исход заболевания.

Определенное место в лечении острого панкреатита займет декомпрессия вирсунгова протока путем ЭПСТ, вирсунготомии и дренажа панкреатического протока. Это вмешательство будет сочетаться с арсеналом других хирургических средств.

При хроническом панкреатите должно получить дальнейшее развитие удаление поврежденной части железы, включая изолированное удаление головки с наложением декомпрессивных широких (продольных) панкреатоеюноанастомозов. Не исключено пункционное введение в пораженные участки (в частности в головку) склерозирующих веществ типа этанола. К таким вмешательствам должны быть определены специальные показания.

В лечении рака поджелудочной железы одно из центральных мест должна занять ранняя диагностика, в частности разработка новых специфических маркеров, увеличение разрешающей способности УЗ и КТ для выявления малых опухолей до развития механической желтухи. Несомненно, операция при раке поджелудочной железы будет сочетаться с химиотерапией, разработкой новых химиопрепаратов и путей их введения.

Хирургическая гепатология оказалась достаточно большой областью хирургии. Я не коснулся прогноза по таким вопросам, как лечение портальной гипертензии, ранений печени и поджелудочной железы, лечение цирроза печени и практически-оперативного лечения рака поджелудочной железы, хирургии селезенки и др. проблем. Прогнозы по этим вопросам, так же как и по затронутым мною, нуждаются в широком обсуждении.