

ДИСКУССИЯ

ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ 2008 ГОДА. КАКОЙ ОНА БУДЕТ?

Мое мнение

А. Д. Тимошин

Научный центр хирургии РАМН
(директор - академик РАМН В.Л. Константинов),
Москва

My Opinion

A. D. Timoshin

Research Center of Surgery RAMSci
(Director-academician RAMSci B. A. Konstantinov),
Moscow

Прогноз развития гепатобилиарной хирургии и ее состояние через 10 лет представляет большой интерес для многих хирургов, так как количество больных с этими заболеваниями неуклонно увеличивается, а последствия прогрессирования заболеваний, нарушения тактики лечения и технических ошибок во время операции крайне трагичны. Благодаря дискуссии среди ведущих специалистов в этой области уже в настоящее время можно выделить основные направления развития гепатобилиарной хирургии и привлечь к ним внимание практических хирургов. Несмотря на успехи патофизиологии, биохимии, молекулярной биологии и других дисциплин, изучающих процессы гомеостаза живых организмов, трудно ожидать решения всех генетических и молекулярных механизмов развития хирургических заболеваний желчных протоков и поджелудочной железы.

В то же время, в основе прогресса, неоспоримо должен быть принцип профилактики возникновения заболеваний желчных путей, печени и поджелудочной железы. Так, по показателям биохимии крови и специальных анализов, определяющих состояния холестерина, кальциевого и пигментного обменов (включая определение липопротеидов, паратгормона и тиреотропных гормонов), можно на ранних стадиях выявить их нарушения, определить возможность камнеобразования или предположить состав конкрементов при начальных стадиях их появления. Развитие этого направления важно еще и потому, что пункцию малоизмененного желчного пузыря под ультразвуковым контролем провести крайне сложно, учитывая отсутствие гипертонии в его просвете и сохранению эластичности стенки без наличия ее отека, даже через ткань печени. Это подтверждают и наши безуспешные попытки наложения микрохолецистостомы для разрушения небольших одиночных камней в желчном пузыре с помощью ангиохирургического роторного катетера. Нельзя забывать и о возможных осложнениях пункции печеночной паренхимы и желчного пузыря, возникающих даже при использовании тонких игл типа Шибя.

Учитывая большое внимание кардиологов к обмену холестерина в организме и появление новых лекарственных средств, позволяющих нормализовать его уровень в крови (флувостатин, липостат, никотиновая кислота и др.), возможно предположить появление в ближайшее десятилетие препаратов способствующих растворению его скоплений в тканях и средах организма. Как известно, холестерин присутствует практически во всех видах камней желчных путей, его лизис позволит повысить эффективность литолитической терапии и качество литотрипсии.

Разработка новых опухолевых маркеров уже сейчас позволяет на ранних стадиях заподозрить опухоли печени и поджелудочной железы, однако ожидать профилактическое определение предраковых состояний этих органов, по-видимому, маловероятно, если не произойдет глобальных открытий в области онкологии по вопросам злокачественного роста тканей. Поэтому все последующие годы основой остается профилактика опухолей печени, желчных путей и поджелудоч-

ной железы путем более эффективного лечения на ранних стадиях желчнокаменной болезни, хронического гепатита и профилактики острого панкреатита.

Как показывает настоящий опыт, основным методом лечения калькулезного холецистита остается оперативный, так как камнеобразование происходит уже в измененном желчном пузыре воспалительным процессом или моторными нарушениями, что вызывает, как правило, повторное камнеобразование после литотрипсии и камнеолизиса. Поэтому, наиболее широкое распространение будут иметь лапароскопические методы оперирования, инструменты для которых развиваются и совершенствуются (тонкоигольные троакары, приспособления для наложения клипс, оборудование для систем трехмерного и голографического изображения).

Проблема конкрементов гепатикохоледоха, включая расположение их во внутривенных протоках, может быть решена с развитием экстракорпоральной и механической литотрипсии под эндоскопическим контролем, а также совершенствованием техники вмешательств на желчных протоках во время лапароскопических операций. Определенное значение будет иметь и минилапаротомный доступ, учитывая совершенствование оборудования для его выполнения. Однако нельзя забывать и о возможном появлении эффективных литолитических препаратов, с помощью которых через наружный дренаж холедоха можно будет полностью растворять конкременты желчных протоков.

Небольшая, порциальная эндоскопическая папиллосфинктеротомия полностью не нарушает автономность желчных протоков от просвета кишки, в то же время позволяет провести петлю для захвата камня и механического его разрушения, что будет использоваться при неэффективности экстракорпоральной литотрипсии. Технический прогресс может уже позволить через 10 лет усилить чисто механическое воздействие на камень ультразвуковым или лазерным воздействием. Возникновение сверхтонких световодов позволит, при расширении желчных протоков, производить их ревизию через наружные гепатохоластиомы с использованием гибких сверхтонких манипуляторов для дробления камней и реконструкции ранее наложенных билиодигестивных анастомозов.

В хирургии опухолей печени и поджелудочной железы решающее значение будет иметь совершенствование ультразвуковой интраоперационной диагностики и люминесцентной фотоскопии для определения объема опухолевого поражения и выявления метастатических узлов. При выполнении операции надежные сшивающие аппараты и ультразвуковые скальпели с новыми возможностями выпаривания тканей и аспирации деструктированной ткани сделают вмешательства более безопасными для пациента и доступными широкому кругу хирургов. Решающее значение при операциях по поводу опухолей ворот печени будет иметь возможность аутотрансплантации непораженной части органа после бескровного разделения его на препаровочном столике.

Развитие трансплантации печени и поджелудочной железы невозможно без стабилизации экономического состояния всего общества и лечебных учреждений в частности. Будем надеяться, что к 2008 году это произойдет настолько, что удастся спасти больных с печеночной недостаточностью в результате острого гепатита и циррозов печени, а также более редких тотальных поражений органа. Однако эту проблему предоставим прогнозировать и обсуждать специалистам, которые уже в настоящее время добились определенных успехов в трансплантации печени.

Начало XXI века должно ознаменоваться совершенствованием рассасывающихся самоклеющихся материалов для закрытия раневых поверхностей паренхиматозных органов (типа Тахокомб), позволяющих надежно добиться остановки кровотечения и желчеистечения, а также материалов (типа Аллоплант), тормозящих развитие рубцовой ткани и одновременно стимулирующей рост нормальной ткани. Последнее особенно важно при вмешательствах на желчных протоках при их рубцовых стриктурах. Опыт показывает, что использование синтетических материалов, фрагментов аутоген и других пластических материалов для восстановления целостности и проходимости желчных протоков не дает надежных результатов. Использование длительного каркасного дренирования само по себе чревато развитием тяжелых осложнений и не гарантирует полностью от рестеноза в области шва желчных протоков.

В данном случае мы полностью согласны с Э.И. Гальпериным, что только возможность воздействия на рубцовую ткань и полноценная в короткие сроки регенерация слизистой оболочки протоков позволит добиться благоприятных результатов в данной проблеме. Немаловажное значение при хирургическом лечении рубцовых стенозов желчных протоков имеет появление тонкого, сверхпрочного рассасывающегося шовного материала и более совершенной увеличительной техники для выполнения шва желчных протоков. Возможно появление специальных видеосистем для "открытой" и лапароскопической хирургии, позволяющих с помощью "гибкой" оптики проецировать место выполнения шва на экран монитора с определенным увеличением, что может быть альтернативой теперешним громоздким интраоперационным микроскопам. Прогресс в этой области позволяет надеяться, что через десятилетие хирургии будут иметь практически совершенный шовный материал и в большинстве своем освоят работу с увеличительной техникой. Острый панкреатит остается проблемой чисто реанимационно-хирургической. Однако мы не совсем согласны с Э.И. Гальпериным, что в данном направлении трудно ждать чего-то нового. Развитие секретоподавляющих средств уже привело к тому, что больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки практически оперируются только при возникновении осложнений при так называемой немой язве. Намного сократилось при своевременном лечении число пациентов с Рубцовыми стриктурами пилородуоденальной зоны. Аналогичная картина может быть и при лечении острого панкреатита, особенно послеоперационного, если своевременно назначать эффективные секретоподавляющие средства. Развитие совершенной видеоскопической аппаратуры и возможность полноценной лапароскопической санации и ревизии брюшной полости (при инсуффляции газа CO_2 , а не атмосферного воздуха) сократит процент возникновения гнойных осложнений. Большинство санаций гнойников и некрозов поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и сальниковой сумки будут производиться с помощью видеоскопических методик пункционных методов и минидоступов, благодаря совершенствованию ультразвуковой и компьютерной томографической диагностики.

Более успешное лечение этой категории больных будет связано с развитием дезинтоксикационных методик, появлением новых антибактериальных препаратов (с воздействием на анаэробную флору), более совершенных реанимационных барокамер и препаратов для полноценного парентерального и энтерального зондового питания. Препараты для зондового энтерального питания довольно успешно разрабатываются в настоящее время и в нашей стране.

Хирургическое лечение осложнений острого и хронического панкреатита будет сводиться к максимально щадящим, сохраняющим паренхиму органа методам. Резекции железы будут выполняться по строгим показаниям с использованием совершенных сшивающих аппаратов пленочных покрытий из рассасывающихся материалов, так же, как и при резекциях печени. Профилактически больным будет проводиться секретоподавляющая терапия и антибиотикопрофилактика.

При хирургическом лечении цистаденом поджелудочной железы, особенно локализующихся в области хвоста и тела, будут чаще применяться лапароскопические вмешательства, учитывая возможность их энуклеации образований, так как они не связаны с панкреатическим протоком и крупными сосудами. Разработка совершенных сшивающих аппаратов для эндохирургии позволит более безопасно для больного выполнять во время лапароскопии дистальную резекцию поджелудочной железы. Конечно, это возможно при небольших размерах опухолей, которые будут своевременно выявляться при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии.

Остальные проблемы гепатобилиарной хирургии, мы надеемся, будут отражены в трудах других специалистов, работающих в этой области, так как даже в дискуссионной статье, где можно не останавливаться на узких вопросах, нет возможности "объять необъятное". Можно с уверенностью заметить только одно, что научно-технический прогресс, наблюдающийся в стране и во всем мире последнее время, значительно может изменить все прогнозы в ближайшее время. Об это свидетельствует развитие ультразвуковой диагностики, эндоскопии в билиарной хирургии, рентгенодиагностики и многого другого, включая цифровой метод записи информации и передачи изображения.