

## Дискуссия

### ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ 2008 ГОДА: КАКОЙ ОНА БУДЕТ?

#### THE YEAR 2008 HEPATOBILIARY SURGERY: WHAT IT WOULD BE LOOK LIKE ?

### **Перспективы хирургии диффузных заболеваний печени**

М. А. Нартайлаков, И. А. Сафин, Р. С. Мингазов

Кафедра общей хирургии с курсом урологии (зав.— проф. М. А. Нартайлаков) Башкирского медицинского университета, Уфа

### **Perspectives of surgical management in liver diffuse diaseases**

M.A.Nartaylakov, I.S. Safin, R.S.Mingasov

General Surgery Department with Course of Urology (Chef - Prof. M.A.Nartaylakov) Bashkortastan Medical University, Ufa

Дискуссия, начавшаяся на страницах журнала по инициативе профессора Э.И. Гальперина, раскрывает нерешенные и спорные проблемы гепатологии, позволяет наметить пути их решения в следующем десятилетии.

Как признают практически все ведущие гепатологи, одними из самых тяжелых поражений гепатопанкреатодуоденальной зоны являются диффузные заболевания печени (ДЗП); хронические гепатиты и циррозы печени. Сегодня можно констатировать, что многочисленные методы хирургического лечения циррозов печени не оправдали надежд ни хирургов, ни больных, число которых прогрессивно увеличивается. Тупиковая ситуация, отсутствие путей дальнейшего решения данной проблемы охладили многих хирургов, что неизбежно привело к причислению больных с ДЗП к бесперспективным.

Соглашаясь с мнением многих авторов, в большинстве случаев зарубежных, о возможности радикального лечения циррозов печени путем ее трансплантации, нельзя этот путь решения проблемы считать приоритетным для нашей страны на ближайшие 10 лет. Можно предположить, что единственный сегодня центр трансплантации печени (РНЦХ РАМН), даже при теоретически благоприятном финансировании и создании дочерних центров трансплантации печени на базе крупных гепатологических центров, в ближайшее десятилетие будет выполнять пересадки печени, исчисляемые десятками в год, тогда как потребность будет исчисляться несколькими порядками больше. А большинство населения из регионов России, в силу отсутствия финансовых возможностей, не будет иметь надежду на трансплантацию печени.

Вышеизложенное, а также многолетний опыт работы республиканского центра хирургической гепатологии убеждают нас в необходимости дальнейшего изучения проблемы регенерации восстановления функции пострадавшей печени, что потребует решения двух задач: 1-ая — ранняя диагностика ДЗП; 2-ая — восстановление морфологической структуры печеночной ткани.

Как свидетельствуют публикации многих авторов и результаты наших статистических исследований, наиболее частой причиной формирования циррозов печени является вирусный гепатит В. Последствия острого вирусного гепатита В в виде хронического активного гепатита, наряду со скрыто протекающими формами гепатита, нередко завершаются формированием цирроза печени, и хирурги практически получают таких больных в компенсированной и декомпенсированной стадиях заболевания. Рост наркомании и алкоголизма только усугубляет это положение. Естественно, хирургическое лечение ДЗП на стадии гепатита с переходом в цирроз или на стадии формирующегося цирроза печени будет иметь гораздо лучшие исходы, чем при его запущенных стадиях. Поэтому важной задачей будущего десятилетия будет ранняя диагностика ДЗП, выявление активности патологического процесса в печени и убедительных маркеров

прогрессирующего его течения. Это станет возможным при углубленном изучении биохимических, биофизических, морфологических, молекулярных механизмов в динамике ДЗП.

Мы считаем, что хирургическое вмешательство при ДЗП должно быть комплексным и направлено на воздействие основных патогенетических звеньев цирротического процесса:

1. Подавление активности патологического процесса в печени (внутрипортальная инфузия гепатотропных препаратов, спленэктомия при гиперспленизме или аутоиммунной агрессии),

2. Улучшение внутрипеченочного кровообращения и уменьшение гипоксии гепатоцитов (денервация общей печеночной артерии, артериализация печени, портокавальные анастомозы):

3. Стимуляции регенерации печени. Если первые 2 пункта данного комплекса не нуждаются в дальнейших углубленных разработках, то вопросы стимуляции регенерации печени требуют коренного пересмотра.

В этом плане нам кажется перспективным применение аллогенного биоматериала "Аллоплант", созданного во Всероссийском центре пластической хирургии глаза (Уфа) под руководством известного офтальмохирурга Э.Р.Мулдашева. Специально выпускаемый его лабораторией стимулятор регенерации печени "Аллоплант" мы апробировали в эксперименте и клинике.

Результаты этих исследований свидетельствуют о возможности регресса рубцовых изменений в печени и формировании нормальной печеночной ткани. Имея большой (и единственный в стране) опыт применения биологических материалов серии "Аллоплант" при хирургическом лечении как очаговых, так и диффузных поражений печени, можем предположить, что в ближайшее десятилетие они займут достойное место в гепатохирургии. Необходимы углубленные исследования механизмов действия аллогенных материалов на нормальную и цирротически измененную ткань печени, чтобы выработать патогенетически обоснованную тактику при различных заболеваниях гепатобилиарной системы.

#### **КОММЕНТАРИИ к статье М. А. Нартайлакова и соавт. "Перспективы хирургии диффузных заболеваний печени".**

**ПРОФ. А. К. ЕРАМИШАНЦЕВ (РНЦХ РАМН)**

Название статьи М.А.Нартайлакова и соавт. «Перспективы хирургия диффузных заболеваний печени» даёт основание надеяться на то, что авторы предложат концептуально новый подход к лечению хронического гепатита и цирроза печени. Читатель заинтриговывается в ещё большей степени после первых же предложений статьи, где авторы справедливо утверждают: «...многочисленные методы хирургического лечения циррозов печени не оправдали надежд ни хирургов, ни больных». Трансплантаций печени, являющаяся на сегодня единственным радикальным методом лечения цирроза печени, по мнению авторов, вряд ли в течение ближайших 10 лет будет приоритетным направлением в нашей стране в лечении диффузных заболеваний печени (ДЗП), с чем следует так же полностью согласиться. Однако какое же решение проблемы предлагают авторы на ближайшие 10 лет? После ознакомления с материалом статьи приходишь к выводу, что предлагаемое авторами есть не перспектива, а ретроспектива. Т.е. для лечения ДЗП авторами предлагается тот же набор оперативных методов, которые были в центре внимания хирургов в 60— 70 годы — спленэктомия, денервация печёночной артерии, артериализация печени, внутрипортальная инфузия гепатотропных препаратов. Весь этот арсенал операций был апробирован не только в нашей клинике. Многочисленные публикации по поводу этих операций и собственный опыт свидетельствуют скорее об их негативных последствиях, чем о какой-либо пользе для больного органа. Предлагая эти операции, авторы противоречат собственным словам, приведённым в начале статьи и взятыми нами в кавычки. Другими словами, авторы предлагают вернуться к тому, что себя не оправдало, и в настоящее время представляет чисто исторический интерес. Ни в одном случае после указанных операций мы не могли отметить сколь-нибудь значимого регресса цирротических изменений в печени или приостановления прогрессирования гепатита. Кроме того, совершенно непонятно, какие «гепатотропные» препараты авторы предлагают вводить путём внутрипортальной инфузии? Если речь идёт об эссенциале, гептрале

или карсиле, то опыт наших клиник свидетельствует об отсутствии значимого положительного эффекта от их применения. Осталась также непонятной рекомендация авторов по введению этих препаратов методом внутриворотальной инфузии. Ведь речь-то идёт о хронических заболеваниях печени, а не об острой ситуации. Кроме того, чем метод внутриворотальной инфузии лучше, чем традиционные методы введения лекарств при хронических ДЗП?

Отдельно требуют рассмотрения вопросы портокавального шунтирования, которые, по мнению авторов, «улучшают внутриворотальное кровообращение и уменьшают гипоксию гепатоцитов». Показания к портокавальному шунтированию (ПКШ) возникают в связи с угрозой кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Вынужденно редуцируя кровообращение печени, ПКШ нередко провоцируют печёчно-клеточную недостаточность и кому. Вот почему сегодня в мире предпочтение отдаётся так называемым «парциальным» шунтам, сохраняющим частичный приток воротальной крови к печени, что и помогает ей справиться с негативными последствиями синдрома «обкрадывания» ("steal sindrom"). Так что считать ПКШ операциями, улучшающими внутриворотальное кровообращение, оснований нет! У выживших больных цирротическая печень постепенно адаптируется к новым условиям гемодинамики и при отсутствии активности процесса такие больные могут жить свыше 10 лет.

Что касается стимуляции регенерации печени, то целесообразность поиска новых методов лечения в этом направлении сомнительна. Ведь речь может идти о регенерации в условиях цирроза, т.е. когда имеется высокий риск развития гепатоцеллюлярного рака и стимуляция регенерации представляется нам крайне рискованной с онкологической точки зрения.

Другое дело, что авторы имеют возможность апробировать какой-то новый аллогенный материал «Аллоплант», который по их данным вызывает регресс соединительной ткани в печени и формирование нормальной печёночной ткани. Полагаю, что исследования в этом направлении представляют определённый интерес, но они должны быть сопровождаемы чёткими морфологическими доказательствами. Пожалуй, это единственное интересное направление в перспективе хирургического лечения ДЗП. Всё остальное, предложенное авторами для лечения ДЗП никакой перспективы не имеет и на сегодняшний день является анахронизмом.

ПРОФЕССОР А. И. ХАЗАНОВ (ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ  
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МО РФ)

Статья посвящена очень актуальной проблеме и до сути касается трёх вопросов:

1. Какой предполагается в ближайшее десятилетие этиология хронических заболеваний печени?

2. На какой стадии этих заболеваний следует прибегать к хирургическому лечению?

3. Каковы основные методы хирургического лечения в разбираемой области?

1. Об этиологии хронических заболеваний печени (ХЗП), имея в виду цирроз печени. В последние годы в крупном стационаре Москвы (ГВКГ им. Бурденко) она выглядела так: HBV-15,3%, HCV-22,3%, алкоголь-49.7%. При многолетних наблюдениях отмечается отчётливое уменьшение доли HBV-циррозов, увеличение доли алкогольных циррозов. О динамике HCV-циррозов говорить пока трудно — эти маркеры определялись у нас только с 1992 года.

С определёнными оговорками можно высказать предположение, что в ближайшее десятилетие сохранят своё доминирующее значение HCV и алкогольные циррозы. Увеличивается значение алкогольно-вирусных и смешанных вирусных (HCV+HBV, HCV+HCV, HCV+TTV) циррозов печени.

2. Хронические заболевания печени у огромного большинства (75—80%) больных прогрессируют достаточно медленно и период перехода хронического гепатита или жировой дистрофии печени в цирроз печени занимает часто 15—25 лет. У большинства больных этой группы меры вторичной профилактики дают отчётливый положительный эффект и этот относительно доброкачественный период удаётся удлинить. Возможно, к этому следует добавить наблюдаемый в последние годы положительный эффект от интерферонотерапии. Не бесспорен вопрос о применении эссенциальных фосфолипидов. Существенное увеличение их суточной и

особенно курсовой дозы, по мнению большой группы исследователей, тормозит прогрессирование алкогольных гепатопатий.

Исходя из всего сказанного, большинство гепатологов не видит расширения показаний к оперативному лечению сравнительно ранних стадий хронических заболеваний печени.

3. По вопросу о методах хирургической помощи высказался профессор А. К. Ерамишанцев и мы вряд ли можем что-либо добавить к комментариям этого известного хирурга.

Можем остановиться на потребностях каждодневной гепатологической практики. Почти еженедельно я вижу больного циррозом в далеко зашедшей стадии заболевания. Чаще такие больные живут не более одного-полутора лет. Между тем пересадка печени могла бы коренным образом изменить прогноз. Но пока ортотопическая трансплантация печени выполняется у нас лишь у одного из тысячи нуждающихся. Ежегодно Россия теряет не менее 2 тысяч человек, которых могла бы спасти пересадка печени. Из десятилетия в десятилетие количество больных циррозом печени увеличивается, так что в обозримом будущем потребность в пересадке будет увеличиваться. В заключение мне остаётся только обратиться по этому вопросу ко всем хирургам-гепатологам и организаторам здравоохранения: — «Помогите!». Этот призыв адресован и к авторам основной статьи.

**Д.м.н. П.Е. КРЕЛЬ (ММА им. И. М.СЕЧЕНОВА)**

При хроническом гепатите (ХГ) и циррозе печени (ЦП) больной нуждается в очень бережном отношении (это давно доказано гепатологами). Тяжёлые обострения заболеваний печени наступают после инсоляции, физиотерапевтических процедур, стрессовых ситуаций. К последним относятся и все оперативные вмешательства, которые у больных ЦП выполняются только по жизненным показаниям, с обязательным «защищающим» коротким курсом преднизолона. Соответственно, все предлагаемые авторами хирургические методы лечения сугубо терапевтических проблем ХГ и ЦП просто вредны, помимо того, это давно пройденный в мире и отброшенный этап.

Что касается так называемых гепатопротекторов (наверно, их имели в виду авторы, употребляющие слова «гепатотропные средства»), то наводнившие нашу страну препараты типа эссенциале, карсила, легалона, ЛИВ-52 и др. в лучшем случае — бесполезны, а часто вредны. Они нередко вызывают обострение заболевания печени с ростом цитолиза и холестаза.

## **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 присоединились

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  $\alpha$ -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 получат 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 органный кровоток, 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 называемые «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.