

**ДИСКУССИЯ
ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ 2008 ГОДА. КАКОЙ ОНА БУДЕТ?**

Ближайшие перспективы развития хирургии поджелудочной железы в России

М. В. Данилов

Кафедра хирургии факультета постдипломного образования
(зав. - академик РАМН В.Д. Федоров) ММЛ им. И.М. Сеченова

Nearest Prospects of Pancreatic Surgery Development in Russia

M. V. Danilov

Surgical Department of the Advanced Medical Training Faculty
(Director- Academician RAMSci V.D. Fedorov)
I.M. Sechenov's Medical Academy, Moscow

Редколлегия предложила мне принять участие в дискуссии о перспективах развития гепатобилиарной хирургии, начало которой было положено статьей Э.И. Гальперина, опубликованной в т. 3 № 1 Вашего журнала. Что касается ближайшего будущего хирургии поджелудочной железы (ПЖ), я не готов взять на себя смелость прогнозировать развитие этого сложного раздела хирургии в мировом или хотя бы в европейском масштабе и хотел бы ограничиться более скромной задачей - оценить возможные изменения в хирургической панкреатологии в нашей стране на ближайшее десятилетие.

Приходится сразу оговориться, что основные новые разработки по наиболее актуальным проблемам ПЖ будут, по-видимому, осуществляться, к сожалению, не в России. В связи с этим основными вопросами для обсуждения в настоящей публикации могут быть следующие: 1) в какой мере отечественным клиницистам и, в частности, хирургам удастся внедрить в практику мировые достижения панкреатологии и смежных дисциплин, 2) насколько удастся приблизить отечественный уровень данного раздела хирургии к современному состоянию панкреатологии и 3) в чем будет состоять своеобразие развития хирургии ПЖ в России.

Следует ожидать, что проблемы хирургии ПЖ в России в предстоящее десятилетие не только не утратят актуальности, но станут еще более насущными, поскольку можно прогнозировать повышение частоты основных факторов этиологии панкреатита: холелитиаза, алкоголизма, повреждений ПЖ (травматических и ятрогенных), также как и факторов риска возникновения опухолей панкреатодуоденальной зоны - того же алкоголизма, табакокурения, неблагоприятных экологических условий.

Немалые трудности для хирургов-панкреатологов будут возникать в связи с поступлением в клиники нарастающего числа больных, перенесших ранее нерациональные и нерадикальные "открытые" или "закрытые" хирургические вмешательства и требующих выполнения повторных и реконструктивных операций на ПЖ и смежных органах.

Серьезную проблему будет представлять коммерциализация хирургии ПЖ, приводящая к значительной дифференциации оказания хирургической помощи в различных социальных слоях населения и, как следствие, к увеличению числа больных с запущенными формами поражений ПЖ, как неопухолевых (различные разновидности панкреатита и его осложнений), так и онкологических.

Определенные изменения, видимо, коснутся важнейшей проблемы хирургической панкреатологии - выбора диагностического алгоритма у больных с очаговыми и диффузными поражениями

ПЖ. Следует ожидать дальнейшего снижения интереса к использованию сложных методов функционального исследования железы, в частности, ее внешней секреции, в связи с большой трудоемкостью этих методов, необходимостью использования дорогостоящих химических и радиофармацевтических препаратов и одновременно в связи с достаточно низкой эффективностью подобных исследований в дифференциальной и топической диагностике поражений ПЖ. Напротив, значительное внимание будет уделяться внедрению в клиническую практику имеющихся и разработке новых опухолевых маркеров с целью более раннего выявления рака ПЖ и перимпулярной зоны.

Основное значение будет придаваться разработке и внедрению в практику панкреатологии методов инструментального исследования, что в российских условиях будет сдерживаться финансовыми трудностями закупки современной диагностической аппаратуры и оборудования, расходных материалов, а также подготовки высококвалифицированных специалистов диагностического профиля. В процессе развития методов инструментального обследования ПЖ должна сохраниться тенденция ограничения показаний к дорогостоящим, а также к инвазивным диагностическим методам, чреватым развитием осложнений и побочных эффектов: ангиографии, ретроградной панкреатикографии, особенно у больных с ранее выявленными кистозными поражениями ПЖ, радионуклидного исследования железы. Напротив, дальнейшее развитие на Западе и, по мере возможности, внедрение в клиническую практику в России должны получить современные методы УЗИ исследования ПЖ и смежных органов, в том числе, эндоскопического и интраоперационного, а также сонографии кровеносных сосудов портальной системы и ветвей брюшной аорты (дуплексное сканирование и др.); новейшие методы компьютерной томографии (КТ), в частности, спиральной; ЯМР; диагностические тонкоигольные пункции под контролем УЗИ и КТ. Следует ожидать, что большинство наиболее перспективных диагностических методов, требующих для своего выполнения современной аппаратуры, останется, в основном, уделом крупных центров, ведомственных и хозрасчетных клиник и будет гораздо менее доступным для пациентов муниципальных лечебных учреждений.

Удельный вес хирургических методов лечения хронического панкреатита (ХП) в предстоящее десятилетие будет повышаться, учитывая недостаточную эффективность консервативной терапии, отсутствие специфических препаратов для его лечения, а также нарастающую алкоголизацию населения, низкий санитарный и культурный уровень большинства страдающих панкреатитом. Важной задачей будет усвоение отечественными хирургами современных представлений о причинах и патогенезе хронического и острого панкреатита, наиболее распространенных осложнениях этого заболевания, о возможностях более раннего выявления их и обоснования показаний к оперативному лечению осложненного ХП. Наряду с этим хирургами должны быть усвоены существенные различия в течении и исходах основных типов ХП и, в связи с этим, необходимость дифференциации при выборе методов хирургического лечения панкреатита.

Так, у больных вторичным холангиогенным панкреатитом важнейшая задача ликвидации основного этиологического фактора панкреатита - желчнокаменной болезни и ее осложнений в современных условиях все чаще будет решаться путем использования методов малоинвазивной хирургии - лапароскопических холецистэктомии и холедохолитотомии, ЭПСТ с удалением камней из протоков, новых способов деструкции камней в протоках и др. Условием успеха будет являться применение этих щадящих хирургических методов до развития грубых поражений билиарного тракта и смежных органов, что потребует более своевременного использования современных диагностических средств. Объектами хирургических вмешательств непосредственно на ПЖ при данной форме ХП будут служить, в основном, такие осложнения ХП, как постнекротические псевдокисты и свищи, а также интра- и парапанкреатические гнойники, а основными применяемыми операциями будут различные варианты резекций ПЖ, а также паллиативные вмешательства, завершаемые внутренним или, чаще, наружным дренированием псевдокисты и абсцессов. Чаще, чем в настоящее время эти вмешательства будут, очевидно, выполняться в виде таких малоинвазивных процедур, как чрескожная катетеризация плотных образований под контролем УЗИ, КТ и рентгеноскопии, как эндоскопическое формирование цистодигестивных анастомозов, более со-

вершенную технику которых и усовершенствованный инструментарий для их выполнения предстоит разработать в ближайшие годы.

В отличие от этого при первичном (алкогольном) панкреатите, нередко осложненном панкрео- и панкреатиколитиазом, основным объектом хирургического вмешательства должна являться сама поджелудочная железа, а важнейшей задачей хирурга остается устранение гипертензии во всех сегментах ее протоковой системы и связанных с ней кистозных образований, ликвидация осложнений панкреатита, также обычно связанных с наличием этой гипертензии. Понимание этого основополагающего факта позволит перейти к более широкому использованию оперативных вмешательств, наиболее радикально устраняющих интрапанкреатическую гипертензию - формирования максимально протяженных панкреато- и панкреатоцистоеюноанастомозов, а при невозможности этого - выполнения расширенных резекций ПЖ, как дистальных, так и проксимальных (ПДР), которые, как правило, необходимо сочетать с наложением достаточно широких панкреатодигестивных анастомозов, а при возможности использовать также органосохраняющие варианты операций (пилоросохраняющая ПДР). С учетом роли интрапанкреатических симптомов и осложнений представляются сомнительными попытки лечения данной формы ХП и его осложнений с помощью паллиативных хирургических вмешательств, выполняемых как лапаротомным доступом (наложение изолированных цистодигестивных анастомозов, операции на вегетативной нервной системе), - так и средствами малоинвазивной хирургии - пункционно-катетеризационные вмешательства при псевдокистах, сообщающихся с просветом панкреатических протоков; попытки ретроградного эндопротезирования суженного или обтурированного конкрементами главного протока ПЖ, экстракорпоральная литотрипсия для деструкции конкрементов в просвете протоков железы и т.п. Важнейшей задачей ближайшего времени является также проведение контролируемых клинических исследований сравнительной эффективности предлагаемых новых малоинвазивных и традиционных хирургических методов лечения ХП в тщательно подобранных сопоставимых группах больных, что позволит более обоснованно подходить к выбору наиболее рациональной хирургической тактики у больных осложненными панкреатитом.

Еще более сложные проблемы предстоит решать отечественным хирургам при лечении больных острым панкреатитом (ОП), распространенность которого имеет тенденцию к устойчивому росту. Одна из важнейших задач - совершенствование методов диагностики панкреонекроза, которые позволили бы своевременно оценивать распространенность и тяжесть поражения ПЖ и парапанкреатической клетчатки, выявлять осложнения и тем самым своевременно устанавливать показания к хирургическому лечению, выбирая наиболее адекватные способы лечения. При этом основное внимание должно быть уделено совершенствованию объективных, преимущественно малоинвазивных методов - различных вариантов УЗИ и КТ, прицельной чрескожной пункции жидкостных очагов с последующим бактериологическим исследованием пунктата, а также лапароскопии и сочетанию этих методов. Меньшие надежды могут быть возложены на создание новых лабораторных методов выявления панкреонекроза, его различных форм и оценки объема поражения ПЖ.

Если на протяжении целых десятилетий основное внимание физиологов, фармакологов и клиницистов было направлено на разработку медикаментозных и физических средств, призванных подавлять внешнюю панкреатическую секрецию и тем купировать прогрессирование ОП, то исследования последнего времени показывают, что применение подобных средств в большинстве случаев оказывается запоздалым и не позволяет предотвратить прогрессирование деструктивного и воспалительного процесса как в самой железе, так и окружающих тканях. Поэтому основное внимание клиницистов в предстоящие годы, по-видимому, будет привлечено в первую очередь к созданию и обеспечению комплекса интенсивной, антибактериальной, иммуностимулирующей терапии, способов детоксикации, который призван купировать или смягчить явления полиорганной недостаточности, снизить опасность гнойно-воспалительных осложнений, тем самым позволяя многим больным пережить наиболее опасный период заболевания и обеспечить в дальнейшем в случае необходимости более безопасное проведение хирургического вмешательства.

В предстоящее десятилетие хирургам России предстоит на основании объективных методов исследования определить конкретные показания к хирургическому лечению различных форм деструктивного ОП, в частности, выработать объективные критерии для выбора способа оперативного лечения при различных разновидностях гнойных осложнений панкреонекроза - нагноившихся кистах, панкреатических и парапанкреатических абсцессах и "флегмонах". Следует также предполагать, что в будущем произойдет определенная переоценка роли и возможностей хирургического лечения при тех разновидностях панкреонекроза, которые не сопровождаются объективными признаками его инфицирования и нагноения, очевидно, в сторону некоторого расширения показаний к операции.

Одной из важнейших задач, которую предстоит разрешить в ближайшем будущем, является установление разумного соотношения между традиционными лапаротомными операциями и различными вариантами малоинвазивных хирургических вмешательств - пункционно-катетеризационных и лапароскопических (на основе оментобурсоскопии), которые в последнее время начинают применяться не только для лечения четко ограниченных жидкостных образований - острых быстро увеличивающихся нагноившихся кист, а также абсцессов, но также и неограниченных деструктивно-гнойных процессов как в самой ПЖ, но и парапанкреатической клетчатки. Выполнение подобных "закрытых" вмешательств потребует, во-первых, разработки и внедрения в практику специального, подчас достаточно сложного инструментария и оборудования, предназначенного для кавитации гнойных полостей, удаления как жидкого содержимого, так и плотных некротических масс, крупных секвестров и т.п., а во-вторых - проведения серьезных контролируемых клинических, морфологических, бактериологических исследований сравнительной эффективности малоинвазивных и лапаротомных способов хирургического лечения осложненного панкреонекроза.

В ближайшие годы предстоит также провести дальнейшие исследования по обоснованию наиболее радикальных оперативных вмешательств при гнойном панкреатите и парапанкреатите: расширенной одномоментной некрэктомии с интраоперационным или пролонгированным лаважем сальниковой сумки и забрюшинного пространства; этапной секвестриэктомии с последующим открытым ведением больных методом лапаростомии или повторных интервенций программированным лаважем и др. При этом необходимо будет рушить ряд важных организационных и технических задач: разработать систему организации и анестезиологического обеспечения многомоментных вмешательств, выбрать и обосновать оптимальные сроки реинтервенций, отработать целый ряд важных технических приемов выполнения этих процедур, создать рациональную схему послеоперационного ведения и реабилитации подобных больных, а также выработать сроки и методику повторных операций, выполняемых в отдаленные сроки после купирования ОП с целью ликвидации его поздних осложнений и побочных эффектов.

Наконец, в предстоящий период должна быть в большей мере обеспечена преемственность хирургического лечения больных хроническим рецидивирующим панкреатитом, перенесших панкреонекроз и нередко оперированных в острой стадии панкреатита. Это позволит сократить частоту и тяжесть повторных эпизодов острого панкреатита и одновременно улучшит течение поражения ПЖ в хронической стадии заболевания, снизит инвалидизацию больных панкреатитом.

Наращение числа больных с злокачественными опухолями ПЖ и периампулярной зоны является одной из наиболее сложных проблем не только онкологии, но и хирургии, поскольку и в будущем основной контингент подобных больных будет поступать в общехирургические отделения после развития у них механической желтухи, режее дуоденальной непроходимости, гастродуоденальных кровотечений и других осложнений. При этом важной, но трудно реализуемой задачей будет разработка методов скрининга подобных опухолей, а также внедрения объективных малоинвазивных диагностических методов (УЗИ, ЭГДС), определения опухолевых маркеров в повседневную практику тех лечебных учреждений, куда первично обращаются подобные пациенты - поликлинических диагностических центров, инфекционных и терапевтических отделений больниц с тем, чтобы максимально сократить интервал времени между первичным обращением больного раком ПЖ к врачу и выполнением необходимого хирургического вмешательства.

Позднее поступление больных раком панкреатодуоденальной зоны и часто их достаточно тяжелое общее состояние заставляют в большинстве случаев сосредотачивать главное внимание на выборе оптимального и максимально безопасного метода декомпрессии билиарного тракта как в качестве способа подготовки больного к радикальной операции, так и, у большинства пациентов, в качестве основного и завершающего способа хирургического лечения. В предстоящее десятилетие должны быть более четко определены показания к лапаротомным методам декомпрессии желчных путей - наложению билиодигестивных анастомозов (БДА) и способам решения этой задачи средствами малоинвазивной хирургии, будет продолжена разработка и совершенствование этих методов. При этом следует ожидать, что большее развитие получат чрескожные чреспеченочные способы дренирования и эндопротезирования желчных путей, а также наложение лапароскопических БДА, хотя традиционные лапаротомные способы желчеотведения несомненно должны сохранить достаточно весомую роль.

На ближайшее время радикальные операции, прежде всего, различные модификации ПДР будут по-прежнему представлять единственную реальную возможность более или менее длительного излечения больных опухолями панкреатодуоденальной зоны, в первую очередь, БДС, дистального отдела холедоха и двенадцатиперстной кишки. В то же время возможность длительного выживания больных протоковой аденокарциномой ПЖ после радикальных, даже расширенных, оперативных вмешательств остается весьма проблематичной. В ближайшем будущем следует отдавать предпочтение выполнению ПДР, как правило, в типичном объеме, операция должна сопровождаться лимфодиссекцией; расширение показаний к пилоросохраняющему варианту операции, особенно при протоковой аденокарциноме ПЖ из-за меньшего радикализма этого вмешательства нецелесообразно. Использование так называемых условно-радикальных операций типа обычной и расширенной папилэктомии, дуоденэктомии, "экономной ПДР" не имеет перспектив в связи с закономерным возникновением после подобных вмешательств местных рецидивов в ближайшие месяцы, а также в связи с большим числом послеоперационных осложнений. Не оправдываются также надежды на повышение радикализма хирургического лечения рака ПЖ путем внедрения в практику ТДПЭ.

Хотя в последние десятилетия в основном разработана методика радикальных операций на ПЖ, в будущем, видимо, предстоит совершенствование ряда деталей реконструктивного этапа ПДР, в частности, обработки культи ПЖ, - необходимо проведение контролируемых исследований в отношении преимуществ и недостатков различных вариантов этой процедуры, объективная оценка таких предложений, как формирование панкреатогастроанастомоза, окклюзия протоков культи ПЖ и др.

В ближайшие годы российским хирургам предстоит оценить возможность и целесообразность внедрения в отечественную хирургическую практику расширенной ("региональной") ПДР, предложенной рядом японских, американских и европейских хирургов и предусматривающей скелетизацию магистральных кровеносных сосудов с удалением всей регионарной лимфатической, соединительной и нервной ткани, часто с резекцией магистральных венозных и артериальных стволов, а также комбинированного хирургического лечения и лучевой терапии, выполняемой как интраоперационно, так и в ближайшем послеоперационном периоде. Предстоит также объективно оценить возможности послеоперационной химиотерапии у вольных, перенесших ПДР по поводу рака ПЖ.

Оценивая перспективы развития хирургии ПЖ в нашей стране, следует учитывать, что целый ряд объективных и субъективных факторов, таких как позднее поступление больных, их достаточно тяжелое исходное состояние, частая запущенность как неопухолевых, так и онкологических поражений ПЖ, а также неполная обеспеченность клинических учреждений современным оборудованием, инструментарием и медикаментами, недостаток квалифицированных кадров хирургов, реаниматологов и врачей диагностических специальностей ограничивает внедрение в практику наиболее сложных оперативных вмешательств, требующих длительного интенсивного лечения в раннем и позднем послеоперационном периоде. В качестве примера может быть приведена изолированная (секторальная) резекция головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки и холедоха, предлагаемая рядом немецких авторов (Н.

Beger). Выявляемые у поступающих в отечественные клиники больных с запущенным ХП грубых изменений ПЖ, выраженной инфильтрации окружающих железу тканей крайне затрудняют атравматичное выполнение данного вмешательства, что приводит к развитию тяжелых послеоперационных осложнений, либо вынуждает хирурга переходить к выполнению расширенных вмешательств - традиционной или пилоросохраняющей ПДР. Использование ТДПЭ как в финальной стадии ХП, так и при раке ПЖ требует очень четкого ведения оперированных больных в раннем и отдаленном послеоперационном периоде с тщательным клиническим и лабораторным контролем уровня гликемии и коррекцией его во избежание развития тяжелых гипогликемических состояний вплоть до возникновения инсульта. Обеспечение подобного контроля часто представляет очень трудную и даже невыполнимую задачу для пациента, его близких и наблюдающих его врачей.

Сходные проблемы могут возникать и при освоении современных методов лечения больных раком ПЖ. Так, выполнение расширенных, "региональных" проксимальных резекций или экстирпации железы с скелетизацией (и часто резекцией) всех региональных магистральных сосудистых стволов и обширным иссечением в данной зоне лимфатической, соединительной и нервной ткани, как сообщают сторонники достаточно широкого применения данной операции (Ishikava O.; Henne-Bruns D.), приводит к весьма тяжелому течению послеоперационного периода: развитию обширной лимфорреи, выраженной гиповолемии, длительной диарреи, сохраняющейся в течение ряда месяцев, а иногда и лет; увеличивается также опасность аррозионных кровотечений из тщательно скелетизированных сосудов. Обеспечение подобных расширенных вмешательств и коррекция возникающих нарушений гомеостаза представляет трудную, подчас неразрешимую проблему для отечественного практического здравоохранения. Практически трудно осуществление комбинированного - хирургического и лучевого лечения в условиях общехирургических отделений, в которых концентрируются подавляющее число больных раком ПЖ. Число подобных примеров можно было бы продолжить, но, в общем, можно высказать предположение, что подобные расширенные оперативные вмешательства, также как и различные способы трансплантации ПЖ, наконец, современные методы комбинированного лечения рака ПЖ вряд ли смогут найти достаточно реальное распространение в отечественной хирургической панкреатологии, тогда как основное место по-прежнему будут занимать проверенные менее травматичные способы хирургического лечения, совершенствованию которых и будет уделено основное внимание хирургов России.