

DOI: 10.16931/1995-5464.20163124-125

**Отчет о научно-практической конференции
“Портоэмболизация, лигирование воротной
вены, ALPPS. За и против”****Резолюция конференции****20 ноября 2015 года, Московский клинический научный центр****Report for scientific and practical conference****“Portal embolization, portal vein ligation, ALPPS. Pros and cons”****The conference resolution****November 20, 2015, Moscow Clinical Research Center**

20 ноября 2015 г. в Московском клиническом научном центре состоялась научно-практическая конференция “Портоэмболизация, лигирование воротной вены, ALPPS. За и против”. В работе конференции приняли участие представители практически всех ведущих центров России и стран СНГ по хирургической гепатологии и трансплантации печени, а также хирурги из Южной Кореи, представлявшие Медицинский центр имени Асана (Сеул) – мировой лидер во многих направлениях современной хирургии, в частности в хирургической гепатологии и пересадке печени. Поводом для проведения конференции стала назревшая необходимость обмена мнениями и выработки общей позиции ведущими специалистами-гепатологами по сложной проблеме достижения гипертрофии предполагаемого остатка печени перед обширной резекцией по поводу местнораспространенных злокачественных опухолей. Успешное решение этой проблемы позволяет избежать наиболее грозного и зачастую фатального осложнения в хирургии печени – пострезекционной печеночной недостаточности.

Конференция включала две секции, посвященные двум основным направлениям достижения гипертрофии остающейся доли печени: методам воротной эмболизации и новому способу стимуляции гипертрофии, предложенному в 2012 г., – так называемой сплит-резекции, или операции ALPPS (Associating Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy). В дискуссии, проведенной в рамках круглого стола, докладчики и участники конференции высказали свои суждения по наиболее спорным вопро-

сам, касающимся показаний и технологических аспектов портоэмболизации и ALPPS. Делегаты пришли к общему мнению, что успех портоэмболизации во многом зависит от технического оснащения клиники, но не в меньшей степени определяется мануальными навыками и опытом хирурга. Были обсуждены критерии оценки эффективности портоэмболизации, доступы и противопоказания. Наиболее оживленная дискуссия развернулась о роли и месте ALPPS в хирургии местнораспространенных злокачественных опухолей и альвеококкоза печени. Специалисты, представляющие ведущие центры хирургической гепатологии, пришли к общему мнению, что операция ALPPS не должна являться альтернативой портоэмболизации, но может служить лишь методом вынужденного хирургического этапного лечения пациентов с прогнозируемым отсутствием эффекта или неэффективной de facto портоэмболизацией.

В результате проведения конференции были сформулированы следующие положения о показаниях и технических аспектах портоэмболизации и операции ALPPS:

1. Портоэмболизация является приоритетным вмешательством, выполняемым первым этапом перед обширной резекцией печени при прогнозируемом малом объеме культи печени (25–35% при неизменной паренхиме печени и 30–40% при диффузном поражении печени). Операция ALPPS не заменяет портоэмболизацию, и отсутствие технической возможности выполнения портоэмболизации не должно являться показанием к ALPPS.

2. Выбор доступа и эмболизирующего материала не является принципиальным условием успеха портоэмболизации и определяется оператором, исходя из его личного опыта и технического оснащения.

3. Допустимая частота неэффективной портоэмболизации, согласно представленным на конференции докладом, а также данным литературы, не должна превышать 20%. При большей частоте неудач необходим анализ их причин, в том числе показаний и технических аспектов операции.

4. При отсутствии достаточной гипертрофии после портоэмболизации возможно выполнение повторной портоэмболизации. Применение ALPPS целесообразно только при уверенности в том, что неэффективность портоэмболизации объясняется неустранимым техническим дефектом ее исполнения, а не снижением регенераторных способностей печени.

5. Портоэмболизация может быть заменена перевязкой воротной вены, в том числе в ситуациях билобарного поражения, когда объем будущего остатка печени представляется недостаточным для безопасного выполнения обширной резекции и необходимо открытое вмешательство на остающемся фрагменте печени (атипичная резекция, радиочастотная абляция (РЧА)). При недостаточной гипертрофии после перевязки воротной вены дополнительно может быть выполнена портоэмболизация.

6. Основным показанием к операции ALPPS должен быть объем будущего остатка печени менее 25% при неизменной паренхиме и 30–35% при измененной паренхиме, в связи с меньшей эффективностью портоэмболизации в достижении адекватной гипертрофии. Операцию ALPPS не следует рекомендовать к широкому внедрению в отделениях, не имеющих регулярно опыта выполнения обширных резекций печени.

7. Кроме КТ-волюметрии в предоперационной оценке показаний к выбору метода достиже-

ния विकарной гипертрофии печени принципиально важным является определение сохранности функционального статуса остающейся паренхимы. Наиболее перспективными методами являются элиминационные тесты: клиренс ICG, гепатосцинтиграфия, метацитиновый дыхательный тест, однофотонная эмиссионная КТ (СПЕСТ). Определение оптимальных пороговых значений этих тестов для портоэмболизации и ALPPS нуждается в изучении.

8. Оптимальными кандидатами для операции ALPPS следует считать пациентов с метастазами колоректального рака при сохранном физическом статусе (ECOG 0-1 и ASA не более III).

9. Минимизация степени хирургической агрессии на первом этапе представляет собой перспективное направление снижения частоты осложнений и летальности после ALPPS. Другой важной причиной для разумной минимизации объема первого этапа операции является частая проблема отсутствия возможности отказаться от выполнения второго этапа при прогрессировании опухоли или недостаточной гипертрофии.

10. Для уменьшения степени хирургической агрессии на первом этапе предложены различные варианты решений: частичное разделение паренхимы печени, сохранение средней печеночной вены при правосторонней трисекционэктомии, РЧА предполагаемой плоскости разделения (RALPPS), отказ от использования ксеноматериалов, лапароскопические варианты ALPPS и др. Эффективность этих мероприятий оценена в небольшом числе исследований и требует дальнейшего изучения.

11. Первую оценку степени гипертрофии следует выполнять на 8–10-е сутки после операции. При отсутствии гипертрофии в дальнейшем проводить КТ-волюметрию еженедельно в течение месяца после операции. При отсутствии адекватного прироста следует считать процедуру неудачной.