

DOI: 10.16931/1995-5464.20154128-131

**Резолюция XXII Международного конгресса
Ассоциации гепатобилиарных хирургов
стран СНГ “Актуальные проблемы
гепатобилиарной хирургии”
7–9 сентября 2015 г., Ташкент, Узбекистан**

**Resolution of XXII International Congress
of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries
7–9 September 2015 (Tashkent, Uzbekistan)**

**Портокавальное шунтирование
и трансплантация печени
при портальной гипертензии**

Портокавальное шунтирование (ПКШ) должно оставаться в арсенале лечения больных циррозом печени при невозможности трансплантации или в качестве средства подготовки к ней.

Выполняя ПКШ при циррозе печени, следует стремиться к формированию селективных и парциальных спленоренальных анастомозов с максимальным сохранением пассажа брыжеечной крови в печень разобщением желудочно-селезеночного и брыжеечного бассейнов. Ранее выполненное ПКШ не препятствует трансплантации печени (ТП).

Для профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) в период ожидания ТП следует отдавать предпочтение операции азигопортального разобщения посредством эндоскопического лигирования или гастротомии с прошиванием ВРВПЖ в зоне их локализации.

При наличии эндоскопических признаков угрозы скорого рецидива кровотечения целесообразно дополнять ПКШ эндоскопическим лигированием или операцией Пациоры, в зависимости от локализации вен в пищеводе и желудке.

Трансъюгулярное внутрипеченочное портокавальное шунтирование (TIPS) является эффективным миниинвазивным хирургическим способом декомпрессии системы воротной вены у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией цирротического генеза. Это позволяет добиться нормализации давления в воротной вене и стойкого гемостаза при острых кровотечениях из ВРВПЖ. Эта операция желательна при неэффективности эндоскопического лечения и невозможности или нежелательности хирургического вмешательства. TIPS целесообразно сочетать с эмболизацией левой желу-

дочной вены для профилактики рецидива кровотечения при дисфункции шунта. Для этой операции необходим тщательный отбор больных циррозом с учетом функционального состояния печени, сердечно-сосудистой системы, неврологического статуса, данных инструментального обследования (ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)).

Результаты ПКШ у больных циррозом печени во многом зависят от правильного послеоперационного ведения. Больным следует ограничить пищу с белками животного происхождения, целесообразно применение гепатопротекторных и гепатотропных препаратов. В послеоперационном периоде также необходимо контролировать функцию шунта с помощью эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), УЗИ, КТ, МРТ.

Первичный рак печени (диагностика и лечение)

Современная клиническая практика предполагает обязательный мультимодальный (мультисциплинарный) принцип формирования стратегии и тактики ведения больных первичным раком печени. В указанном процессе учитываются возможности инструментальной и лабораторной диагностики, морфологии, гепатологии, хирургии, анестезиологии и реанимации, трансплантологии, химиотерапии и других медицинских дисциплин, если это необходимо.

Стандарты обследования больных гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) включают комплексное лучевое обследование (УЗИ, МРТ, КТ) и определение уровня опухолевых маркеров (альфа-фетопротеина (АФП), раково-эмбрионального антигена (РЭА), СА 19-9). Этот комплекс позволяет ориентировочно судить о характере изменений в печеночной паренхиме.

Разработка и внедрение специфических гепатотропных контрастных препаратов дали воз-

возможность более точно судить о гистологическом строении очаговых образований в печени. Типичный вариант отображения ГЦР (диффузное гетерогенное контрастирование опухоли в артериальную фазу с последующим быстрым вымыванием контрастного препарата в венозную фазу) в сочетании с повышенным уровнем АФП позволяет в ряде наблюдений обойтись без морфологического подтверждения диагноза при планировании резекции печени.

Однако морфологическое исследование остается и является основой любого онкологического диагноза, в том числе и при злокачественных опухолях печени. Пункционная биопсия рекомендуется при атипичных проявлениях ГЦР, в частности при гипо- или изоваскулярных его вариантах, при наличии показаний к трансплантации печени, а также при невозможности хирургического лечения. При подозрении холангиоцеллюлярного рака (ХЦР) желательной является пункционная гистобиопсия с иммуногистохимическим исследованием или цитобиопсия с иммуноцитохимическим исследованием для подтверждения первичности процесса. При невозможности ее осуществления обязательно тщательное комплексное обследование с целью исключения возможных источников метастазирования.

Выбор метода лечения больных злокачественными опухолями печени зависит от трех основных составляющих: соматического статуса, состояния паренхимы печени, распространенности опухолевого процесса. Учитывая, что ГЦР — наиболее частое злокачественное поражение печени, возникающее на фоне различных заболеваний, ведущих к цирротической трансформации и снижению функциональных резервов органа, определение выраженности этих изменений приобретает первостепенную роль. Основной общепризнанной классификацией, применяемой для оценки указанных изменений, является шкала Child—Pugh.

Остающийся после резекции безопасный для больного объем паренхимы печени должен составлять не менее 25–30% у пациентов без цирроза и не менее 40% у больных циррозом печени класса А по Child—Pugh. При соблюдении этих принципов возможно планирование как экономных, так и обширных вмешательств. Наличие изменений, соответствующих классу В по Child—Pugh, не исключает выполнения экономных резекций печени.

Методы локального воздействия на опухолевый очаг можно разделить на химические (этанол) и физические, которые получили в настоящее время наиболее широкое распространение (радиочастотная или ультразвуковая абляция, криодеструкция и др.). Они могут быть применены неоднократно как самостоятельный метод хирургического лечения, а также до, во время

или после резекции печени. Выполняются они как интраоперационно, так и чрескожно. Главным преимуществом является их относительно малая травматичность.

Основным показанием для рассмотрения применения радиочастотной абляции (РЧА) является невозможность выполнения резекции печени. РЧА раннего ГЦР может являться адекватной альтернативой резекции печени при условии, что локализация опухоли позволяет провести полноценную процедуру, а размеры не превышают 2 см. Наибольшего эффекта можно достичь при соблюдении следующих условий: наличие в печени не более 4–5 опухолевых узлов; размер одного узла не должен превышать 5 см; расположение узлов не ближе 1 см от воротной либо печеночной вены.

Противопоказаниями к РЧА являются: субкапсулярное расположение опухоли, прилежащей к желчному пузырю, полному органу, диафрагме; наличие внепеченочных проявлений заболеваний; цирроз печени класса С по Child—Pugh; некорректируемая коагулопатия; тяжелое соматическое состояние (асцит, желтуха, холангит и др.); наличие искусственного водителя ритма; отсутствие “безопасной” траектории пункционной иглы.

Определенный интерес вызывает необратимая электропорация опухолей, поскольку применение метода не сопровождается нагревом тканей. Однако в связи с небольшим клиническим опытом требуется дальнейшее его изучение.

Единственным способом, позволяющим помочь больным ГЦР на фоне выраженного цирроза печени, является ТП. Показания к ее применению обычно ограничиваются так называемыми Миланскими критериями (один опухолевый узел не более 5 см или 2–3 узла, каждый из которых не более 3 см, отсутствие признаков сосудистой инвазии, лимфогенных и отдаленных метастазов). Соблюдение этих критериев позволяет рассчитывать на удовлетворительные отдаленные результаты: пятилетнюю выживаемость 50–70%, менее 10% рецидивов. При использовании критериев Калифорнийского университета Сан-Франциско (UCSF) — одиночный узел менее 6,5 см или не более трех узлов до 4,5 см каждый, но не более 8 см в сумме — пятилетняя выживаемость составляет 50%. Для уменьшения размеров опухоли (down staging) и сдерживания опухолевого роста целесообразно проведение так называемой bridge-терапии, направленной на расширение возможностей проведения ТП и увеличивающей возможные сроки ее ожидания. С этой целью до операции могут применяться трансартериальная химиоэмболизация (TACE), РЧА или алкоголизация опухоли. Нерешенным остается вопрос о целесообразности осуществления ТП пациентам, исходно не

прошедшим по критериям включения в лист ожидания, которые стали соответствовать таковым в результате успешной локорегионарной терапии.

Учитывая выраженную васкуляризацию узлов и особенности кровоснабжения печени, артериальная эмболизация и химиоэмболизация являются широко распространенным методом лечения больных ГЦР как в качестве самостоятельного паллиативного лечения, так и перед ТП. Основным показанием к применению ТАСЕ является нерезектабельный рак печени без поражения других органов. Противопоказания в большинстве ситуаций носят относительный характер и включают недостаточные функциональные резервы печени, объем опухоли более 70% объема органа, рак на фоне тяжелого сопутствующего цирроза, тромбоз ствола и (или) основных ветвей воротной вены, гипербилирубинемия.

Радиоэмболизация с использованием микросфер с иттрием-90 (^{90}Y) является новым методом лечения нерезектабельного ГЦР. Его преимуществом является эффективность при любом распространении опухолевого процесса в печени. Метод является альтернативой химиоэмболизации при наличии противопоказаний к ней.

Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (диагностика и лечение)

Заболеваемость нейроэндокринными опухолями (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ) за последние 15 лет возросла почти в два раза и составляет 10–15 на 100 000 населения. До 50–60% этих новообразований являются функционирующими и сопровождаются тем или иным гормональным синдромом. Для определения характера НЭО и степени ее злокачественности необходимо комплексное морфологическое исследование, включая иммуногистохимическое.

При функционирующих НЭО первой задачей является постановка синдромального диагноза, который основывают на клинической картине заболевания, изучении уровня хромогранина А крови и соответствующих гормонов. При обнаружении нефункционирующей опухоли дифференциальную диагностику прежде всего следует проводить с аденокарциномой ПЖ или с другими новообразованиями. В качестве первой линии топической диагностики НЭО целесообразно использовать УЗИ, КТ или МРТ, а также эндо-УЗИ. При неясности диагноза во вторую линию включают сочетанное ангиографическое исследование (ангиография и артериально-стимулированный забор крови (АСЗК)), а также радиоизотопные методы: сцинтиграфию соматостатиновых рецепторов (ССР) с индием-111 и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) с галлием-68.

В большинстве ситуаций лечение НЭО является только хирургическим, а должно быть комбинированным, то есть включающим био- и химиотерапию, селективную химиоэмболизацию, а также методы химической и физической деструкции как первичного очага, так и метастазов.

При выявлении НЭО любой локализации необходимо комплексное обследование для выявления возможной множественной нейроэндокринной неоплазии, которое должно включать изучение паращитовидных желез, гипофиза и надпочечников, а также цитогенетическое исследование.

Нефункционирующие НЭО более 2 см являются показанием к оперативному лечению. Объем операции при НЭО с высокой степенью злокачественности должен быть таким же, как при аденокарциноме, в том числе включая лимфаденэктомию.

Гормонально активные НЭО, большинство из которых составляют инсулиномы, являются показанием к органосберегающим операциям. Исключением могут являться гастриномы в связи с высокой частотой множественных поражений. Эти хирургические вмешательства могут выполняться как традиционно, так и с использованием лапароскопических или роботических технологий. Использование интраоперационного УЗИ является обязательным.

Если поражено несколько эндокринных органов в рамках синдрома множественной эндокринной неоплазии (МЭН) 1-го типа, оперативное лечение должно быть комплексным, и первое вмешательство следует выполнять на образовании, определяющем основную клиническую картину или обладающем наиболее высоким потенциалом злокачественности.

При безопухолевой форме органического гиперинсулинизма (незидиобластозе) предпочтение следует отдавать консервативной терапии, альтернативой которой является субтотальная или тотальная панкреатэктомия.

Тотальная панкреатодуоденэктомия при НЭО может быть выполнена при мультицентрической опухоли высокой степени злокачественности или в рамках синдрома МЭН 1-го типа. Однако это вмешательство не может иметь широкого распространения и должно выполняться по строгим показаниям.

Чрескожные технологии в лечении эхинококкоза печени: за и против

Научные достижения последних лет кардинально изменили подходы к диагностике и выбору метода лечения больных эхинококкозом. В настоящее время хирургия эхинококкоза включает традиционные, эндовидеохирургические и чрескожные миниинвазивные оператив-

ные вмешательства. Современные высокоинформативные инструментальные методы исследования позволяют не только констатировать наличие паразитарной кисты, но и уточнить ее характеристики, размеры, характер содержимого, наличие и форму дочерних кист, степень проникновения в фиброзную капсулу, кальциноз фиброзной капсулы. Это позволяет дифференцированно определить показания к выбору оптимального хирургического лечения.

Традиционные вмешательства в хирургии эхинококкоза сохраняют свою решающую роль и остаются основным методом лечения. Все большее применение находят лапароскопические методы при определенных локализациях кисты, показания к которым изложены в предыдущих резолюциях конгресса.

Накопленный мировой опыт показал, что чрескожные миниинвазивные (пункционно-дренирующие) методы под контролем УЗИ занимают определенное место при лечении больных эхинококкозом. Применение чрескожных вмешательств дает лучшие результаты при моноветеринарных кистах (I–II тип по Gharbi) без кальциноза фиброзной капсулы, при этом размеры кисты не имеют принципиального значения. Однако при кистах более 10 см целесообразен более сдержанный подход. Кисты малых размеров (до 3–4 см) подлежат чрескожной пункции с противопаразитарной обработкой. При кистах большего размера показано наружное дренирование с обязательным удалением всех герминативных элементов кисты.

Чрескожный метод применим также при отказе больного от традиционного вмешательства, тяжелом соматическом состоянии больного, сложных клинических ситуациях, при резидуальном и рецидивном эхинококкозе. По своей эффективности чрескожные методы не уступают традиционным видам лечения эхинококкоза при соблюдении всех технических приемов вмешательства, применении их по показаниям и могут занять соответствующее место в хирургии эхинококкоза.

Вместе с тем расширение показаний к вмешательству увеличивает риск формирования длительно функционирующих цистобилиарных свищей и остаточной полости и дискредитирует метод.

Обязательным является комплексный подход, включающий применение послеоперационной противогельминтной терапии независимо от примененной хирургической технологии.

Билиарный панкреатит и панкреонекроз

Острый панкреатит имеет билиарную природу в 25–40% наблюдений. Основным фактором, ведущим к развитию билиарного панкреатита, является блокада устья протока поджелудочной железы (ППЖ) желчными конкрементами.

Темп развития, масштабы поражения паренхимы ПЖ зависят от продолжительности и степени обтурации устья ППЖ.

Билиарную природу панкреатита определяют на основании:

- клинико-лабораторных данных (анамнез, темп и характер развития клинических симптомов, сопутствующие желтуха и холангит, уровень ферментемии);

- результатов УЗИ (наличие конкрементов в желчном пузыре и протоках, их дилатация, состояние ПЖ, жидкостные скопления и т.д.);

- данных эндо-УЗИ, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) — при возможности использования в экстренном порядке.

Клинико-лабораторные данные и результаты УЗИ обосновывают необходимость эндоскопической ревизии большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) и перипапиллярной области (ущемленный камень БСДПК, фиксированный конкремент в ампуле БСДПК, расширение продольной складки, острый папиллит, доброкачественные новообразования БСДПК).

Обнаруженные при ЭГДС изменения области БСДПК определяют необходимость, характер и объем декомпрессионных эндоскопических вмешательств — эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), экстракции конкрементов, дренирования ППЖ. Ретроградное контрастирование желчных протоков для оценки полноты их санации следует проводить только селективно, исключая попадание контрастного препарата в ППЖ.

На ранних стадиях процесса экстренные эндоскопические транспапиллярные вмешательства абсолютно показаны вследствие быстрого лечебного эффекта (устранение болевого синдрома и других клинико-лабораторных показателей).

При отсутствии сведений о давности процесса, масштабе и локализации деструктивных изменений ПЖ, а также убедительных данных о блокаде БСДПК (фиксированный камень) следует принимать решение о транспапиллярных вмешательствах в каждом наблюдении индивидуально.

Необходимость и способ дренирования ППЖ после ЭПСТ (панкреатикодуоденальное стентирование, наружное назопанкреатическое дренирование) нуждаются в дальнейшем изучении.

По мере устранения этиологического фактора тяжесть течения острого билиарного панкреатита определяется общими факторами: объемом и расположением некроза ПЖ и забрюшинной клетчатки, инфицированием, полиорганной недостаточностью и др. Значительную роль в прогнозе заболевания и определении лечебной тактики играют наличие и степень выраженности желтухи и холангита.