

Современные технологии резекции печени позволяют значительную часть онкологических больных перевести из категории неоперабельных и бесперспективных в категорию радикально оперированных с высокой вероятностью не то что односторонней, а даже 5-летней выживаемости. Но такое возможно только при соблюдении важного условия – коллаборации специалистов разных профилей (хирургов-гепатологов, сосудистых хирургов, онкологов, морфологов, химиотерапевтов) и даже разных медицинских учреждений в интересах пациента. Такова точка зрения президента Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, доктора медицинских наук, профессора Владимира Вишневого.

Поводом к тому, чтобы заострить внимание на этой теме, послужил недавний клинический случай из практики специалистов Института хирургии им. А.В.Вишневого Минздрава России.

Пациент К. в возрасте 61 года с диагнозом «рак сигмовидной кишки с метастазами в печень» проходил лечение в одной из онкологических больниц Москвы, где ему была выполнена операция по удалению части толстой кишки, после чего проведены два курса химиотерапии. Опухоль оказалась нечувствительна к химиотерапии, поэтому больного направили на оперативное лечение в институт им. А.В.Вишневого, поскольку именно здесь находится ведущий центр хирургии печени.

Операция, которая была выполнена больному в институте – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – относится к высшей категории сложности. Но в данном случае сложность была не в самом техническом исполнении, а в том, чтобы принять правильное решение: выполнить сразу большой объём резекции печени или прибегнуть к двухэтапной сплит-резекции с интервалом в 7 дней. В первом случае это «гарантирует» хирургам и анестезиологам несколько дополнительных часов работы в операционной, во втором – более высокий риск тяжёлых послеоперационных осложнений у пациента.

– Операции на печени у онкологических больных почти никогда не укладываются в шаблоны. Каждый раз план хирургического вмешательства связан с индивидуальными особенностями анатомии этого органа, венозного оттока, артериального притока, локализации опухоли. Мы должны иметь возможность выполнить резекцию так, чтобы после удаления большей части печени – а при опухолевых поражениях удаляется, как правило, 75% – быть уверенными в том, что оставшиеся 3 из 8 сегментов пе-

Проблемы и решения

Мыслить и действовать вне шаблонов

Делить пациентов на «наших» и «ваших» – непродуктивная задача

чени смогут справиться с функцией целого органа. А для этого нужно постараться сохранить в неприкосновенности среднюю и левую печёночные вены, то есть обеспечить адекватный приток и отток крови, в противном случае, мы получим в послеоперационном периоде острую печёночную недостаточность и летальный исход, – говорит заместитель директора Института хирургии им. А.В.Вишневого, доктор медицинских наук, профессор Алексей Чжао, оперировавший данного больного.

Как признаётся профессор Чжао, насколько бы убедительными ни были заключения предоперационной диагностики методами КТ и МРТ, окончательное решение о тактике – выполнять одно- или же двухэтапную резекцию – он принимает непосредственно во время операции, ориентируясь на то, что предстало его глазам во время ревизии, и на результаты интраоперационного ультразвукового исследования.

Объём опухолевого процесса у пациента К. был велик, к тому же в процесс оказалась вовлечена часть ветвей средней печёночной вены. Картина пессимистичная, поэтому изначально хирурги предполагали, что оставшиеся после резекции доли печени не справятся с «обязанностями», да и сохранить нетронутой печёночную вену вряд ли удастся, а значит, придётся идти на двухэтапную операцию. Однако во время ревизии оказалось, что шанс сохранить работоспособный объём печени есть, правда, выполнять операцию предстояло в условиях очень высокого риска кровотечения. Чтобы избежать этого, приходилось на каждом этапе – выделения, разделения и резекции печени – выполнять сосудистую изоляцию, то есть «перекрывать» кровоснабжение органа.

– Когда мы знаем, что воротная вена, печёночная артерия, другие сосуды полностью контролируются турникетами, и мы можем полностью оперировать на сухой печени, опасность массивного кровотечения исключается, – говорит А.Чжао.



Специалисты работали в операционной почти 6 часов и добились оптимальных результатов. Уже в течение первых суток после операции показатели печёночных ферментов были в норме, данные УЗИ также свидетельствовали об адекватном оттоке крови и отсутствии некроза печени, пациент в ясном сознании. Врачи говорят о благоприятном прогнозе.

В дальнейшем, мужчине предстоит несколько курсов адъювантной химиотерапии, он будет регулярно проходить обследование, и, если обнаружатся ранние признаки рецидива опухоли в других органах, хирурги смогут сразу удалить новообразование.

– Сегодня мы имеем в своём арсенале такие хирургические технологии лечения онкологических больных, с помощью которых можно перевести неизлечимое заболевание, от которого умирают, в хроническое заболевание, при котором человек имеет хорошее качество жизни. Использовать эти технологии – задача всех онкохирургов, – считает профессор Чжао. – При этом каждый специалист, который оперирует на печени, должен знать все нюансы, позволяющие предотвратить интраоперационные и послеоперационные осложнения и добиться хороших результатов. Мы не делаем секрета из своего опыта, наоборот, наша цель – постоянно рассказывать об этих тонкостях как можно большему числу хирургов-гепатологов, чтобы коллеги не совершали тех

ошибок, через которые прошли многие их предшественники на этапах освоения хирургии печени.

В течение года в Институте хирургии выполняется, в среднем, 150 операций резекции печени, из них 45% – расширенные вмешательства. По количеству это не самый большой в стране опыт, зато, если говорить о патологии, по поводу которой здесь оперируют, – метастатический рак печени, доброкачественные новообразования, холангиокарциномы, паразитарные заболевания печени с прорастанием в кровеносные сосуды, – наверное, самый большой. Поэтому решение онкологической клиники, где изначально наблюдался пациент К., направить его на консультацию к гепатологам, а затем и на операцию в ИХВ, здесь расценивают как абсолютно верное.

– Это пример идеального взаимодействия разных лечебных учреждений и врачей разных профилей. При условии, что все друг друга понимают и сообщают на конечный результат, он будет максимально высоким. Если мы видим 4-ю стадию онкологического заболевания и, казалось бы, нерезектабельную опухоль, это ещё не значит, что мы не можем её резецировать: нужно провести химиотерапию, уменьшить размеры опухоли и затем оперировать больного. Но для этого есть определённые сроки, прописанные в междуна-

родных стандартах. А в случаях, когда врач выбивается из этих стандартов, фетишизирует свой метод и забывает о том, что онкологический пациент требует не только химиотерапии, но мультидисциплинарного подхода, это приводит к неудаче. Только совместными усилиями онкохирурга, морфолога, химиотерапевта и радиолога можно выбрать оптимальный индивидуализированный план лечения для каждого пациента. И не обязательно, чтобы все эти специалисты работали в одной клинике, – резюмирует А.Чжао.

Эту же идеологию считает единственно правильной президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов Владимир Вишневский:

– Ответственность врача перед пациентом заключается в том, чтобы оценить свои возможности и особенности данной клинической ситуации: сможет ли он на 100% сделать операцию данному больному успешно, или есть клиники, где её выполнят лучше, потому что там шире арсенал хирургических методик и больше опыт их применения в нестандартных ситуациях. Амбиции хирурга ни в коем случае не должны быть на первом месте, когда мы говорим об операциях высокой степени риска, от которых зависит жизнь пациента.

Вопрос о том, может ли онкологический больной проходить лечение только в условиях онкологического центра, или же допустимо оперировать его в хирургическом стационаре, имеющем опыт онкохирургии, остаётся дискуссионным. Специалисты онкологической службы настаивают на своём приоритете, но, как показывает практика и конкретный случай с пациентом К., нередко больному необходима помощь, выходящая за рамки шаблонов, в которых работают онкохирурги. Поэтому, убеждён профессор Вишневский, правильнее было бы не делить полномочия и сферы влияния, а работать в команде, так как это – в интересах больных.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Выводы

Так было и с жителями Бийска 2 года назад, когда они узнали, что принято решение об укрупнении нескольких медицинских организаций. Возникла масса вопросов, на которые приходилось отвечать руководству больниц и которые приходилось решать. Но, как показала практика, от того, что городская больница № 5 Бийска и городская поликлиника № 6 вошли в состав городской больницы № 4, выиграли все – и медицинские работники, и пациенты.

– Началась большая подготовительная работа – встречи с коллективами больниц, с прикрепленным населением, ремонт поликлиник и многое другое. В новом режиме наши учреждения стали работать с 1 января

Польза от реформы

К новшествам в медицине отношение у людей неоднозначное

2016 г., – рассказывает заместитель главного врача городской больницы № 4 Бийска по поликлинике Галина Осокина.

В ходе подготовки к объединению был выполнен целый ряд ремонтных работ.

– Открытие дневного стационара очень облегчило не только работу поликлиники, но и жизнь пациентов. Раньше они либо получали таблетированные препараты, либо должны были ложиться в круглосуточный стационар, что не всегда удобно. Теперь у каждого

жителя имеется возможность 2 раза в год пролечиться в дневном стационаре. Набор лекарственных средств имеется в полном объёме, а, при необходимости, мы имеем возможность заказывать индивидуально для больного дорогостоящие препараты, – отмечает невролог городской больницы № 4 Ольга Крохмаль.

Отремонтировано и здание бывшей 5-й поликлиники, в частности, второй этаж, где теперь тоже находится дневной стационар на 5 терапевтических коек.

Приём пациентов там ведут терапевт, невролог, акушер-гинеколог и зубной врач, имеется смотровой кабинет.

Ведётся приём по 16 специальностям, имеются узкие специалисты, даже такие дефицитные, как, например, ревматолог. Терапевтами больница укомплектована на 60%, а средним медицинским персоналом – на 100%.

– С присоединением к 4-й горбольнице в нашей работе многое изменилось. Стало легче вести приём. Сейчас у нас на приёме

2 медсестры, что гораздо упростило работу – приём идёт быстрее, ведь пока одна выписывает анализы, вторая, например, печатает льготные рецепты, – рассказывает участковый терапевт Галина Новикова.

Изменения к лучшему заметили и пациенты. Светлые просторные кабинеты, открытая регистратура, электронная очередь – всё это стало реальностью.

Таким образом, присоединение к более крупной медицинской организации увеличило финансовые и лечебно-диагностические возможности каждого учреждения, позволило улучшить материально-техническую базу и гарантировало качество и доступность оказания медицинской помощи.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Бийск.