

Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития России де-юре и де-факто стал третьим в Москве крупным онкологическим центром федерального уровня. Клинический комплекс на Ивановском шоссе включает в себя различные диагностические и лечебно-профилактические отделения, здесь на самом высоком уровне проводятся и реабилитация после инсультов, и травматологические операции любой степени сложности.

Наш сегодняшний рассказ – о хирургии печени, ставшей в последние годы одним из знаковых направлений деятельности ЛРЦ.

Пополнение арсенала

Спектр методов диагностики и лечения в области хирургической и онкологической гепатологии здесь велик, он включает и разнообразные лучевые способы визуализации и терапии, и эндохирургические пособия. Например, первую лапароскопическую операцию на печени – лапароскопическую сегментэктомию-VI при метастазе рака ободочной кишки – провел здесь в 2010 г. директор Лечебно-реабилитационного центра член-корреспондент РАМН Константин Лядов.

Большинство пациентов, поступающих с заболеваниями печени, – с первичными и особенно вторичными, метастатическими опухолями. Из числа последних 85% составляют больные с метастазами колоректального рака, эта цифра вполне согласуется с отечественной и всемирной статистикой.

Особую клиническую ценность, на наш взгляд, представляет этапное лечение пациентов с метастазами колоректального рака в печень, которую проводят специалисты центра. Это эффективный и, видимо, безальтернативный выход из ситуации, когда поражены и правая, и левая доли печени, а сделать одномоментную резекцию возможным не представляется.

Хирурги ЛРЦ были знакомы с российскими исследованиями в этом направлении, например, работами профессора Олега Скипенко из Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского РАМН. Однако в 2010 г. на конгрессе в Санкт-Галлене (Швейцария), посвященном лечению метастатического колоректального рака, они услышали доклад известного французского хирурга-гепатолога Рене Адама, который был очень убедителен. Он говорил о своих системных исследованиях, хирургическом и терапевтическом опыте. По его мнению, пациенты с метастазами колоректального рака в печень делятся на 3 группы. К 1-й группе он отнес первично резектабельных больных, тех, кто сможет перенести резекцию печени в самом радикальном объеме. Во 2-ю группу вошли потенциально резектабельные, то есть на момент обследования выполнить радикальную резекцию им не представлялось возможным из-за несостоятельного остатка печени. 3-ю группу составили нерезектабельные пациенты, которым должны быть применены другие, не хирургические методы лечения.

– Мы несколько не сомневались, что работы Рене Адама – то, что необходимо для развития хирургии печени в нашем центре, – сказал корреспонденту «МГ» заведующий отделением хирургии и онкологии ЛРЦ кандидат медицинских наук Николай Ермаков. – Буквально через несколько месяцев после доклада мы были в клинике гепатобилиарной хирургии госпиталя Paul Brousse под Парижем. Сейчас этапное лечение пациентов с метастазами колоректального рака в печень прочно вошло в наш арсенал.

Варианты этапного лечения

Варианты ведения больных весьма разнообразны. Они напрямую связаны с предполагаемым малым объемом остающейся печени. Допустим, поражена правая доля печени и часть левой доли

Работают мастера

Секреты хирургии печени

Их разгадывают специалисты Лечебно-реабилитационного центра Минздравсоцразвития России



печени (IV сегмент).

В этом случае для того, чтобы выросла контрлатеральная доля, хирурги ЛРЦ вначале проводят эндоваскулярное вмешательство – чрескожную чреспеченочную эмболизацию правой ветви воротной вены. Через 3 недели проводится контрольное компьютерно-томографическое исследование и снова высчитывается объем печени. Если за 3 недели печень не вырастает, возникает вопрос о проведении на 2-м этапе химиотерапии.

Еще один вариант. Обширно поражена правая доля, IV сегмент, единичные метастазы во II и III сегментах. В этом случае на 1-м этапе выполняют атипичную резекцию с удалением метастазов в левом латеральном секторе (если позволяет ситуация – лапароскопически). Во время или после операции делают перевязку или чрескожную чреспеченочную эмболизацию правой ветви воротной вены. А на 2-м этапе уже можно провести обширную резекцию печени. Таким образом, билобарное метастатическое поражение печени не является более противопоказанием к оперативному лечению.

При больших объемах поражения печени, признаках лимфоаденопатии ворот печени и печеночно-двенадцатиперстной связки принципиально лучше начать с неоадьювантной терапии – предварительной химиотерапии. Этим можно добиться регресса заболевания в лимфатических узлах, а также уменьшить поражения самой печени, после чего выполнить резекцию в меньших, но допустимых объемах (до этого операция вообще была не выполнима). Как мы говорили в предыдущей статье (см. «МГ» № 14 от 29.02.2012), в ЛРЦ все больные с новообразованиями обсуждаются на онкологическом консилиуме, в состав которого входят 15 специалистов – онкологи, хирурги, лучевые и химиотерапевты, онкоурологи и онкогинекологи.

Операция и абляция

В качестве примера приведем историю пациентки, оперированной в 2010 г. по поводу рака сигмовидной кишки, когда уже были

метастазы в печень. Затем она последовательно прошла курсы химиотерапии, радиочастотной абляции метастазов.

– У нашей пациентки было поражение обеих долей печени, в том числе левого латерального сектора, плюс метастатическое поражение левого надпочечни-

Водой и ультразвуком

Результаты лечения и дальнейшего течения метастатического колоректального рака зависят от многих факторов. Один из них напрямую связан с техникой хирурга. Это объем операционной кровопотери, от которого зависят не

только ближайшие, но и – самое интересное – отдаленные результаты. Чем больше кровопотери, тем выше вероятность рецидива заболевания. Соответственно, чем аккуратнее хирург оперирует, тем реже рецидивы.

Операции на печени издавна отождествлялись с большой кровопотерей. Неловкое движение хирурга при работе на пронизанном сосудами органе – и задета печеночная артерия, воротная вена, их ветви. Много крови можно потерять при разделении печеночной паренхимы.

Впрочем, современные инструменты помогают свести операционную кровопотерю к минимуму. 300 мл при расширенной гемигепатэтомии, 100 мл при сегментэтомии – разве это не фантастика? А всё благодаря водоструйному скальпелю или ультразвуковому деструктору, в основном используемым хирургами ЛРЦ. Физические основы водоструйного скальпеля и ультразвукового деструктора разные, а принцип действия один, очень эффективный. Первый избирательно «выбивает» паренхиму печени сильной тонкой струей воды, второй делает то же самое с помощью ультразвуковой кавитации. При этом мелкие трубчатые протоки, вены, артерии – остаются нетронутыми. Остается их клипировать, перевязать и пересечь.

Важнейший компонент при подготовке к операции на печени – провести полноценное исследование органа с помощью лучевых методов. Чтобы не столкнуться во время вмешательства с непредвиденным вращением опухоли в сосуды или другими неожиданностями, всем готовящимся к операции пациентам в центре обязательно проводятся компьютерная и магнитно-резонансная томографии. Первая незаменима при визуализации сосудов, для подсчета объема функционирующей печени и метастазов, вторая – при определении границ метастазов больших размеров и обнаружении небольших очагов. В этом убедился корреспондент «МГ», когда рассматривал изображения печени очередного подготовленного к операции больного: на МРТ в VII сегменте был четко виден метастаз размером с фасолину, тогда как на КТ в том же срезе – ничего.

Визуальные предпочтения

С другой стороны, перед описанной выше операцией по томограмме, сделанной на 64-срезе двухэнергетическом КТ, с точностью был подобран сосудистый протез нужного размера, а затем проведена пластика левой ветви воротной вены.

Особенно приятно гостям центра было узнать, что каждая операционная имеет собственный УЗ-аппарат, что хирурги ЛРЦ приобрели важную «привычку»: проводить интраоперационное

ультразвуковое обследование печени. Каждое вмешательство на печени начинается – до всех манипуляций! – с интраоперационного УЗ-обследования этого органа. То есть сразу же после вскрытия брюшной полости и мобилизации печени. Уточняются объем поражения печени, вращение опухоли в сосудистые структуры, распространенность метастазов. Если предоперационная диагностика остается за КТ и МРТ, то окончательная – за глазами, руками хирурга, вооруженного УЗ-аппаратом. Все уважающие себя западные хирургические клиники обязательно оснащают УЗ-аппаратом каждую операционную, чего не скажешь про иную российскую клинику.

Да и при лапароскопических операциях на печени хирурги центра делают примерно то же самое: в троакар вводится лапароскопический УЗ-датчик и опять же УЗ-обследование проводится в самом начале вмешательства. Добавим, что ЛРЦ – одно из немногих учреждений страны, где работает позитронный эмиссионный томограф. Он особенно помогает врачам при выявлении начальных стадий рака.

Продолжение следует

Недавно в ЛРЦ была выполнена очень редкая операция – изолированное удаление 1-го сегмента печени. Подобные единичные вмешательства описаны только у мэтров печеночной хирургии России академика РАМН Валерия Кубышкина и профессора Владимира Вишневого (Институт хирургии им. А.В.Вишневого) – два случая, и профессора Юрия Патютко (Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН) – один случай.

Сегментэктомию I была проведена по поводу единичных метастазов гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки в печень. Один небольшой атипичный метастаз находился в VI сегменте, а второй большой занимал практически весь I сегмент. Удален был I сегмент плюс проведена атипичная резекция в VI сегменте печени. Больная на 7-е сутки выписана из стационара. Теперь ей предстоит продолжить курс химиотерапии, который пока ей не очень-то помогал... Что-то еще придумают химиотерапевты?

А у хирургов ЛРЦ, среди которых и опытнейшие мастера скальпеля, и их молодые «рукастые» коллеги, впереди новые большие задачи.

– Мы стремимся максимально использовать в клинической работе доказавшие состоятельность новаторские идеи и опыт отечественных и зарубежных врачей и ученых, – говорит директор Лечебно-реабилитационного центра член-корреспондент РАМН Константин Лядов. – У нас сформировался серьезный и целеустремленный коллектив, а многопрофильность учреждения диктует принятие совместных, консолидированных решений специалистами различных медицинских направлений.

Альберт ХИСАМОВ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: оперирует Николай Ермаков.