

Новости

Бегом к здоровью

В Нижнем Новгороде прошло увлекательное мероприятие в рамках оздоровительного проекта «Спорт во благо». Инициатор – благотворительный фонд «Даунсайд Ап», открытый ради сбора средств на лечение детей с синдромом Дауна. Пробег организован известной в Приволжье добрыми делами региональной общественной организацией «Верас» (при непосредственном участии в реализации проекта администрации Канавинского района). На дорожках парка им. 1-го Мая в этот день боролись за победу в этом своеобразном состязании добровольных участников нового перспективного проекта все желающие, в том числе люди с ограниченными возможностями и дети в возрасте до 14 лет.

Как сказал в беседе с собором «Медицинской газеты» главный специалист сектора культуры, спорта и молодежной политики администрации Канавинского района Сергей Ганин, подобные проекты хорошее подспорье не только здравоохранению, но и воспитательной работе в борьбе за здоровый образ жизни. А также для развития благотворительности.

Инна ЕВСИКОВА,
соб. корр. «МГ».

Нижний Новгород.

Едут новоселы!

Участниками проекта «Земский доктор» в Томской области стали уже 120 врачей. Все они минимум на 5 лет приехали работать в сельские больницы региона.

По сведениям областного Департамента здравоохранения, из числа молодых земских врачей 65 человек – жители Томска, 32 человека – из других регионов. Интересна география переселенцев: С.-Петербург, Чеченская Республика, Амурская область, а также республики Казахстан и Узбекистан.

В Томской области у Федеральной программы «Земский доктор» появилась и региональная компонента. По миллиону рублей обещано выплатить из областного бюджета врачам, которые переберутся работать в малые города Томской области: Асино, Колпашево, Стрежевой, Кедровый, поселок городского типа Белый Яр, где больницы также испытывают дефицит специалистов. Всего на эти цели региональная казна планирует потратить 53 млн руб.

Елена ШУБИНА.

Томская область.

400 тысяч на молоко

Около 50 тыс. югорских малышей бесплатно получают молочные продукты: адаптированные молочные смеси, молокосодержащие и безмолочные каши. Об этом сообщил директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Александр Филимонов в ходе заседания координационного совета глав муниципальных образований автономного округа.

– В регионе создана система обеспечения детей первых 3 лет жизни молочными продуктами, – отметил он. – На реализацию данной социальной поддержки правительством ХМАО – Югры выделено почти 400 млн руб.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

Репродуктивные технологии стали доступнее

Отделение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) открылось в Кировском областном клиническом перинатальном центре в январе 2011 г. Благодаря ему появилась возможность для пациентов с бесплодием все этапы процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) проводить в регионе. Ранее в перинатальном центре Кирова выполняли только подготовку к ЭКО. Саму процедуру пациенты проходили в Чебоксарах.

Вспомогательные репродуктивные технологии стали доступнее для жителей Кировской области не только благодаря территориальной близости отделения, но и в материальном плане. В 2011 г. в отделении ВРТ было выполнено 228 лечебных циклов, 215 из них – за счет федеральных и областных квот, то есть бесплатно для пациентов (115 – областные квоты, 100 – федеральные). В этом году квот еще больше – 350. На сегодняшний день 238 супружеских пар находятся на разных этапах репродуктивного процесса.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Кировская область.

Визиты

Гость Калмыкии, Тувы и «Медицинской газеты»

В сентябре по приглашению верховного ламы Калмыкии Тэло Тулку Ринпоче в Россию прибыл Барри Керзин – доктор медицины (США), личный врач Далай-ламы и буддийский монах.

Доктор Керзин посещает нашу страну по рекомендации Далай-ламы XIV. В ходе визита он прочитал лекции в Москве, которые стали продолжением семинара «Созерцание – искусство трансформации сознания», проведенного в столице год назад. Лекции проходят в рамках объявленной фондом «Сохраним Тибет» программы «Духовное наследие Тибета». До этого доктор Керзин побывал в Республике Калмыкия, а после Москвы отправился в Республику Тыва.

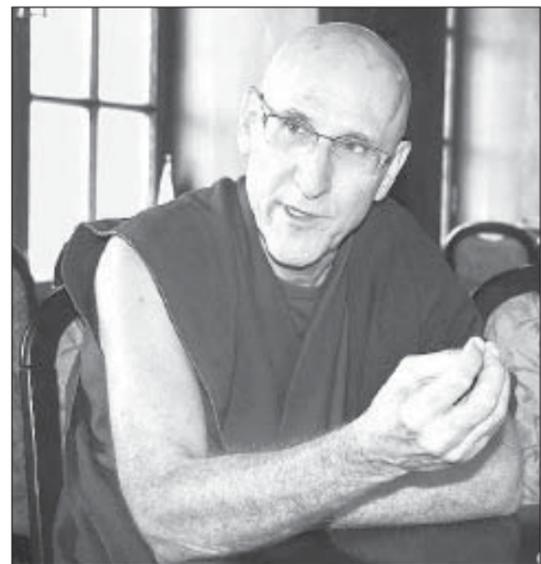
В Калмыкии на этот раз, как и в прошлый визит, у Барри Керзина состоялось много встреч с молодежью республики. Уже по сложившейся традиции прошла встреча с учащимися Калмыцкого медицинского колледжа им. Т.Хахлыновой как с давними и добрыми друзьями. Опытный врач, он как никто другой понимает значимость этих бесед. Для первокурсников была прочитана актуальная для нашего времени лекция на тему «Милосердие и сострадание в медицинской практике», а для

старшекурсников – «Тибетская медицина и более широкий взгляд на лечение».

Напомним, Барри Керзин более 20 лет проживает в Дхарамсале (Индия), оказывая профессиональную медицинскую помощь не только высокоимамам, но и малоимущим слоям населения.

По благословению Далай-ламы Барри Керзин преподает буддийскую философию, обучает основам медитации в странах Северной Америки и Европы, а также в Японии и Монголии.

Накануне поездки в Туву Барри Керзин посетил редакцию «Медицинской газеты», где пообщался с главным редактором Андреем Полтораком и журналистами. Рассказал о своем пути в медицину. Сочетая в себе многолетнюю практику буддийской медитации и знания западного ученого, доктор Керзин посвятил многие годы из-



учению влияния практик созерцания на психофизическое здоровье человека, исследуя структурные и функциональные отличия мозга, длительно практикующего медитацию, от мозга обычного человека.

Бадма ТАЧИЕВ,
Александр ИВАНОВ,
корреспонденты «МГ».

Элиста – Москва.

НА СНИМКЕ: Барри Керзин во время встречи в редакции «МГ». Фото Александра ХУДАСОВА.

Перспективы

Японский вариант

Дистанционно-диагностический центр планирует открыть во Владивостоке Япония. Интерес к подобному виду сотрудничества проявляют лечебные учреждения Страны восходящего солнца. Это подчеркнул генеральный консул Японии во Владивостоке господин Ито Нобуаки в ходе интернет-конференции «Где пересекаются интересы Приморья и Японии».

Развитие информационных технологий и транспортной инфраструктуры создает предпосылки для пересечения границ в поисках медобслуживания, которое отвечает чаяниям людей. Пациентов из России редким явлением в японских клиниках не назовешь, но, учитывая территориальную близость Дальнего Востока, Япония заинтересована и в расширении контактов в медицинской сфере и увеличении турпотока.

Новый диагностический центр призван дать людям надежду.

Его открытие планируется в феврале 2013 г. на территории санатория «Строитель». Центральная часть будет находиться рядом с главным корпусом санатория, остальная – в здании санатория.

Обратившиеся в центр смогут получить программы комплексного обследования с точки зрения профилактики. Причем они будут доступны для жителей не только Приморья, но и других регионов Дальнего Востока. Высокий уровень сервиса будет обеспечиваться высококлассными специалистами и современным диагностическим оборудованием последних моделей – МРТ, КТ и УЗИ. Большую заинтересованность в работе на дальневосточном рынке проявила одна из известных и лучших больниц в Японии – «Больница Хокуто». Снимки МРТ и КТ будут

передаваться в Японию, в город Обихиро, где специалисты помогут поставить диагноз.

Важно отметить, что специализация данного медучреждения – церебральная ангиопатия (в первую очередь нераззорвавшиеся церебральные аневризмы, ишемический инсульт), опухоли мозга, заболевания позвоночника (в первую очередь стеноз позвоночного канала). В клинике применяют церебральное эндоваскулярное лечение, лучевую терапию с изменяемой интенсивностью при опухолях мозга, проводят операции на мозге и позвоночнике под микроскопом. Кстати, по числу вмешательств на нераззорвавшейся церебральной аневризме эта больница является одним из ведущих медучреждений Японии.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Деловые встречи

Два летних конгресса в Европе

Заметки о хирургических форумах в Брюсселе и Париже

Прошедшее лето совсем не было периодом полного затишья на «хирургических фронтах». И хотя с конца июня большинство кафедральных работников отправлялись в очередной межкурсовой отпуск, наши ведущие специалисты покупали авиабилеты, чтобы принять участие в крупных научных международных встречах. Мы рассказываем о двух наиболее запомнившихся летних собраниях – в Брюсселе и Париже.

От black video до консенсуса

В конце июня в брюссельском Belgians Square Meeting Center

прошел XX Международный конгресс Европейской ассоциации эндоскопических хирургов (EAES). Главная его тема звучала как «Делай лучшее для наших паци-

ентов». Его открыл президент ассоциации Карл-Херманн Фукс (Karl-Hermann Fuchs, Франкфурт-на-Майне, Германия), президент конгресса Бенуа Наве (Benoit Navez, Жили, Бельгия) и первый президент и основатель ассоциации Жак Перисса (Jacques Perissat, Бордо, Франция), в докладе которого были освещены исторические вопросы становления малоинвазивной хирургии, перспективы дальнейшего развития

и отмечен тот факт, что организовавшие конгресс бельгийские хирурги являются основоположниками Бельгийской группы эндоскопических хирургов (BGES), входящей в состав Хирургической ассоциации Бельгии (RBSS).

Программа конгресса состояла из 8 секций по разным направлениям лапароскопической хирургии и курса повышения квалификации по проблемам бариатрической хирургии, хирургии печени и

желчных протоков. Среди приглашенных экспертов Россию представляли профессор Сергей Емельянов, Олег Луцевич, Игорь Хатьков, Александр Сажин, Пётр Царьков и научный сотрудник Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского Бадма Башанкаев. Каждый из них возглавил ту или иную сессию.

(Окончание
на стр. 10-11.)

(Окончание. Начало на стр. 2.)

Преоконгресс состоялся из нескольких практических и теоретических курсов, посвященных тотальной мезоректумэктомии, хирургии единого доступа (SILS), патологии мышц тазового дна, бариатрической хирургии, эндоскопическим вмешательствам на внепеченочных желчных протоках. Курс по хирургии единого доступа проводился совместно с Японским обществом хирургии единого доступа. На нем освещались вопросы применения SILS в хирургии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (грыжи пищевода, отдела диафрагмы, резекции желудка, гастрэктомии, паховые грыжи, колоректальная хирургия), гепатобилиарная хирургия, хирургия молочной железы. Курс по патологии мышц тазового дна отражал анатомические аспекты, клиническую симптоматику и лечение нарушения функций тазового дна в практике хирурга-проктолога. Курс бариатрической хирургии прошел под председательством **Жана Клоссе** (Jean Closset, Брюссель, Бельгия), **Бруно Диллеманса** (Bruno Dillemans, Брюгге, Бельгия) и **Никола Ди Лоренцо** (Nicola Di Lorenzo, Рим, Италия). Рассматривались сложности, связанные с шунтирующими операциями на желудке, рукавной гастрэктомией и ее техническими аспектами (начинать ли операцию с диссекции вдоль большой кривизны или вначале пересекать желудок; какие технические опасности возникают при пересечении желудка на уровне антрального отдела). Внимание было уделено экстренным вмешательствам после бариатрических операций, особенностям проведения анестезиологического пособия при хирургических вмешательствах у больных с морбидным ожирением. Курс по эндоскопическим вмешательствам на внепеченочных желчных протоках проходил под кураторством профессора **Ахмеда Нассара** (Ahmed Nassar, Лондон, Великобритания), причем во время практической части курса участники могли выполнить холангиографию, освоить холедохоскоп и сделать холедохотомию.

Одна из первых сессий основной части конгресса была посвящена лапароскопическому доступу при лечении заболеваний поджелудочной железы. Сессию открывала презентация члена исследовательского комитета Европейской ассоциации эндоскопических хирургов (EAES), заведующего кафедрой факультетской хирургии № 2 Московского государственного медико-стоматологического университета, профессора **Игоря Хатькова** на тему «Хирургия рака поджелудочной железы». Она показала достижения лапароскопической хирургии поджелудочной железы, включая диагностическую манипуляцию с биопсией или без нее, дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией или без, панкреатодуоденальные резекции, центральные резекции поджелудочной железы и энуклеации опухоли. Были даны ответы на вопросы: в чем преимущества лапароскопической хирургии перед открытой, почему лапароскопическая хирургия используется в онкологии, насколько она безопасна и адекватна с точки зрения онкологической радикальности. Игорь Евгеньевич показал, что выполнение лапароскопической лимфаденэктомии соизмеримо с открытой лимфодиссекцией. Им был представлен собственный опыт выполнения 38 полностью лапароскопических панкреатодуоденальных резекций. Также с видеоиллюстрациями продемонстрирована лапароскопическая

техника остановки кровотечения из крупных сосудов, в том числе из нижней полой вены и аорты. Были сформулированы необходимые критерии медицинского учреждения, хирургического инструментария и операционной бригады для проведения безопасных операций на поджелудочной железе. В докладе подробно освещалась значимость кривой обучения при выполнении подобных операций и целесообразность их тиражирования лишь в многопрофильных стационарах, таких как клинические базы МГМСУ.

других неотложных состояниях в брюшной полости – заведующий кафедрой факультетской хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор **Александр Сажин**.

Несколько подобных сессий прошло совместно с различными европейскими обществами эндоскопических хирургов, что можно рассматривать как первый шаг для интеграции локорегиональных обществ в EAES. Были интересны сессии, объединенные общей манерой

вопросов, выступили около 300 приглашенных специалистов. Программа состояла из 26 симпозиумов и 41 update-сессии. Каждый день конгресса начинался с секций под названием «Встреча с профессором» (всего их было 17), на протяжении которых все участники в неформальной обстановке за чашкой чая могли задать интересующие вопросы, касающиеся различных разделов гепатобилиарной хирургии. Не обошлось без новаторских идей в организации и работе собрания: например, было положено

начало интеграции нехирургических специалистов в работу ассоциации, а на протяжении всего конгресса в непрерывном режиме экспонировалось 190 видеороликов открытых и лапароскопических операций. Новым в работе конгресса стали ежедневные сессии «встреча с редактором» – в помощь авторам, направляющим свои публикации в европейские и американские журналы. Одним из лекторов был руководитель клиники под Парижем, паст-президент EAES профессор **Эйб Фингерхат**, хорошо известный нам по лекциям в Москве и Казани.

Два российских хирурга стали сопредседателями сессий конгресса: посвященную трансплантации печени возглавил директор ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова академик РАМН **Сергей Готье**, а хирургии поджелудочной железы – профессор **Вячеслав Егоров** (Институт хирургии им. А.В.Вишневского). Вячеслав Иванович также выступил с лекцией «Всегда ли циркуляторная инфильтрация перипанкреатических артерий на КТ подтверждается на операции?»

На наш взгляд, среди ярких сообщений конгресса были следующие. «Лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с или без спленэктомии» Хуана Сантьяго Асагры – о дистальной резекции поджелудочной железы, широко используемой операции у пациентов с опухолью хвоста поджелудочной железы. Им было показано, что лапароскопический доступ наряду с удовлетворительным уровнем резекции улучшает непосредственные результаты лечения. Этот доступ рекомендован для пациентов со злокачественными и доброкачественными образованиями хвоста поджелудочной железы, однако только при хорошей селекции пациентов. Несколько исследований показывают, что спленосохранная дистальная резекция (техника Кимуры) или со спленэктомией (варшавская техника) безопасны и выполнены лапароскопическим доступом. Преимущества спленосохранной дистальной резекции поджелудочной железы – в предотвращении возможного развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Спленэктомия также может влиять в отдаленной перспективе на прогноз рака поджелудочной железы, может увеличить частоту развития сахарного

Деловые встречи

Два летних конгресса в Европе



Заметим, что кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ обладает одним из наиболее успешных в Европе опытом выполнения полностью лапароскопических панкреатодуоденальных резекций. На сегодняшний день на кафедре выполнено 40 подобных операций. Доклад вызвал живую дискуссию в зале, которая затронула вопросы технических стандартов выполнения лапароскопической панкреатодуоденальной резекции и формирования рекомендаций для хирургов.

Остальные докладчики этой сессии показали эффективность миниинвазивных технологий в лечении пациентов с панкреонекрозом, возможности МРТ в диагностике новообразований поджелудочной железы. В ходе первого дня конгресса состоялась секция, посвященная экстренной лапароскопической хирургии. Она была проведена совместно с Российским обществом эндоскопических хирургов. На ней сопредседательствовали президент РОЭХ, заведующий кафедрой эндоскопической хирургии факультета последипломного образования МГМСУ профессор **Сергей Емельянов** и профессор Игорь Хатьков. Наряду с иностранными коллегами с докладами выступили известные российские хирурги: о технических аспектах трудных лапароскопических аппендэктомий рассказал заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 МГМСУ, главный хирург Центра эндохирургии и литотрипсии профессор **Олег Луцевич**, о лапароскопических пособиях при

подачи («как я это делаю?»). Например, «Миниинвазивная хирургия пищевода и желудка: как я это делаю» прошла под председательством **Хуана Сантьяго Асагры** (Juan Santiago Azagra, Люксембург) и **Мигеля Куэсты** (Miguel Cuesta, Амстердам, Нидерланды).

Профессор **Пётр Царьков** (Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского) руководил сессией видеопрезентаций «Брюшная полость и передняя брюшная стенка, дневная хирургия и различные эндоскопические доступы». Много докладов было посвящено лечению гастроинтестинальных стромальных опухолей лапароскопически.

Огромный интерес представляли ставшие традицией на подобных конгрессах «black video» – демонстрации видеоснимков с неправильными или спорными действиями с последующим детальным обсуждением членами президиума (как правило, это 6-8 экспертов из разных стран мира). Обсуждались сложные ситуации во время ручного шитья и использования швасшивающих аппаратов.

В ходе конгресса еще три сообщения были сделаны от кафедры факультетской хирургии № 2 МГМСУ. В докладе **Павла Тютюнника** «Полностью лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция: первичный опыт» представлены результаты выполнения 40 полностью лапароскопических панкреатодуоденальных резекций. Заметим, что данная операционная серия

пищеводными стентами», где продемонстрировал возможность трансхиатального доступа при операциях на пищеводе. Показания к операции были сформулированы на основании классификации Зиверта – Штейна кардиоэзофагеального рака. Показано, что лапароскопическая трансхиатальная операция предпочтительнее открытой, показания к лапароскопической операции лимитированы 2-м типом по Зиверту.

Наибольший интерес для работников здравоохранения могли представлять доклады секции, посвященной дистанционному образованию в хирургии – со стремительно развивающимися интернет-технологиями, возможностью дистанционного медицинского образования. Например, в Нидерландах успешно реализуется программа по внедрению дистанционного образования на этапе резидентуры. Об этом, а также о преимуществах и трудностях интернет-образования рассказала **Марлис Шийвен** (Marlies Schijven, Амстердам, Нидерланды).

Важным событием генеральной ассамблеи общества было достижение консенсуса о стандартах лапароскопического лечения паховых грыж. Среди экспертов президиума во время этого заседания был Игорь Хатьков. Подводя итог конгресса, следует отметить, что заметно возросла численность членов EAES из России, доклады наших соотечественников находятся на хорошем европейском уровне, а иногда и превосходят его, как, например, в отношении полностью лапароскопической панкреатодуоденальной резекции.

Большая хирургия и сближение понятий

Прошло чуть больше недели после брюссельского форума, и в начале июля в Париже начал свою работу X Всемирный конгресс Международной гепатопанкреатобилиарной ассоциации (IHPBA). На его открытии во Дворце конгрессов с приветственными речами выступили паст-президент ассоциации **Райт Пинсон** (C.Wright Pinson, Нэшвилл, США) и президент конгресса **Жак Бельгити** (Jacques Belghiti, Париж, Франция). Конгресс проводится с периодичностью раз в два года и является очень ожидаемым мероприятием для гепатопанкреатобилиарных хирургов со всего мира. В программу парижского форума вошло около 2 тыс. тезисов

диабета в послеоперационном периоде – независимо от объема резекции поджелудочной железы. Более того, частота развития панкреатических фистул в послеоперационном периоде после спленосохранной дистальной резекции поджелудочной железы не увеличивается, оставаясь на уровне 30%. С другой стороны, спленосохранная дистальная резекция поджелудочной железы занимает больше времени и требует от хирурга более высокого мастерства, чем операция со спленэктомией. Даже у опытных хирургов 20% спленосохраняемых операций заканчиваются спленэктомией. Спленосохранная дистальная резекция поджелудочной железы не избавляет пациента от возможных послеоперационных осложнений, связанных с селезенкой (болевого синдром в связи с инфарктом селезенки, абсцесс или некроз, приводящие к повторной операции). Причина должна крыться в тромбозе селезеночной вены, который развивается с довольно высокой частотой после дистальной резекции поджелудочной железы. По мнению некоторых авторов, спленосохранная дистальная резекция поджелудочной железы может сопровождаться пересечением селезеночных артерии и вены, кровоснабжение же селезенки сохраняется за счет коротких желудочных сосудов. При этом сохраняется повышенный риск осложнений, связанных с селезенкой и сегментарной портальной гипертензией. Следует отметить, что показания к спленосохранной дистальной резекции поджелудочной железы весьма ограничены и включают наличие эндокринных опухолей, хронического панкреатита и серозной цистаденомы, хирургическое лечение которой весьма ограничено.

Таким образом, лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы единым блоком со спленэктомией остается золотым стандартом для дистально расположенных опухолей поджелудочной железы. Спленэктомия при дистальной резекции поджелудочной железы может быть операцией выбора лишь у малого процента пациентов, имеющих показания к сохранению селезенки. По мнению авторов, интерес к выполнению спленосохранной дистальной резекции поджелудочной железы недостаточно оправдан в плане конверсии к лапаротомии по сравнению с риском инфаркта селезенки и сегментарной портальной гипертензии, связанных с варшавской техникой.

Даниел Черки (Daniel Cherqui, Нью-Йорк, США) прочитал лекцию о лапароскопических резекциях печени. Хирургия печени, одна из последних областей хирургии, активно соприкасающихся внедрению лапароскопического доступа. По данным литературы, всего 6 центров в мире обладают опытом более 100 лапароскопических резекций печени. На счету докладчика их более 200 за последние 10 лет, что составляет 23% от общего количества резекций печени. Какие выводы можно из этого сделать? Лапароскопическая резекция печени возможна и безопасна у хорошо подобранных больных и должна отвечать онкологическим требованиям к проведению подобных вмешательств. В настоящий момент хороший кандидат для лапароскопической резекции печени – пациент с поверхностно расположенной опухолью, не выходящей за один сегмент.

Бьерном Эдвинном (Bjorn Edwin, Осло, Норвегия) с 1997 по 2012 г. проведено более 300 лапароскопических операций при опухолях тела или хвоста поджелудочной железы, инкапсулиро-

ванных опухолях головки поджелудочной железы, из них до 15% пришлось на энуклеации. Автор определил предоперационные и интраоперационные критерии безопасности выполнения энуклеации. Наиболее грозное осложнение энуклеации – фистула. После энуклеации она возникает в 3 раза чаще, чем после дистальной резекции поджелудочной железы. Как бороться с фистулами? Норвежские хирурги намеренно снижают частоту энуклеаций и заменяют их дистальными резекциями поджелудочной железы. Несмотря на это, существуют несколько показаний к энуклеации: маленькая нейроэндокринная опухоль, опухоль Грубера – Франца, кистозная опухоль с низким риском малигнизации в головке поджелудочной железы, когда операция Уиппла может быть не показана.

Поучительной была лекция профессора **Лауреано Фернандес-Круса** (Laureano Fernández-Cruz, Барселона, Испания) «Энуклеация: кто, как?» Подобная операция выполняется в основном у пациентов с нейроэндокринной опухолью поджелудочной железы размером менее 3 см, с доброкачественными инсулиномами. В случае нефункционирующей нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы, когда подтверждена малигнизация, должна быть выполнена необходимая лимфаденэктомия.

Брис Гайе (Brice Gayet, Париж, Франция) в докладе «Лапароскопическая радикальная дистальная резекция поджелудочной железы» рассказал о собственной модификации страбсбургской техники, предложенной в 2003 г. Профессор **Дэвид Геллер** (David Geller, Питтсбург, США) прочитал лекцию «Лапароскопические резекции печени: доступ и онкологические результаты», где продемонстрировал 5-летнюю выживаемость после лапароскопической резекции печени по поводу гепатоклеточной карциномы и метастазов колоректального рака в печени, которые составили от 50 до 65%.

Эндрю Гамбс (Andrew Gumbs, Беркли Хайтс, Нью-Джерси, США) выступил с сообщением «Лапароскопическая панкреатодуоденэктомия: задний доступ». Задний доступ подразумевает под собой следующие составляющие: расширенную мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру с идентификацией верхней брыжеечной артерии, позадии и над поджелудочную диссекцию v.porta, более безопасное выделение крючковидного отростка, пересечение дуоденоюанального перехода, пилорического отдела желудка, поджелудочной железы и общего желчного протока, лапароскопическую реконструкцию. Использование минимально инвазивной техники для выполнения дуоденопанкреатэктомии возможно и безопасно, а задний доступ позволяет более безопасно мобилизовать крючковидный отросток от рядом расположенных верхней брыжеечной артерии и воротной вены.

Профессор **Хан Хо-Сеонг** (Han Ho-Seong, Сеул, Корея) рассказал о лапароскопической бисегментэктомии слева направо. Эволюция лапароскопической хирургии печени проходила по стопам открытых вмешательств, повторив путь открытой хирургии от простых к более сложным резекциям. Образования, расположенные по верхней и задней поверхности печени (I, VII, VIII и верхняя часть IV сегментов) в большинстве случаев оперируются открыто, ввиду нелегкого доступа.

Выступил и **Майкл Кендрик** (Michael Kendrick, Рочестер, США), обладающий наибольшим опытом выполнения полностью лапароскопических ПДР в мире – около 200 вмешательств. Мно-

гие приехали на конгресс только ради того, чтобы услышать этот доклад. Представитель знаменитой клиники Мэйо говорил о трудностях, стоящих в корне проблемы медленного развития лапароскопической хирургии поджелудочной железы. Многие опытные панкреатические хирурги не обладают должным навыком лапароскопических операций. В то же время лапароскопические операции на поджелудочной железе дают хирургу необходимый опыт и в панкреатической хирургии, и в хирургии лапароскопической, но только при условии, что его знаний и техники хватает, чтобы не допустить возможных осложнений и справиться с ними. Авторитетные источники повествуют, что результаты лапароскопической дистальной резекции сравнимы с таковыми после открытой дистальной резекции поджелудочной железы. На сегодняшний день доказано, что при дистальной резекции поджелудочной железы лапароскопический доступ позволяет снизить интраоперационную кровопотерю и сократить время пребывания пациента в клинике. Благодаря этому во многих клиниках всё чаще выполняется лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы. Лапароскопическая ПДР всё еще в начале своего пути. После первой публикации в 1994 г. лишь в последнюю пятилетку стали появляться большие серии, посвященные этой операции. Сообщения, касающиеся лапароскопической ПДР, в среднем насчитывают 20 операций и одним из выводов приводят, что результаты соизмеримы с таковыми после открытых ПДР. Лапароскопическая ПДР применима как для неопухолевых образований, так и для рака. Пока удаленные онкологические результаты еще не накоплены, можно основываться на технических составляющих, например, количество удаленных лимфоузлов и частота R1 сравнима с таковыми при открытых вмешательствах. Внимательное рассмотрение лапароскопического доступа необходимо для следования всем онкологическим принципам, отрабатанным в открытой хирургии.

Профессор **Марсель Сесар Мачаду** (Marcel Cesar Machado, Сан-Паулу, Бразилия) говорил о правосторонней гепатэктомии полностью лапароскопическим доступом с использованием авторского лапароскопического Глиссоновского доступа. Техника основывается на двух маленьких разрезах, позволяющих контролировать правые печеночные сосуды, которые пересекаются аппаратом. Печень разделяется на три области, при этом печеночные вены, исходящие из задней области, пересекаются перед резекцией печени. Диссекцию производят через полость, образовавшуюся в результате пересечения правых долевых печеночных сосудов, параллельно воротной вене. Этот маневр позволяет избежать кровотечения из задних печеночных вен. Затем разделяется передняя область и средняя область, содержащая печеночные вены, исходящие от V и VIII сегментов – это последняя часть диссекции.

Масатоши Макуучи (Masatoshi Makuuchi, Токио, Япония) выступил с докладом «Интраоперационная ультрасонография при резекции печени». На сегодняшний день для выполнения безопасной резекции печени необходимо, чтобы в операционную команду входил специалист по УЗ-диагностике. Панкреатический хирург обязан на высоком уровне знать, как использовать контрастное вещество и как сделать разметку при помощи УЗ-диагностики. Без этого прецизионная сегментэктомия и субсегментэктомия невозможны.

Ник Орурк (Nick Orurk, Брисбен, Австралия) рассказал о технике рассечения тканей и остановке кровотечения, выборе аппаратов для лапароскопической хирургии печени, использовании линейного сшивающего аппарата для пересечения крупных сосудистых стволов. На его взгляд, смоченный водой биполярный аппарат работает лучше. Он говорил, как подбирать клипсы, какие из них хороши для средних сосудов, как они помогают определить линию разреза при интраоперационном УЗ-исследовании. Но нельзя забывать, что любая клипса может соскочить, что, как правило, приводит к серьезным последствиям. А вот степлеры используются всё реже и реже – после прошивания степлером целостность сосуда уже не восстановить. И наконец, никто не отменял «прингл-маневр». Не стоит забывать о частичном «прингл-маневре», что CO₂ (14-20 мм рт. ст.) тоже может сослужить хорошую службу.

Известный хирург **Чиннасам Паланивелу** (Chinnasamy Palanivelu, Коямпуттур, Индия) назвал свою лекцию «Какой тип реконструкции: по Ру или петлевая? Панкреатоюностомия или гастроюностомия?» Петлевая пластика технически проще, но, по словам автора, ассоциируется с развитием желчного рефлюкса в послеоперационном периоде. Реконструкция по Ру – с формированием короткой петли гастропанкреато- и длинной билиарной. С технической точки зрения наиболее захватывающий момент операции – формирование панкреатоюноанастомоза.

С докладом «Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция. Аргументы против» выступил **Ален Саване** (Alain Sauvanet, Клиши, Франция). По его мнению, лапароскопический доступ не может стать стандартным для выполнения ПДР, потому что: выполняются необоснованные резекции поджелудочной железы из-за не идеальной диагностики метастазов в печени и по брюшине при лапароскопической ПДР; неадекватен объем лимфодиссекции у некоторых пациентов, что приводит к миграции стадии по TNM; в обсуждаемый более короткий срок госпитализации после лапароскопических ПДР должны быть включены повторные обращения этих пациентов после первичной выписки; учитывая все существующие сообщения в литературе о лапароскопических ПДР (даже с резекцией сосудов), невозможно ответить на вопрос о воспроизводимости и тиражируемости лапароскопических ПДР и использовании лапароскопического доступа у пациентов с периапулярными опухолями (большие опухоли, панкреатит в анамнезе или неoadьювантная химио- и радиотерапия).

Профессор **Оливье Скатто** (Oliver Scatton, Париж, Франция) говорил о лапароскопической леволатеральной секциэктомии у живых доноров, техника которой описана в 1989 г. Левая доля печени больше подходит для лапароскопического забора и для переднего лапароскопического доступа. Визуализация и лапароскопия позволяют предельно точно оперировать в этой области.

Профессор **Го Вакабаяши** (Go Wakabayashi, Иватэ, Япония) сделал доклад «Полностью правосторонний – полностью левосторонний забор у живого донора». Около 20% живых доноров для трансплантации печени чувствуют дискомфорт со стороны раны даже спустя 2 года после операции. Автор первым выполнил лапароскопически ассистированную латеральную сегментэктомию у живого донора в

2004 г. Основываясь на собственном опыте 200 лапароскопических резекций печени, он в 2007 г. начал программу по лапароскопически ассистированной гепатэктомии. В период с июля 2007 по май 2012 гг. выполнено 37 подобных операций. Японский специалист показал, что лапароскопически ассистированная гепатэктомия у живого донора безопасна и выполнима с минилапаротомией. Она стала стандартной операцией у всех пациентов его клиники, проходящих по программе пересадки печени.

Аллан Тсунг (Allan Tsung, Питтсбург, США) рассказал о показаниях и технике роботизированной резекции печени. Он доказывает, что роботизированная хирургия печени выполнима и безопасна, однако требуются исследования на большой популяции пациентов. Его коллега по университету профессор **Герберт Зех** (Herbert Zeh) говорил о роботизированной панкреатэктомии. Он сообщил о результатах 100 операций. О месте роботического комплекса в панкреатической и печеночной хирургии рассказал кандидат медицинских наук **Сергей Берелавичус** из Института хирургии им. А.В.Вишневского, а его коллега по клинике кандидат медицинских наук **Иван Козырин** – о факторах риска кровотечений в хирургии печени.

Большой интерес представляла сессия, посвященная аспектам реконструктивного этапа ПДР. Обсуждались недостатки и преимущества панкреатоюно- и панкреатогастротомии, а также целесообразность формирования инвагинационного или анастомоза с изолированным швиванием. От нашей кафедры были представлены два сообщения: профессор Игорь Хатьков сделал презентацию «Полностью лапароскопическая ПДР у пациентов с опухолями головки поджелудочной железы и периапулярной области», а Павел Тютюнник – видеопрезентацию «Полностью лапароскопический подход в хирургическом лечении пациента с синхронным поражением: нейроэндокринная опухоль двенадцатиперстной кишки и множественные гастроинтестинальные стромальные опухоли тонкой кишки». По окончании презентации прозвучали вопросы касающиеся частоты подобных наблюдений, технических особенностей расстановки троакаров, учитывая GIST тонкой кишки и перечень диагностических процедур выполненных на предоперационном этапе.

Завершая обзор конгресса, замечу, что особого внимания заслуживает факт продолжающегося противопоставления онкологической хирургии и «общей» хирургии у онкологических больных. Организаторами форума были предприняты шаги в сторону сближения этих понятий и осознания того, что онкологические принципы категорически обязательны у онкологических больных, вне зависимости от квалификации оперирующего хирурга. Фраза «основная задача – не выполнить операцию, а вылечить больного» звучала лейтмотивом. В связи с этим было организовано специальное пленарное заседание с выступлением президента конгресса Жака Бельгити «Онкологическая резекция печени».

Роман ИЗРАИЛОВ,
доцент кафедры факультетской
хирургии № 2
Московского государственного
медико-стоматологического
университета.

Брюссель – Париж.

НА СНИМКЕ: российские хирурги в Париже (слева направо) Игорь Хатьков, Павел Тютюнник, Роман Израйлов.