

Гепатобилиарная хирургия 2008 (заключение дискуссии)

Э.И.Гальперин

Отдел хирургии печени (зав. — проф. Э.И.Гальперин) ММА им. И. М.Сеченова.
(Доложено на юбилейном заседании МХО 19 ноября 1998 г.)

I. Вступление

Во многих программах международных съездов и конференций, проходивших в этом году, значились доклады на тему: «Хирургия XXI века». Однако по тем или другим причинам такие доклады либо заменялись другими сообщениями, либо докладчик говорил о достижениях сегодняшнего дня, немного экстраполируя их на будущее. Это и понятно. Жизнь опрокидывает все прогнозы, поэтому их следует делать очень осторожно, осматриваясь в прошлое и реально представляя настоящее.

II. Ближайшее прошлое - хирургия за последние 40 - 50 лет.

Это было время расцвета хирургии, именно хирургии как мастерства и искусства. Разработка операций на сердце и сосудах, легких и пищевом тракте требовала развития в первую очередь хирургической техники. Успехи хирургии дали новый импульс таким наукам, как физиология, биохимия, иммунология, биология и др. Появились новые науки — анестезиология и реанимация. Хирургия заказывала, а названные специалисты должны были отвечать на поставленные вопросы. Хирургия заказывала музыку и была дирижером оркестра. К медицинским наукам присоединялись физика и химия, конструировались новые аппараты, разрабатывались новые материалы, чтобы обеспечить потребности хирургии, которая неудержимо шла вперед и давала все новые и новые заказы. В этом процессе огромную роль сыграли отечественные хирурги во главе с Борисом Васильевичем Петровским. Отечественные хирурги, как никакие другие, базировались на достижениях физиологии и др. фундаментальных наук, что обусловило большие творческие достижения, предложение новых подходов и новых методик операций. Но это в какой-то степени создало впечатление, что хирурги все могут и впереди у них бескрайнее будущее. Статья С.П. Федорова «Хирургия на распутье», высказывания Р. Лериша и Зауэрбрука, в которых они указывали на ограниченность хирургии как мастерства и самостоятельной науки, были непопулярны. Жизнь, как будто бы опровергала такие мнения. И это действительно было так.

III. Место хирургии сегодня.

Сегодня техническое выполнение операций достигло своей вершины. Пересадка сердца и печени — самые сложные вмешательства вообще и с технической точки зрения также — освоены и внедрены в повседневную жизнь многих клиник. Успехи хирургии как мастерства, ремесла и даже искусства действительно грандиозны, однако роль хирурга все более оказывается ограниченной именно достижениями смежных наук.

Внедрение новых диагностических и оперативных технологий, как и в других, не относящихся к хирургии областях, стандартизировало результат, сделало его в какой-то степени независимым от конкретного исполнителя. В Европе и Америке, за исключением может быть нескольких ведущих центров, имеются практически одинаковые, во всяком случае сравнимые, результаты хирургического лечения в госпиталях столичных городов и маленьких больницах. Это происходит из-за использования одинаковых технологий, одинаковой аппаратуры, одинаковых приемов. Причем такая стандартизация достигнута тем, что страховые компании субсидируют только строго определенные методы диагностики и лечения, статистически наиболее результативные, одинаковые как в больших, так и в малых госпиталях.

Поясню примером. При подозрении на объемное образование печени, когда диагноз ясен после применения УЗИ и реакции на α -фетопротеин, все равно производится КТ, ангиография, тонкоигольчатая биопсия и другие исследования. И так расписана диагностика и лечение большинства нозологических форм. При такой системе с одной стороны больной по всей территории страны получает однотипную стандартную современную помощь. С другой стороны,

хирург жестко ограничен в своей деятельности, это, несомненно, тормозит его творческую мысль, превращая врача в какой-то степени в запрограммированного исполнителя, ограничивая проявление его индивидуальности. В нашей стране имеется ряд особенностей. Из-за больших трудностей в приобретении современного оборудования, инструментария и аппаратуры мы отстаем по внедрению новых технологий. Отсюда хирург продолжает играть ключевую роль и обуславливает успех или неудачу традиционных операций.

В России существует разная по качеству (в основном из-за отсутствия возможностей) гепатологическая помощь в областных и районных городских больницах. Поэтому, мы не можем говорить о «золотом стандарте», он разный в центре и на периферии. Поэтому мы создаем специализированные центры, стараясь таким образом оказать современную помощь, пусть не во всех больницах, но хотя бы в клиниках крупных городов, но и это не всегда удается.

Оборотная сторона такой ситуации — в России процветают вынужденное новаторство, энтузиазм, постоянное желание выйти из трудного положения путем внедрения доступных недорогих методик. Это обеспечивает относительный прогресс и определяет специфический менталитет российского врача и хирурга, делает его в творческом плане намного выше зарубежного. С другой стороны у нас нет унифицированной помощи, в диагностике и лечении могут применяться не всегда достаточно обоснованные методы.

Что касается хирургии как науки, то этот вопрос дискутируется постоянно. Ни Р. Лериш, ни С. П. Федоров не считали хирургию самостоятельной наукой. Это особенно стало очевидным в наши дни. Действительно, хирургия как наука может только испытывать и давать заключение о ценности методов, которые внесены в нее (хирургию) чаще извне, которые являются разработкой других специалистов. Поэтому хирургия как наука должна базироваться на достижениях статистической науки. Кто-то сказал, что статистика сегодня, подобна мини-юбке: «Она открывает очень многое, скрывая самое существенное». Тем не менее, статистика является основой хирургической науки. Для ее правильного использования необходима прежде всего унификация показателей тяжести заболевания, так как без этого не может быть объективной оценки методов лечения. Нужны продуманные оценочные протоколы, четкая группировка больных, скрупулезное выполнение и протоколирование результатов намеченных программ, необходимы мультицентровые исследования по жесткой единой программе. Тогда хирургическая наука будет давать объективные заключения. К сожалению, такая культура научной работы в нашей стране находится на более низком уровне по сравнению с Европой, Америкой и Японией.

IV. Это мы имеем сегодня, перехожу к будущему.

В этом разделе я не буду говорить отдельно о российских перспективах, так как это может сделать каждый в зависимости от своего оптимистического или пессимистического взгляда на нашу жизнь. Лично я глубоко верю в большой творческий потенциал российских хирургов, их неиссякаемую энергию, новаторскую мысль, подготовленность и способность быстро ассимилировать новые технические средства.

Мою работу по определению прогноза значительно облегчила проведенная в журнале «Анналы хирургической гепатологии» дискуссия «Гепатобилиарная хирургия 2008 года. Какой она будет?», в которой приняли участие наши ведущие хирурги-гепатологи: А. К. Ерамишанцев и Г. В. Манукьян, Б.С. Брискин, В. А. Кубышкин, Б. А. Константинов и С. В. Готье, М. В. Данилов, А. Д. Тимошин и А. Г. Кригер. Прогноз в значительной мере учитывает их высокопрофессиональное мнение.

Одной из основных тенденций, как мне представляется, является поляризация гепатобилиарной хирургии: на одном полюсе — малоинвазивная хирургия, включая эндо-видео-лапароскопические, рентгенобилиарные, чрескожно-чреспеченочные вмешательства, операции из мини-доступов; на другом полюсе — агрессивная (условное название) хирургия: это обширные резекции одного или нескольких органов, широкая лимфодиссекция, трансплантация органов.

В проведении малоинвазивных вмешательств получит дальнейшее развитие лапароскопическая хирургия. Будут разработаны лифтинговые устройства, которые позволят отказаться от наложения пневмоперитонеума, что даст возможность осуществлять операции у больных с сопутствующими

легочными и сердечными осложнениями, уменьшит вероятность метастазирования по местам стояния портов. При сложных вмешательствах с наложением анастомозов получит дальнейшее развитие использование hand assistant (руки помощи). Создание нового инструментария увеличит возможность операций на холедохе, что позволит сохранить сфинктер Одди. Это особенно важно у больных молодого возраста. Лапароскопически будут выполняться операции по поводу непаразитарных и паразитарных кист, резекции печени по поводу небольших первичных раков и солитарных метастазов, найдут применение методы деструкции очаговых поражений печени и поджелудочной железы (крио, УЗ, введение препаратов), а также санации некротических очагов, абсцессов, гнойных затеков при остром панкреатите и других заболеваниях. Вероятно выполнение различных билиодигестивных анастомозов.

Традиционная лапаротомная хирургия значительно расширит объем проводимых вмешательств за счет проведения операций на выключенной из кровообращения печени - с помощью специальных баллонов или операций на удаленной печени с последующей ее аутотрансплантацией. Думаю, что дальнейшее распространение получит широкая лимфодиссекция при онкологических заболеваниях. Однако основой улучшения результатов хирургических операций будет оставаться выявление ранних форм заболевания. Поэтому через 10 лет можно ожидать обязательного профилактического осмотра угрожающих контингентов и всего населения два раза в год с проведением скринингового обследования (маркеры опухоли, маркеры гепатита, маркеры литогенности желчи, маркеры паразитарных заболеваний, УЗИ и др.). В Японии уже сейчас населению два раза в год проводят гастроскопию. Это поможет улучшить результаты лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной области, особенно злокачественных опухолей. Коснусь нескольких основных нозологических форм.

Желчно каменная болезнь (ЖКБ).

Думаю, что через 10 лет значительно большее место в диагностике займет определение литогенности желчи, а для ее лечения будут найдены эффективные препараты, снижающие угрозу камнеобразования, а также препараты, растворяющие камни. Уже в настоящее время имеются эффективные препараты, способствующие растворению скоплений холестерина в тканях (флювостатин, липостат и др.). Холестерин присутствует в большинстве камней и его лизис может способствовать вместе с другими препаратами растворению камней и более вероятным успехам литотрипсии. По-видимому, возможно будет введение литогенных препаратов с помощью пункции в желчный пузырь и через дренаж в холедох.

В восстановительной и реконструктивной хирургии желчных протоков большое значение будет иметь разработка препаратов, тормозящих развитие соединительной ткани. Успехи в этой области имеют особую ценность, так как рубцовое сужение анастомозов является основной причиной плохих результатов реконструктивной хирургии желчных протоков. Уже сейчас имеется препарат «Аллоплат», тормозящий развитие соединительной ткани. В предупреждении ее развития возможно будет играть большую роль группа модуляторов: цитокинов и факторов роста, они же могут обеспечить быструю регенерацию слизистой протоков, что обеспечит изоляцию соединительнотканых элементов стенок протоков от раздражающего действия желчи. Все это позволит чаще выполнять восстановительные операции и уменьшит угрозу развития хронического холангита при выполнении реконструктивных вмешательств.

Хочу оговорить, что применение таких глобально действующих препаратов, как изменяющих холестериновый обмен или влияющих на развитие соединительной ткани должно производиться с большой осторожностью и по очень строгим показаниям. Через 10 лет, очевидно, станет ясным, что нельзя просто так вмешиваться в индивидуальный гомеостаз человека. Сегодня мы видим экологический вред, нанесенный человеком, через 10 лет мы можем стать свидетелями массового вреда, который мы наносим, вмешиваясь во внутреннюю среду организма без достаточных на то показаний. Будем надеяться, что этого не произойдет.

Опухоли гепатобилиарной области.

Думаю, что большое место в ранней диагностике опухолей займет скрининговое определение опухолевых маркеров, которое уже сегодня заняло прочное место в диагностике. Определение альфа-фетопротеина (маркера первичного рака печени), канцероэмбрионального антигена (СЕА) при метастатическом раке печени, маркера СА19-9 при раке поджелудочной железы и др.

Использование маркеров позволит не только диагностировать ранние формы заболевания, но и следить за динамикой процесса (развитие рецидива и метастазов в послеоперационном периоде), обеспечив возможность раннего проведения новых курсов химио- и радиотерапии, а также повторных операций. Роль химио- и радиотерапии значительно повысится, будут найдены новые подходы к введению препаратов, локализации их в опухолевом очаге с помощью связывания со специфическими рецепторами опухоли, суперселективной эмболизации или трансопухолевого введения. Понятно, что в диагностике опухолей дальнейшее развитие получают интраоперационная сонография, ультразвуковое исследование сосудов портальной системы и ветвей аорты (дуплексное сканирование), спиральная компьютерная томография, ЯМР, тонкоигольная пункционная биопсия, люминесцентная фотоскопия и др.

Воспаление поджелудочной железы.

Можно предположить, что при гнойно-некротических формах острого панкреатита распространение получит разумная комбинация лапаротомных операций и малоинвазивных вмешательств, направленных на дренирование ограниченных гнойных очагов. Получат распространение ретроперитонеальные подходы к парапанкреатической и забрюшинной клетчатке.

Можно предположить разработку новых препаратов, снижающих секрецию поджелудочной железы и нормализующих органной кровотоки, а также применение комплекса цитокинов, способных изменить развитие протеолитических каскадных реакций, определяющих исход заболевания.

Портальная гипертензия.

Очевидно, оптимальным вариантом лечения ВПГ останется наложение портокавального анастомоза, а при циррозе печени с удовлетворительной функцией печени наложение парциального портокавального соустья. Вероятно, будут разработаны сосудистые протезы, приближающиеся по эластичности к венозным трансплантатам, что позволит накладывать анастомозы четко дозированного диаметра. На высоте кровотечения, очевидно, дальнейшее развитие получит комбинация чреспеченочной эндоваскулярной эмболизации экстрамагистральных вен для ограничения притока крови к подслизистой и венам желудка с последующей эндоскопической облитерацией подслизистых вен. Будет усовершенствовано также наложение трансвенозного портокавального анастомоза (ТВПА) в качестве экстренной помощи больным с кровотечениями. В определении показания большую роль будут играть усовершенствованные методики определения функционального резерва и массы действующей паренхимы печени.

Трансплантация печени.

Проблема получения донорских органов является тормозом трансплантации. Особенно это актуально для России. Ментальная сторона вопроса сложна, православная церковь не определила своего отношения к этому вопросу, закон РФ, регламентирующий органное донорство, работает не в полную силу.

В ближайшее десятилетие можно ожидать дальнейшее бурное развитие трансплантологии и, прежде всего, пересадки ксеноорганов (гетеротрансплантации). Будут разрабатываться не вообще иммунодепрессанты, а иммуномодуляторы, способствующие иммунному сближению организма реципиента и донорского органа. В связи с этим большой интерес вызывают исследования по созданию популяции генетически трансформированных животных, в частности трансгенных свиней, органы которых при трансплантации человеку не будут вызывать иммунного ответа. Этому же посвящены работы по клонированию органов.

Еще один аспект проблемы — **психологическая помощь больному**, которой мы почти не уделяем внимание, но которой должны заниматься в ближайшее десятилетие. Больной часто остается один на один со своим тяжелым заболеванием. Через 10 лет, как и 100 лет назад, врач должен лечить не болезнь, а больного. Медицина не может стать индустрией и бизнесом.

Нередко больной идет к другому врачу — получает другое мнение и вынужден часто сам решать, что делать, решать он не может, так как не знает проблемы. Думаю, что необходимо создать в больших городах постоянный консилиум из числа ведущих специалистов, который заседает один — два раза в месяц и рассматривает так называемы «трудные случаи». Это и реальная врачебная и психологическая помощь, так как больной получает окончательно заключение. В аудитории присутствуют все врачи, которые хотят услышать обсуждение. Это школа. Представьте, что мы создали такой консилиум по хирургической гепатологии. В него вошли наши ведущие специалисты хирурги-гепатологи, хирург-онколог, терапевт-гепатолог. Такой консилиум действительно может помочь и больному, и врачу.

Невероятное становится былью. Уже сейчас появляются статьи о применении роботов для выполнения хирургических операций. Через десять лет можно себе представить хирурга, находящегося в Москве, управляющего роботом производящим лапароскопическую операцию в каком-нибудь полярном городе или на океанском лайнере. Может быть будет и так?!

Новые открытия в молекулярной биологии и генетике достижения научно-технического прогресса могут опрокинуть все наши прогнозы и направить исследования по другому пути. Но, исходя из существующей сегодня реальности, анализа нашего прошлого и вероятных тенденций развития мы должны выбрать приоритетные направления и на них сосредоточить наши усилия.