

# МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ – НЕ ТОЛЬКО СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД, НО И ЭФФЕКТИВНЫЙ ШАНС С НАИМЕНЬШИМ РИСКОМ ПОМОЧЬ БОЛЬНОМУ

В хирургии малоинвазивное направление, основанное на применении современных высокотехнологичных методов, позволило осуществить давнюю мечту хирургов и пациентов — проводить операции с помощью нескольких проколов, без разрезов. Как известно, при проведении классических операций ткани и органы человека подвержены широкому рассечению покровов — серьезному механическому повреждению. Степень и объемы таких повреждений бывают весьма обширными. Пациенту, перенесшему такую операцию, предстоит не только победить саму болезнь и ее последствия, но и бороться с операционной травмой. Малоинвазивные технологии операционную травму сводят к минимуму, что позволяет выполнять вмешательства пациентам с высокой степенью операционного риска и реабилитировать больных в меньшие сроки.



**Александр Косяк,  
заместитель  
главного врача  
по хирургии КМСЧ №1**

В экстренном и плановом хирургических отделениях, центре хирургии печени и эндокринной хирургии КМСЧ №1 сегодня применяются самые современные малоинвазивные методики для лечения абдоминальной патологии, патологии органов эндокринной системы.

При вмешательствах на желчном пузыре и протоках по экстренным и плановым показаниям стандартом является выполнение операций через мини-доступ (разрез 3-4 см) с использованием набора инструментов «мини-ассистент» и операций, выполняемых с применением эндоскопической техники.

В течение многих лет специалисты 1-ой медсанчасти имеют наибольший в крае опыт эффективного выполнения внутрипросветных эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе и стриктурах холедоха. Для выполнения вышеперечисленных видов хирургической помощи пациентов направляют из всех территорий Пермского края.

Еще одной методикой, широко используемой в медсанчасти при лечении хирургических больных, является пунктирование и дренирование кист и абсцессов печени, кист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем. Чрескожным пункционным методом выполняется биопсия образований печени и селезенки с целью верификации диагноза и определения тактики дальнейшего лечения пациентов. Кроме того, в арсенале хирургов медсанчасти - мини-доступные и эндоскопические вмешательства при операциях по поводу опухолей надпочечников, и мини-доступные - при вмешательствах на паращитовидных железах.

4 года назад специалисты 1-ой медсанчасти впервые выполнили процедуру радиочастотной абляции. С тех пор пациенты Перми и края направляются в КМСЧ №1 для прохождения лечения при различных видах злокачественных новообразований печени.

**Александр Косяк, заместитель главного врача по хирургии КМСЧ №1, к.м.н.:** «На сегодня единственным методом радикального лечения первичного и метастатического рака печени, позволяющим добиться длительной выживаемости, остается резекция органа. Однако лишь у 5–25% пациентов удается выполнить радикальную операцию. Это обстоятельство диктует необходимость постоянного поиска различных альтернативных методов терапии.

В современном мире раком печени страдают более 1,5 млн. человек в мире. Выбор тактики лечения ограничен, поскольку 80% первичного и 60% метастатического рака печени нерезектабельны. Кроме того, по данным российских исследователей, радикальные операции влекут много рисков – частота осложнений составляет от 19% до 43%, а послеоперационная летальность достигает 4–7%.

Именно поэтому радиочастотная абляция (РЧА) является наиболее широко применяемым методом локального воздействия на злокачественные новообразования печени во многих клиниках США, Европы и России. Благодаря этой методике риск осложнений удалось снизить до 2,2%, а послеоперационную летальность – до 0,3%.

В КМСЧ №1 осуществляется выполнение радиочастотной абляции, как открытой так и чрезкожной под ультразвуковым контролем, пациентам с установленным диагнозом первичного рака печени и метастатическом поражении печени. Использование этой современной методики позволяет помочь большему количеству онкологических больных за счет расширения показаний к лечению пациентов с отягощенным анамнезом и с билобарным поражением печени.

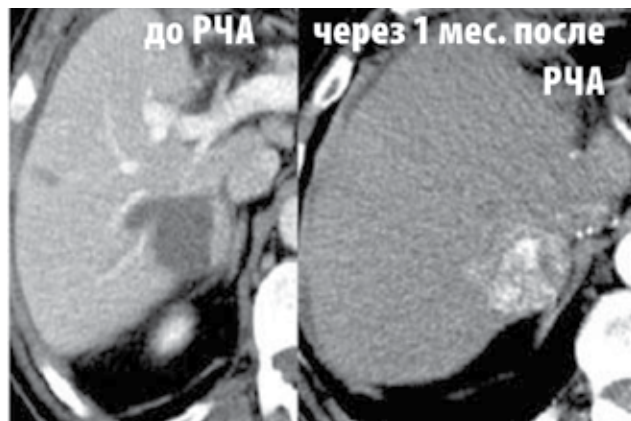
Радиочастотная абляция представляет собой метод нагревания тканей вокруг специального электрода, погруженного в опухолевый очаг, посредством радиочастотной энергии – радиоволн частотой 450–500 кГц. Метод основывается на способности переменного тока высокой частоты индуцировать ионную стимуляцию биологической ткани, что позволяет осуществить ее постепенный фрикционный нагрев до температуры 80–

110°C, вызывая гибель клеток. Таким образом, вокруг электрода формируется зона коагуляционного некроза.

Изначально РЧА применяли в отношении неоперабельных случаев гепатоцеллюлярного рака, преимущественно на фоне цирроза печени. Чуть позже метод стали использовать у пациентов с метастатическим поражением печени, у которых в силу распространенности процесса или тяжести сопутствующих заболеваний невозможно выполнение резекции.

По мере совершенствования оборудования и накопления опыта показания к проведению РЧА все более расширяются. Со временем изменяется мнение хирургов о количестве и размерах очагов, при которых целесообразно выполнять РЧА. Классическая схема «пяти образований до 5 см в диаметре», сформировавшаяся к концу 90-х, на сегодня уже не актуальна. Так, согласно протоколу многоцентрового проспективного рандомизированного исследования по оценке эффективности РЧА + химиотерапии в сравнении с химиотерапией в лечении метастатического колоректального рака печени (CLOCC, 2002), проводимого EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer), критерием включения пациента в исследование являлось наличие не более 10 метастазов до 4 см. Затем появились сообщения и о большем количестве метастатических очагов, коагулированных во время одной процедуры РЧА. Все же большинство исследователей сходятся во мнении, что при планировании РЧА объем опухолевого поражения не должен превышать 50% объема печени. Факторами, ограничивающими применение РЧА, остаются сопутствующий цирроз печени класса С по Child–Pugh, тяжелые некорректируемые нарушения свертывающей системы крови (количество тромбоцитов менее 50 000/м, коэффициент протромбинового времени менее 50%), наличие у пациента искусственного водителя ритма (электрокардиостимулятора).

У нас в клинике, по мере накопления собственного опыта и следования рекомендациям ведущих мировых специалистов в этой области, увеличивается частота выполнения РЧА больным с первичным и метастатическим раком печени. Так в 2010 году выполнено 10 РЧА, в 2011 – 15, в 2012-ом уже 37. Увеличение произошло за счет расширения





группы больных, которым была выполнена радиочастотная абляция. Т.е. мы достигли хороших результатов оперативного лечения пациентов, которые прежде попадали в группу неоперабельных.»

По мнению специалистов, следующим шагом в развитии малоинвазивных технологий в лечении опухолевого поражения печени необходимо считать внедрение в широкую клиническую практику на базе КМСЧ №1 или на базе Краевого онкологического диспансера химиоэмболизацию злокачественных опухолей печени.

Химиоэмболизация представляет собой комбинированный метод лечения злокачественных опухолей (чаще всего рака печени), состоящий из местной химиотерапии и процедуры эмболизации. При химиоэмболизации препараты с противоопухолевым действием вводятся непосредственно в кровеносный сосуд, питающий злокачественное новообразование. Помимо этого, в сосуд, кровоснабжающий опухоль, вводится также синтетическое вещество под названием эмболизирующий материал, которое удерживает химиопрепарат внутри опухоли. Эффективность процедуры химиоэмболизации при злокачественных новообразованиях печени во многом зависит от степени васкуляризации опухоли. Максимальный положительный эффект возможен при гипervasкулярном злокачественном поражении, тогда как при гиповаскулярном типе артериальное окклюзирование может оказаться в значительной мере менее эффективным. Тогда в качестве выбора могут рассматриваться другие виды лечения, к примеру, та же РЧА.

Сегодня можно с уверенностью утверждать, что малоинвазивные вмешательства прочно вошли в арсенал методов, используемых в КМСЧ №1 при лечении хирургических больных. Врачи подчеркивают неоспоримые преимущества современных, малотравматичных видов хирургической помощи:

- минимальная кровопотеря;
- снижение послеоперационных осложнений;
- практически полная атравматичность;
- возможность проводить оперативное вмешательство стационарно с периодом пребывания всего 1—3 дня;
- отсутствие необходимости интенсивной терапии;
- короткий период реабилитации;
- минимум болевых ощущений при восстановлении;
- минимальные шансы приобрести внутрибольничную инфекцию;
- косметический эффект.

Методы малых оперативных доступов существенно расширили показания для проведения операций пациентам, которым были противопоказаны открытые полостные оперативные вмешательства.

Выполнение малоинвазивных вмешательств требует хорошего современного технического оснащения, т.к. качество таких процедур напрямую зависит от уровня применяемого хирургами оборудования, инструментария и расходных материалов. 📌