

Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России и Российское общество хирургов организовали научно-практическую конференцию с международным участием «Современные тенденции в лечении рака поджелудочной железы». В рамках двухдневного научно-практического форума прошёл мастер-класс, в ходе которого состоялись прямые трансляции операций, продемонстрировавшие различные методики радикального лечения рака головки поджелудочной железы.

Были продемонстрированы два варианта операций, используемых при раке головки поджелудочной железы. Известный французский хирург-панкреатолог, руководитель отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии университетского госпиталя Страсбурга, директор программы обучения гепатопанкреатобилиарной хирургии Исследовательского института по борьбе с раком профессор Патрик Пессо (Patrick Pessaux) оперировал пациента по так называемой методике «от верхней брыжеечной артерии», которая позволяет оптимально оценить резектабельность опухоли на самом раннем этапе операции.

Главный хирург и руководитель клиники хирургии и онкологии ЛРЦ профессор Валерий Егиев провёл операцию по методике бесконтактной мобилизации (No Touch), которая потенциально может уменьшить число опухолевых клеток, попадающих в кровь в ходе мобилизации опухоли и, соответственно, улучшить отдалённые результаты лечения.

Первая сессия теоретической части конференции была посвящена хирургическим аспектам лечения рака поджелудочной железы. Вначале Патрик Пессо продемонстрировал участникам конференции результаты применения разработанной им методики проведения резекции поджелудочной железы «от верхней брыжеечной артерии» (Artery-first).

– Нам необходим оптимальный хирургический доступ для оценки вовлечения в опухолевый процесс верхней брыжеечной артерии, – отметил французский хирург. Он также добавил, что определение резектабельности опухоли на начальном этапе операции является важнейшим моментом, поскольку радикальное выполнение операции – это весьма значимый фактор выживаемости пациентов. Особенно важен, по словам П.Пессо, контроль над верхней брыжеечной артерией для профилактики кровотечения, поскольку переливание крови является одним из факторов, ухудшающих прогноз для жизни пациентов.

О методике бесконтактной мобилизации опухоли при раке поджелудочной железы (No Touch), которая применяется в ЛРЦ с 2010 г., рассказал заведующий отделением хирургической онкологии ЛРЦ кандидат медицинских наук Владимир Лядов. Докладчик ознакомил слушателей с принципами бесконтактной мобилизации опухоли, соблюдении которых является профилактикой отдалённых метастазов и местных рецидивов, рассмотрел ситуации, при которых возможно применение данной методики, продемон-

стрировал результаты применения методики No-Touch. По его словам, необходимость её внедрения в клиническую практику была вызвана неудовлетворительными результатами применения традиционных методик, поскольку многие пациенты либо страдают от местных рецидивов заболевания, либо погибают от метастазов в печень. Применение же бесконтактной методики удаления поражённой раком головки поджелудочной железы может помочь уменьшить риск таких последствий,

также поделился собственным опытом проведения подобных операций, проанализировав зависимость послеоперационных осложнений в зависимости от вида анстомоза. По его мнению, если применяющиеся хирургами методики дают приемлемое число осложнений, то не следует менять тактику лечения, потому что как раз это чаще всего и даёт рост числа послеоперационных осложнений.

Об опыте проведения тотальной панкреатэктомии у больных раком рассказал профессор Вя-

даже при запланированной резекции. В каждом конкретном случае при несостоятельности панкреатодигестивного анстомоза перед хирургом стоит вопрос – использовать ли стентирование или фибриновый клей, перевязывать ли проток или выполнить экстирпацию (удаление культи поджелудочной железы). По словам докладчика, сегодня существует множество взглядов на эту проблему, однако окончательное решение так и не принято. Между тем, как отмечается в докладе, с

тенденции в наложении анстомозов (стандартизация методов, «дотошная» техника наложения анстомоза, максимальное использование лупы, а не микроскопа). «В настоящее время вопрос о том, будет ли полезно 15-кратное увеличение вместо 2- или 3-кратного, активно обсуждается хирургами-панкреатологами».

Наиболее сложным вопросом, считает профессор В.Егиев, по-прежнему является определение того, что такое хрупкая поджелудочная железа. «К сожалению, точно этого никто сказать не может. Чётких критериев нет, и в ходе операции решать вопрос о полном удалении поджелудочной железы может лишь группа высокопрофессиональных панкреатологов, выполняющих много таких операций. Однако когда такая операция показана пациенту по онкологическим показаниям, она должна выполняться, и мы не можем отказывать пациенту в этом», – добавил он.

Сессию по комбинированному лечению рака поджелудочной железы открыл доклад известного хирурга-панкреатолога профессора хирургии Швейцарского гепатопанкреатобилиарного центра Микаэля Лесюртеля (Mickaël Lesurtel, Цюрих) о неoadьювантном (предоперационном) лечении при погранично-резектабельном и резектабельном раке поджелудочной железы. Он остановился на вариантах неoadьювантной терапии: последовательном использовании химио- и лучевой терапии перед операцией, либо параллельном использовании системной химио- и лучевой терапии для снижения стадии заболевания перед операцией, либо использовании только системной химиотерапии. В чём же преимущества неoadьювантной терапии при резектабельных и погранично-резектабельных образованиях? Во-первых, считает М.Лесюртель, хорошо васкуляризованная ткань обеспечивает лучшую доставку к опухоли препаратов при химиотерапии. Во-вторых, до операции химиотерапия легче переносится и позволяет избежать перерывов в лечении. В-третьих, она позволяет многие условно нерезектабельные опухоли сделать резектабельными, а также выявить пациентов с быстро прогрессирующей болезнью, операция для которых была бы заведомо неэффективна. Между тем, отметил докладчик, в настоящее время от 20 до 56% пациентов не получают и адьювантной (послеоперационной) терапии в связи с осложнениями после операции. В то же время неoadьювантная терапия при раке поджелудочной железы на сегодняшний день является исследовательским подходом, эффективность которого должна быть установлена в клинических исследованиях. Одно из них (NEOPAC trial) проводится сейчас в Цюрихе.

Своим опытом с российскими коллегами поделился один из известнейших хирургов-панкреатологов Европы профессор Каролинского университета Оке Андрен-Сандберг (Ake-Andren Sandberg, Стокгольм, Швеция). Он представил слушателям свои взгляды на то, что на сегодняшний день является золотым стандартом хирургического лечения рака поджелудочной железы. В своём докладе он

Деловые встречи

От No Touch до Fast Track

В Москве ведущие хирурги-панкреатологи рассказали о современных тенденциях в лечении рака поджелудочной железы



поскольку такая операция даёт возможность снизить выброс опухолевых клеток в кровоток и, теоретически, повысить выживаемость пациентов после операции.

С докладом «Влияние панкреатодигестивного анстомоза на результаты панкреатодуоденальных резекций» выступил старший научный сотрудник отдела поджелудочной железы и реконструктивной хирургии желчных протоков Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН Украины кандидат медицинских наук Константин Копчак. Как отметил докладчик, панкреатодуоденальная резекция (ПДР) на сегодняшний день является единственным методом радикального лечения рака головки поджелудочной железы. А самым ответственным и сложным элементом операции является создание панкреатодигестивного анстомоза. Докладчик проанализировал накопленный международный опыт решения этой проблемы, в том числе и с помощью стентирования протока поджелудочной железы. При том что в отношении использования стентов при подобных операциях мнения различных специалистов расходятся, международные исследования показали необходимость использования наружного дренирования. Докладчик

Чеслав Егоров (Москва). Представив слушателям историю применения этого вида операций, он отметил недостатки метода, такие, например, как риск метаболических нарушений, высокая послеоперационная и отдалённая смертность, связанная с диабетом. По его словам, в какой-то момент, сталкиваясь с этими проблемами, многие хирурги-панкреатологи во всём мире отказывались от проведения подобных операций, «спасав их в резерв панкреатической хирургии». Однако за последние 15-20 лет ситуация, по словам Вячеслава Ивановича, изменилась. Сегодня подобные операции в различных мировых клиниках проводятся достаточно успешно, а совершенствование методики со временем привело к снижению послеоперационной летальности и отдалённой смертности в результате диабета. Как отметил докладчик, основной технической проблемой для врача при резекции поджелудочной железы остаётся не техника выполнения операции сама по себе, а хрупкость поджелудочной железы. И это основная причина возникновения проблем после проведения операции, в частности, кровотечения и развития перитонита. Хрупкость поджелудочной железы – это дополнительный аргумент в пользу её полного удаления

1990-х годов начала складываться тенденция к удалению культи поджелудочной железы в случае кровотечений, перитонита или панкреонекроза, развившихся у пациента. «Экстирпация поджелудочной железы является достаточно редким вмешательством, но её применение может снизить летальность. В некоторых случаях именно она должна применяться для спасения пациента», – отметил профессор. Показаниями к плановому удалению поджелудочной железы, по словам докладчика, являются тотальное поражение железы опухолями (в том числе и доброкачественными), метастазы рака почки или щитовидной железы в поджелудочную железу, либо наличие опухоли в срезе поджелудочной железы при её резекции.

В ходе дискуссий по вопросам хирургического лечения рака поджелудочной железы профессор Валерий Егиев подчеркнул важность дооперационной диагностики. «В нашей клинике очень высокое доверие к дооперационной лучевой диагностике. Мы в первую очередь ориентируемся на неё, а не на интраоперационную гистологию», – сказал он. Отметив, что сегодня большинство хирургов стараются проводить эту операцию с помощью доступа «от артерии», Валерий Николаевич сказал, что среди хирургов-панкреатологов продолжается дискуссия о целесообразности проведения резекции R1. И тактика проведения операции зависит от выбора хирурга, который при такой резекции может использовать несколько вариантов доступа «от артерии», один из которых (наиболее сегодня популярный) продемонстрировал профессор П.Пессо. Что касается анстомозов, то, по словам В.Егиева, «анстомозы – это ахиллесова пята, и говорить о том, какой лучше, очень сложно». «Сегодня нет исследований, которые показали бы достоверную эффективность применения клея или какого-либо другого вида крепления», – отметил он, обозначив также и самые совре-

обобщил многолетний опыт работы специалистов больницы Каролинского университета в Стокгольме. По его словам, эти стандарты менялись год от года, но он уверен в том, что они будут развиваться и дальше. «Ваши результаты могут быть лучше, но не должны быть хуже!», – сказал он. На сегодняшний день европейским хирургам-панкреатологам удалось достичь следующих показателей по операциям на поджелудочной железе: количество тяжёлых послеоперационных осложнений – 20-30% от общего числа прооперированных пациентов, послеоперационная смертность – менее 3%, среднее время пребывания пациента в стационаре – 14-17 дней, 5-летняя выживаемость пациентов – 15-25%. Однако, полагает О.Андрен-Сандберг, эти показатели могут быть улучшены. За счёт чего? По его мнению, для этого существует несколько факторов, среди которых – тщательный отбор пациентов (к сожалению, по словам докладчика, при этом существует риск того, что некоторые пациенты, которым можно сделать операцию, не получают хирургического лечения); оптимизация работы команды врачей (в неё помимо хирурга должны входить рентгенологи, эндоскописты, гастроэнтерологи, онкологи, анестезиологи и даже опытные медсёстры). «Хирургическая бригада – это оркестр, где хирург играет первую скрипку, но не может обойтись без других», – считает О.Андрен-Сандберг. Кроме того, очень важны опыт и знания как хирурга, так и всех специалистов. «Если в ходе операции возникают осложнения, только опытный хирург при поддержке опытной команды сможет справиться с ситуацией», – отметил он.

Кроме того, для улучшения результатов крайне важно повышать образование врачей. Конечно, врачи работают на благо пациента и руководствуются врачебной этикой. Но кроме этики в этом вопросе, отметил докладчик, от врача требуется совершенствование знаний в области анатомии, физиологии, патологии, радиологии, адъювантной фармакологии и технических навыков проведения операций.

Также важны фундаментальные и клинические исследования (биологические, изучение альтернативных методов лечения, предоперационной оптимизации пациента и послеоперационного ухода за ним, а также изучение социальных, психологических и экономических аспектов). В целом же, если говорить об операциях при опухолях поджелудочной железы, необходимы разработка протоколов лечения и послеоперационного ухода, стандартизация методов диагностики и технических аспектов выполнения операций, контроль показаний и противопоказаний к операции. Всё это, по мнению докладчика, открывает новые возможности для повышения эффективности операций на поджелудочной железе.

Отдельная сессия была посвящена вопросам диагностики рака поджелудочной железы. Руководитель центра лучевой диагностики ЛРЦ, вице-президент Европейского союза радиологов, профессор Валентин Сеницын отметил, что у 21-55% больных раком поджелудочной железы при прове-

дении компьютерной томографии на дооперационном этапе ошибочно классифицируют опухоль как резектабельную. Наиболее частыми причинами такой ошибки являются вовлечение в патологический процесс магистральных сосудов, канцероматоз (множественные метастазы в серозных оболочках или паренхиме внутренних органов) и метастазы в печень. При этом, по словам докладчика, основными критериями операбельности рака поджелудочной железы является отсутствие отдалённых метастазов и степень распространения опухоли на магистральные сосуды. Стоит также учитывать, как отмечается в докладе, что одним из абсолютных противопоказаний к радикальному вмешательству при раке поджелудочной железы является проникновение опухоли (инвазия) в основные артерии (почечную, верхнюю брыжеечную, чревный ствол), хотя венозная инвазия не является абсолютным противопоказанием к радикальной операции. «При том, что все эти методы отличаются информативностью, тем не менее в оценке сосудистой инвазии при раке поджелудочной железы их информативность ещё недостаточно высока и иногда она не соответствует современному уровню развития хирургии рака поджелудочной железы», – отметил профессор. По его словам, случаи расхождения данных КТ/МРТ и эндосонографии при оценке сосудистой инвазии в целом ряде случаев могут рассматриваться как потенциально операбельные.

Ещё одна сессия была посвящена вопросам восстановления пациентов после операций по удалению новообразований на поджелудочной железе, методике ускоренного восстановления (Fast Track), где в центре внимания был доклад «Ускоренное восстановление после резекций поджелудочной железы» директора ЛРЦ члена-корреспондента РАМН Константина Лядова. Сегодня методика Fast Track успешно используется в различных областях – в колоректальной хирургии и гинекологии, урологии и гепатологии, в хирургии пищевода и желудка. При том что идеология быстрой активизации пациента продемонстрировала свою эффективность и в Европе, и в России, хирурги тем не менее сталкиваются с некоторыми трудностями, обусловленными значительным объёмом хирургического вмешательства, ограниченным применением лапароскопических методик и высокой частотой общих и специфических осложнений при операциях на поджелудочной железе. К тому же такие вопросы, как отказ от парентерального питания, возможность раннего питания пациента через рот, а также отказ от дренирования вызывают широкие дискуссии среди специалистов.

Юлия СИРОЖЕНКО,
менеджер организационно-методического отдела Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России.

НА СНИМКАХ: хирургам-панкреатологам в ходе операций крайне важно учитывать хрупкость поджелудочной железы.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Наши интервью

Хирургия при туберкулёзе – реальный шанс выжить

Об этом не надо «забывать» нашим врачам

Ещё 10 лет назад Всемирная организация здравоохранения признала туберкулёз и ВИЧ одними из главных вызовов здоровью человечества наступающего века. Однако большинство принимаемых мер, программ, новых препаратов не дают ожидаемого изменения ситуации: до сих пор туберкулёзом в мире ежегодно заболевает более 8,5 млн человек, из которых умирает каждый третий. Хотя основное бремя туберкулёза (60%) приходится на страны Африки и Юго-Восточной Азии, тревожная ситуация

по-прежнему сохраняется и в странах Восточной Европы, и в Российской Федерации. О проблемах современного туберкулёза, альтернативных методах и успехах в его лечении рассказал заместитель директора НИИ фтизиопульмонологии, директор хирургической клиники фтизиопульмонологии, заведующий кафедрой фтизиатрии и торакальной хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, профессор Дмитрий Гиллер.

– Дмитрий Борисович, в чём сейчас основные проблемы с лечением туберкулёза в нашей стране?

– Страна у нас большая, и проблемы сильно различаются от региона к региону. Тем не менее есть и общие черты, характерные для борьбы с туберкулёзом во всех странах. Мы видим, как снижается эффективность лечения больных с открытой формой. В то же время растёт число случаев с множественной лекарственной устойчивостью – туберкулёзная палочка приспосабливается и существующие препараты перестают воздействовать на поражённые лёгкие. Но при этом почему-то совершенно «забывается», что этих больных можно вылечить путём активизации торакальной хирургии.

Сегодня пионером и пропагандистом широкого хирургического лечения больных с открытой формой туберкулёза выступает НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, который проводит как фундаментальные, так и клинические исследования для обоснования изменения стратегии лечения пациентов с деструктивным туберкулёзом. Для сравнения, на данный момент в стране из категории больных, имеющих распад лёгочной ткани и выделяющих туберкулёзные бактерии в мокроту, выздоравливает около трети пациентов. Увы, но это показатели начала XX века, когда врачи не имели ни лекарств против туберкулёза, ни компьютерной томографии, ни рентгена, ни даже фонендоскопа. Наш опыт 3-летней работы в Пензенской области, где была внедрена разработанная нами стратегия своевременного широкого применения хирургических методов лечения, позволил повысить частоту выздоровления больных с открытой формой туберкулёза до 83%, а среди оперированных – до 94%.

– И насколько эта статистика и практика применима ко всей России?

– Больные, у которых были достигнуты такие результаты, – это не специально отобранные больные – приличные, с деньгами и желанием лечиться. Нет, это среднестатистическая российская территория, где есть и бомжи, и алкоголики, и уклоняющиеся от лечения. И тем не менее мы с коллегами ездим по многим областям и всеми силами возрождаем хирургические методы лечения открытой формы туберкулёза. За прошлый год мы проконсультировали в различных территориях России несколько тысяч больных туберкулёзом, из которых операция была предложена почти тысяче пациентов. Часть из них я прооперировал на месте, часть про-



консультировал для операции местными хирургами, а часть из них приехала в нашу больницу, и мы прооперировали их здесь. Всё это является частью многоцентрового комплексного исследования, которое имеет, в общем-то, актуальность для всего мира. Почему-то во всём мире продолжают ждать чудес от противотуберкулёзных лекарств, но забыли, что туберкулёз можно и нужно оперировать. В своё время Америка уже «вырезала» свой туберкулёз, и до сих пор он остаётся на низком уровне, в основном в кругах незаконных иммигрантов. У нас же нужны более активные меры.

– Вы находите понимание у коллег в регионах?

– Мы проводим множество мастер-классов с показами учебных фильмов, и операциями на месте. Примерно 12% территории России уже охвачено моими личными консультациями. Но я не могу «протезировать» хирургию во всех губерниях, и не прооперирую там всех больных. Нужны общие усилия и работа на годы. Хотя, по сути, для успешного внедрения наших методик в повседневную практику любого региона нужны три условия: местные хирурги, которые хотят учиться и профессионально расти, организаторы здравоохранения (главные фтизиатры), которые хотят реально изменить положение дел, и понимание со стороны власти, как правило, на уровне губернатора или минимум министра здравоохранения. Тогда меня вызывают, к приезду специально подбирают и обследуют много больных – иногда приходится за 2-3 дня консультировать около 200 человек. Я могу научить, показать, правильно выбрать тактику по каждому больному и оставить их лечиться на месте. А тяжёлых забрать с собой.

– И много регионов уже включились в ваше многоцентровое исследование?

– Пока это Саратовская, Челябинская, Пензенская, Тамбовская области, Чувашская Республика. Конечно работа в

территориях – это лишь часть нашей работы. В нашей университетской клинике мы оперируем тяжёлых больных туберкулёзом больше, чем в любой клинике не только в России, но и в мире.

Сегодня мы обладаем уникальным опытом операций на единственном лёгком. Это исключительно редкая, по данным литературы, ситуация. Казалось бы, лёгкие уже разрушены и туберкулёз невозможно остановить. Только операция как последний шанс! И это ещё не всё. Эти пациенты ещё и живут потом хорошо. Среди них есть люди, которые могут пройтись с вами по коридору, и вы даже не заметите, что он оперирован с двух сторон. Потому что у него нет выраженной одышки. Среди них есть женщины, которые получили разрешение рожать, активно работающие... Один человек после нескольких тяжёлых операций попал к нам, и был ещё трижды прооперирован (это было многоэтапное и тяжёлое лечение): одно лёгкое было полностью разрушено и в другом каверны... Сейчас работает шофёром-дальнотойщиком.

– Всё это ведь даёт уникальный научный материал.

– Да, в настоящее время ведутся многочисленные диссертационные исследования моих учеников на опыте нашей хирургии, мы активно публикуем их результаты и сотрудничаем с другими научными и практическими учреждениями в России и за рубежом.

Есть ещё такой момент, как хирургическое ноу-хау. Здесь применяется много оригинальных методик, более 30 из которых мною запатентовано. Часть этих методик направлена на расширение операбельности распространённого рака лёгкого, другие – на лечение распространённого туберкулёза. Важным направлением является совершенствование малотравматичных операций на органах грудной клетки с применением видеоторакоскопии. Наш опыт доказал, что большинство лечебных и диагностических вмешательств у больных различными заболеваниями лёгких может быть выполнено через очень маленькие разрезы. Восстановление при таких доступах происходит гораздо легче и быстрее.

– В таком случае, каковы прогнозы и цели вашего многоцентрового исследования?

– Уверен, если в тех регионах, где наша программа будет реализована, нам удастся снизить смертность от туберкулёза минимум в 2 раза. Это прогноз на ближайшие 3-4 года, но он совершенно реалистичен.

Беседу вёл
Павел АЛЕКСЕЕВ.