

ОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Константин Викторович Пучков — доктор медицинских наук, профессор, признан одним из лучших лапароскопических хирургов России.

Занимается лапароскопической хирургией, урологией и гинекологией с 1993 года. Им накоплен опыт более 12000 лапароскопических оперативных вмешательств. Результаты практической деятельности обобщены в более, чем 560 научных публикациях российской и зарубежной печати, 10 монографиях. Профессором создана собственная уникальная технология лапароскопических операций, на которые получены 18 патентов на авторские изобретения в области лапароскопической хирургии. К. В. Пучковым сформирована научно-практическая школа по обучению хирургов со всех уголков России и стран зарубежья, на базе которой ежегодно проводится более 10 обучающих мастер-классов. Под его руководством защищено 19 и подготовлено к защите 6 кандидатских и 4 докторские диссертации

К. В. Пучков сертифицирован по хирургии, урологии, акушерству и гинекологии, онкологии, социальной гигиене и организации здравоохранения.

Во всём мире стабильно растёт число операций, которые приводят к наложению временной или пожизненной стомы. Как правило, это операции по поводу неспецифического язвенного колита, болезни Крона, онкологических заболеваний с локализацией в кишечнике. Есть ли какие-то новые наработки по этим позициям в лапароскопической хирургии?

В этой сфере наиболее часто производящиеся операции — оперативное лечение онкологических заболеваний.

В последнее время у хирургов, занимающихся лапароскопической хирургией проснулся интерес к онкологическим заболеваниям — и это очень хорошая тенденция. Например, если говорить о колоректальном раке, то и в Англии, и в Ирландии и в других развитых странах уже проведены много-



численные рандомизированные исследования по сравнению результатов открытого и лапароскопического оперативного вмешательства по поводу колоректального рака, и стало понятно, что отдалённые результаты лапароскопии ничуть не хуже, а по некоторым параметрам даже лучше, чем при традиционных (открытых) хирургических операциях. И соответственно, сейчас начато активное внедрение этих методик. Например, в скандинавских странах, буквально за два-три года организовали обучение врачей, колоректальных хирургов, лапароскопической хирургии и сейчас уже 50-60% всех пациентов с колоректальным раком оперируют лапароскопическим способом. В Америке дела обстоят немножко хуже (там лапароскопические операции составляют около 25-30% от всех операций по поводу колоректального рака), но и там эта методика развивается, поскольку и страховые компании



требуют, и сами пациенты настаивают на этом методе, как на более безопасном и обеспечивающим более быстрое восстановление.

В нашей стране дела обстоят несколько иначе. У нас колоректальная хирургия находится как бы немного в стороне, обособленно, поэтому и онкологам, занимающимся колоректальным раком, и колоректальным хирургам, производящим операции по поводу онкологических заболеваний, очень сложно обучаться этой методике. Сами по себе эти операции очень сложные и начинать лапароскопически оперировать с них не всегда удобно, и не всегда хорошо получается. И хирург, который начинает практиковать лапароскопию сразу с колоректального рака, испытывает большие сложности и трудности, на первой, на второй, на третьей операции — и в дальнейшем теряет интерес к этому методу. Показателен в этом вопросе пример НИИ Колопроктологии, они занимаются лапароскопической хирургией приблизительно с 98–99 года, то есть у них накоплен большой опыт именно в этой специальности. Так вот, в первых ста операциях процент конверсии (переход от лапароскопической операции к открытой) составлял у них порядка 50–60%. Что с точки зрения заботы о безопасности пациента было безусловно оправдано. Повторю ещё раз: операция по поводу колоректального рака — это всегда сложная операция, сопряжённая с риском, — независимо от того, каким методом она производится.

Вы сказали, что в США, например, пациент может настаивать на проведении лапароскопической операции, как менее инвазивной. Есть ли возможность такого выбора у больных в России?

В настоящее время получается так, что лапароскопическими операциями по поводу колоректального рака занимается ряд хирургов — продвинутых лапароскопистов, у кого колоректальная хирургия не была первичной специальностью. То есть они не колоректальные хирурги, это общие хирурги, в основном на уровне профессорского состава, это заведующие кафедрами, главные хирурги учреждений или ведомственных подразделений, которые обладают большим опытом как общей и колоректальной открытой хирургии, так и лапароскопической хирургии. То есть они много делали операций менее сложных и трудных, поэтому получили большой навык лапароскопической хирургии и потом уже начали заниматься оперированием колоректального рака лапароскопическим методом — и нет проблемы.

Так же и я начинал оперировать лапароскопически ещё в 1993 году, с холецистэктомии, потом были операции на придатках матки, потом мы стали осваивать большие операции типа ампутации и экстирпации, и через пару лет мы стали делать операции на желудке, и только после этого мы стали заниматься колоректальной хирургией, через 5–7 лет практики. Развитие мануальных навыков лапароскописта лучше всего протекает именно начиная с простых операций и при постепенном переходе к более сложным. Тогда и в сложных операциях необходимость перехода к открытой операции мини-



мизируется. Скажем, у меня на колоректальных операциях ни одного перехода на открытую операцию не было. На самом деле нет таких ситуаций, с которыми невозможно справиться лапароскопически. Я привожу этот факт, исключительно как доказательство того, что проблема не в методе, проблема — в обучении хирургов.

И как раз проблема обучения у нас никак не решена. Сейчас мы имеем на всю страну 8–10 колоректальных хирургов, хорошо владеющих методом лапароскопических операций. Это очень мало, непозволительно мало.

Второй сдерживающий фактор, это необходимость лимфоденэктомии при любой онкологической операции. То есть обязательное удаление региональных лимфатических узлов, которое зависит от стадии заболевания, от локализации этой опухоли и других факторов. Между тем, как доказывает наш опыт, лапароскопически можно проводить даже и самые расширенные операции при колоректальном раке, включая аорто-подвздошную, тазовую лимфоденэктомию и тотальную мезоректумэктомию.

А ЧТО ТАКОЕ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ? В ЧЁМ ЕЁ ПРЕИМУЩЕСТВА?

Тотальная мезоректумэктомия — это методика, предложенная английским профессором Биллом Хилдом ещё 20 лет назад, и принятая в качестве стандарта лечения рака прямой кишки в странах Европы, Северной Америки и в Австралии. По этой методике удаляется часть большого органа (в зависимости от локализации опухоли) со всеми окружающими его тканями. Эту методику ещё называют «фулярное удаление» и эту методику приняли и продвигают все лучшие хирурги мира. Фулярное удаление в разы снижает вероятность метастазирования рака и существенно улучшает все важные показатели. Долгое время считалось, что эту операцию невозможно делать лапароскопически. Но сначала во Франции профессор Лерой начал делать тотальную мезоректумэктомию лапароскопически, три года назад мы занялись этой темой, и сейчас можно с уверенностью сказать, да, это обширная и сложная операция и эту операцию можно успешно проводить лапароскопически, если у хирурга есть соответствующие навыки, если он хорошо обучен, если он имеет достаточную практику.





В СОЗНАНИИ ЛЮДЕЙ, ДАЛЁКИХ ОТ МЕДИЦИНЫ, ДОВОЛЬНО ПРОЧНО ЗАКРЕПИЛОСЬ СТЕРЕОТИПНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ ДЕЛАЮТ КАКИЕ-ТО СОВСЕМ ПРОСТЫЕ ОПЕРАЦИИ. ВЫ ГОВОРИТЕ ОБ ОПЕРАЦИЯХ ОБШИРНЫХ. КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ЭТОТ МЕТОД ДАЁТ БОЛЬНОМУ?

Даже при обширных сложных операциях, с удалением органа или части органа, мы имеем минимальную травму — в максимуме четыре-пять проколов и небольшой разрез, через который, собственно и удаляется опухоль с лимфатическими узлами и прилежащими тканями. Нет никакого болевого синдрома, перистальтика заводится рано, восстанавливается нормальное пи-

тание, на следующий день после операции пациент уже может вставать, ходить, двигаться, что сводит к минимуму нежелательные послеоперационные осложнения со стороны сердца, лёгких, тромбозов ног и так далее — то есть, все органы и системы начинают хорошо и нормально работать. И период восстановления радикально отличается от периода восстановления после открытой операции. При этом нужно понимать, что говоря о послеоперационном периоде мы имеем в виду ближайшие месяц-два-три, в более отдалённой перспективе больших отличий в качестве жизни нет. Но безусловное преимущество лапароскопического метода — это уменьшение спаечной болезни, уменьшение послеоперационных осложнений, косметический эффект определённый, — среди пациентов много женщин и для них важно будет ли большой разрез или несколько маленьких шрамов.

Подводя небольшой промежуточный итог: огромным количеством рандомизированных исследований доказано, что лапароскопический доступ с точки зрения онкологии позволяет выполнить абсолютно такой же радикальный объём операций, как и открытый. Разумеется, для каждого метода существуют свои показания и противопоказания. Если мы имеем дело с большими опухолями с прорастанием в окружающие ткани, когда нужно сделать обширные комбинированные резекции, то неразумно и нелогично делать операцию лапароскопическим способом. Когда есть очень тучный пациент, или рак расположен очень низко, или жуткие невозможные спайки в животе после ранее перенесённых операций, или, скажем, у пациента есть заболевания сердца или лёгких в серьёзной стадии, с декомпенсацией — в таких ситуациях лучше от лапароскопии отходить и делать обычные открытые операции.

В КАКОМ НАПРАВЛЕНИИ СЕЙЧАС РАЗВИВАЕТСЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ, КАКИЕ У НЕЁ ПЕРСПЕКТИВЫ?

Лапароскопическая хирургия успешно развивается и уверенно заняла свою нишу. Следующий этап — развитие однопортовой хирургии — когда операция осуществляется через один проколчик в области пупка или в другой области. Вставляется специальное устройство, через которое вводятся несколько инструментов, и через этот один порт осуществляется оперативное вмешательство. Пока по поводу рака не очень удобно делать операцию через один порт. Это связано с тем, что при онкологических операциях необходима лимфоденэктомия, а один порт пока не позволяет делать неизбежные очень мелкие деликатные манипуляции.

НО ЕСЛИ ОДИН ПОРТ ОГРАНИЧИВАЕТ ВОЗМОЖНОСТИ — ИМЕЕТ ЛИ СМЫСЛ СТРЕМИТЬСЯ К ЭТОЙ МЕТОДИКЕ? МОЖЕТ БЫТЬ ЭТО ТОТ СЛУЧАЙ, КОГДА ЛУЧШЕЕ — ВРАГ ХОРОШЕГО?

Но это же ещё менее инвазивное вмешательство! То есть у пациента вообще боли никакой нет! Вы представляете, пациент после операции на следующий день уже идёт домой. Или в тот же день. Это же потрясающе отличает



однопортовую хирургию от уже привычной лапароскопической хирургии. Представьте себе ситуацию — не такую уж и редкую кстати, когда у пациента имеется сразу несколько проблем: нужно удалить желчный пузырь, кисту у почки и есть проблемы в матке. При традиционной лапароскопии нам придётся сделать пять или шесть проколов, а новая методика позволяет нам сделать все эти небольшие операции через один прокол, с минимальным травмированием брюшной стенки и практически безболезненно.

Я сейчас этим занимаюсь и мы уже делаем через один порт и гинекологию, и хирургию, и, в том числе, колоректальную хирургию. Стоит немножко похвалиться, что 19 февраля этого года (это мой день рождения) мы сделали впервые в нашей стране и третьими в мире через один прокол операцию 32-х летнему молодому человеку с неспецифическим язвенным колитом. Это была тотальная колопроктэктомия. Три часа шла операция, пациент выписался, всё хорошо. Наложили временную илеостому — в том же месте, где и был этот один порт, через который и была сделана вся операция. То есть на брюшной стенке нет ни одного разреза, не будет ни одного шрама, кроме того, который образуется после закрытия стомы. А ведь сделана была колоссальная операция — вся прямая кишка удалена. Это, пожалуй, самая яркая иллюстрация всех преимуществ этого метода. Эти вещи обязательно нужно развивать, нужно осваивать и внедрять.

Продолжая наш разговор, хочу вернуться к узкой теме стомированных пациентов. Вот этот один порт позволяет изящно, интеллигентно решать супер-вопросы и проблемы — это восстановление непрерывности кишечника после операции Гартмана.

Как эта операция делалась раньше, старыми методами. По старому рубцу производится разрез, высекается стома, потом делается три-четыре прокола для лапароскопических инструментов — операция тяжёлая для пациента, брюшная стенка травмируется многократно.

Через единый порт операция делается следующим образом: отсекаются все старые края, мобилизуется кишка, в отверстие, где была стома вставляется единый порт и через него производятся все манипуляции: рассекаются спайки, обнаруживается оставленный участок прямой кишки, накладывается анастомоз — всё, операция закончена. И единственный разрез — на месте стомы. Всё. Гениально, просто — логичная и умная операция. Для этой категории больных один порт — идеальная методика. Такие вещи нужно обязательно продвигать, их нужно показывать врачам, обучать врачей. Потому что этих больных огромное количество после операции Гартмана, которые уже, слава Богу, пережили опасный период рецидива основного заболевания, и которым показано восстановление ЖКТ. Нужно, чтобы стомированные больные и врачи, которые ими занимаются в стом-кабинетах, знали об этих методах, знали что такая операция возможна. И, собственно, задача вашего журнала — эту информацию до них донести.

БЕСЕДОВАЛА ЖАННА КАРЛОВА 