

## Безнадежных больных не бывает?

Недавно в Лечебно-реабилитационном центре было проведено уникальное по масштабам и мастерству вмешательство, о котором следует рассказать подробно. Тем более что таким образом мы сможем коснуться проблемы метастазов в поджелудочную железу. Среди всех операций на этом органе вмешательства при метастазировании занимают не более 5%. Большая часть из них – метастазы рака почки, которые могут развиваться через 5, 10, а то и 20 лет после нефрэктомии.

Так было и с инженером Б., 61 года, у которого 16 лет назад была проведена левосторонняя нефрэктомия, однако, по его словам, ему не сообщили, что удаление органа было проведено по поводу рака. В результате он нигде не наблюдался, а в конце прошлого года поступил в одну из московских городских больниц с внезапно проявившимся сахарным диабетом в стадии декомпенсации. При эндоскопическом обследовании врачи обнаружили кровоточащую слизистую желудка, а биопсия показала светлоклеточный рак, который особенно часто поражает почки. Пациент был направлен в Лечебно-реабилитационный центр, где и выяснили истинную причину и кровотечения, и диабета.

После проведения всестороннего обследования была выявлена гигантская опухоль поджелудочной железы диаметром 18 см, захватывающая все ее отделы и пронизавшую всю паренхиму. Еще один отдельный метастаз диаметром 7 см находился в желудке. По компьютерно-томографическим характеристикам оба образования соответствовали метастазам рака почки. Еще один метастаз в виде опухолевого тромба находился в просвете воротной вены. Он доходил до внутрипеченочной ветви воротной вены, а сама воротная вена была расширена в 3 раза.

Мы пошли на такую обширную операцию благодаря поддержке руководителя Лечебно-реабилитационного центра члена-корреспондента РАМН Константина Лядова, – говорит профессор Валерий Егиев. – У нас следует принципу «Безнадежных больных нет»: когда дело касается тяжелых пациентов, им не отказывают. Еще одно предоперационное условие в центре – обязательное проведение онкологического консилиума, у нас ведение всех онкобольных обсуждается коллегиально. Кстати, этому пациенту не было смысла делать операцию, если бы не было возможности после нее проводить специфическую таргетную терапию по поводу рака почки. Мы смогли бы закрепить эффект успешной операции, что в результате и получилось.

Высокий риск операции обсуждался и с больным, и с членами его семьи. Максимально активная работа с больным – еще одно кредо Лечебно-реабилитационного центра (информирование пациента о его диагнозе, тактике лечения).

Больной должен быть в курсе своего заболевания и участвовать в принятии решения о лечении совместно с врачами, уже зная о рисках, – говорит директор Лечебно-реабилитационного центра член-корреспондент РАМН Константин Лядов. – В данном случае пациент, обладающий большим интеллектуальным потенциалом, прекрасно понимал, что альтернативы проведения большой операции у него нет. Без вмешательства можно было с большой вероятностью говорить, что жить ему осталось несколько месяцев – даже не год. Причиной смерти, скорее всего, стало бы очередное кровотечение из-за роста метастазов этой довольно не

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – одна из сложнейших абдоминальных операций. Кроме того, это вмешательство – не только высший пилотаж, но и своего рода лакмусовая бумажка и для хирургической клиники, и для конкретного хирурга. Сколько ПДР делается, каковы результаты – по этому показателю мы косвенно судим о мастерстве, техническом уровне.

Потребность в этих операциях в России очень велика, а учреждений, которые их выполняют, немного. Есть российские регионы, где в течение года делается 2-3 ПДР, а то и вообще никаких вмешательств на поджелудочной железе не проводится. По оценкам наших ведущих специалистов, сейчас в стране выполняется лишь десятая часть от необходимых резекций. Это тревожная статистика, тем более что число больных раком поджелудочной железы – основной причины проведения ПДР – в индустриально развитых странах постоянно растет.

## Новые подходы

# Операция как зеркало мастерства

Уникальное по объему вмешательство проведено в Лечебно-реабилитационном центре Минздравсоцразвития России



агрессивной, медленно растущей опухоли. Кстати, последнее обстоятельство было очень важным при принятии решения о проведении операции. Мы спасали больного от будущих осложнений в виде, прежде всего, желудочных кровотечений и печеночных осложнений из-за тромбоза воротной вены.

## Слагаемые хирургической победы

При ревизии брюшной полости хирурги, как и предполагалось, столкнулись с катастрофически расширенной воротной веной в подпеченочном отделе, пальпировали тромб в ее просвете. Они прекрасно понимали, что придется сделать не первичный брыжеечный анастомоз между верхней брыжеечной веной и воротной веной, как при обычной резекции сосудов, а вставку из собственной вены или сосудистого протеза. Поэтому большая операция началась с налаживания мезентерико-кавального обходного шунта, по которому кровь из системы верхней брыжеечной вены сбрасывалась бы в нижнюю полую вену (воротная вена была поражена на протяжении 8 см). Для хирургов центра это был первый подобный опыт, хотя они основательно изучили работы японского хирурга Акимасы Накао из Университета Нагоя, проводившего такое шунтирование еще в начале 80-х годов прошлого века.

После создания шунта был мобилизован комплекс органов – желудок, селезенка, поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь. Конгломерат метастазов – гигантское каменное образование – простирался от ворот селезенки до головки поджелудочной железы с вращением в воротную вену.

Надо сказать, что обычно больные раком поджелудочной железы не доживают до такого размера новообразования, но здесь, как говорилось выше, был особый случай метастаза «неагрессивной» опухоли. Самая большая техническая трудность состояла в диссекции сосудов, кровоснабжающих кишечник, – чревного ствола и печеночной артерии, так как опухоль «лежала» на них. Кстати, в ходе операции полностью подтвердились данные лучевой диагностики: инвазии в артериальные структуры не было.

Во время вмешательства были полностью удалены желудок (так как невозможно было сохранить ни одну из питающих его «сосудистых ножек», все они были поглощены метастазами), поджелудочная железа, селезенка, желчный пузырь, проведены тромбэктомия из воротной вены, резекция и протезирование воротной вены синтетическим графтом из тетрапифторэтилена отечественного производства. Использование армированного (т.е. укрепленного, с металлическим контуром) протеза было обусловлено замедленным кровотоком в системе воротной вены, повышающим опасность тромбоза.

– Когда мы выполняем ПДР с удалением части поджелудочной железы, то риск возникновения панкреатических свищей достаточно высок и применение синтетических протезов нежелательно – велика вероятность их инфицирования, – говорит Валерий Егиев. – Но в данном случае поджелудочная железа удалялась полностью, поэтому мы использовали удобный для подшивания графт.

После 6-часовой операции пациент 4 дня провел в реанимации, прежде всего из-за необходимо-

сти контроля гликемии (в первые дни после тотального удаления поджелудочной железы возникает опасная тенденция к гипогликемии, иногда больные погибают от гипогликемической комы). В целом же послеоперационный период прошел гладко. Больной был выписан домой в удовлетворительном состоянии на 12-й день после операции. Говорить о прогнозе его дальнейшей жизни рано (по словам лечащих врачей, речь может идти о 5 годах и более), однако пациент избавлен от риска кровотечений и печеночных осложнений и может спокойно лечиться современными таргетными препаратами. Он даже сможет работать по специальности, хотя и получил инвалидность. В целом же речь идет о серьезной медицинской победе.

– Составные успеха многогранны, это не только техническое мастерство хирургов, но и грамотная комплексная оценка состояния пациента до-, во время и после операции, – говорит участник уникального вмешательства кандидат медицинских наук Владимир Лядов.

## Третий онкологический

Чуть больше 2 лет хирурги Лечебно-реабилитационного центра одними из первых в России внедрили при проведении ПДР технологию японского профессора Масахико Хирота из Университета Кумамото, которая заключается в мобилизации опухоли без касания (no touch). При этом хирурги начинают операцию не с мобилизации опухоли по Кохеру, поскольку считается, что именно в этот момент происходит выброс опухолевых клеток в кровотоки, а с пересечения желчного протока, желудка, поджелудочной железы в области перешейка, тонкой кишки. Затем пересекаются все пути оттока и притока крови, и только после этого начинается мобилизация опухоли. Такая методика как минимум в 2 раза повышает 3-летнюю выживаемость, а у самого Хироты выживаемость достигает 60%.

Вторая применяемая здесь новаторская методика – упоминавшегося выше Акимасы Накао – больше используется при опухолях крючковидного отростка, растущих в верхнебрыжеечную вену. Операция начинается с мобилизации верхнебрыжеечных артерии и вены, пересечения а. colica media и брыжейки поперечно-ободочной кишки. Далее пересекаются все сосуды, питаю-

щие опухоль, иссекаются окружающие опухоль ткани – лимфоузлы, перенервальная клетчатка. Эта методика более радикальна, в Лечебно-реабилитационном центре она применена впервые в стране, теперь уже у 2 больных.

– Хирота и Накао перевернули современные подходы к хирургии рака поджелудочной железы, – рассказывает Валерий Егиев. – Вращение опухоли в вену сегодня не является противопоказанием к операции. У нас каждая 3-я ПДР сопровождается резекцией вены, результаты стали значительно лучше, отмечена низкая послеоперационная летальность, среднее количество койко-дней в стационаре после операции – 9. Панкреатодуоденальные резекции поставлены в Лечебно-реабилитационном центре на поток. Скоро появится новейшая ультразвуковая установка для эндовасальных исследований, она позволит определять характеристику вращающейся опухоли в сосуде (истинное или ложное). Это должно резко улучшить прогнозирование лечения. Установят и очень эффективный аппарат для интраоперационного облучения ложа поджелудочной железы высокоскоростными пучками электронов. Необходимость в послеоперационном полутра-месячном облучении не будет, при этом должен резко снизиться процент рецидивов.

Мы уже говорили выше о работе онкологического консилиума, в состав которого входят 15 специалистов – онкологи, хирурги, лучевые и химиотерапевты, онкоурологи и онкогинекологи. Онкоцентр, находящийся в структуре Лечебно-реабилитационного центра, имеет возможности самой современной химио- и лучевой терапии, включая стереотаксическую терапию, в полном объеме решаются вопросы этапного лечения больных. Мощности и возможности его растут год от года. Мы с полным основанием можем констатировать, что в Москве, наряду с Российским онкологическим научным центром им. Н.Н.Блохина и Московским научно-исследовательским онкологическим институтом им. П.А.Герцена, де-юре и де-факто появился третий крупный онкологический центр федерального уровня.

Альберт ХИСАМОВ,  
корр. «МГ».

**НА СНИМКЕ:** член-корреспондент РАМН Константин Лядов (слева) и профессор Валерий Егиев.