

РАБОТЫ И УЧЕНЫЕ, УДОСТОЕННЫЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

© А.Г. КОТЕЛЬНИКОВ, 2013

УДК 616.36/.37-006-089:92Патютко

**ЮРИЙ ИВАНОВИЧ ПАТЮТКО В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИИ
ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***А.Г. Котельников*

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» (директор – академик РАН и РАМН М.И. Давыдов) РАМН, Москва

Вряд ли кого-либо необходимо убеждать в роли личности, которая освещает тернистый путь познания, сложное превращает в простое и обыденное, недоступное делает доступным для многих. Так, в России в конце XX века Юрий Иванович Патютко стал именно тем человеком, благодаря которому весь до того накопленный многотрудный опыт хирургического лечения больных с опухолями печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны, преломившись особым образом, предстал в виде определенных форм и конкретных хирургических приемов, а самое главное – оказался воспроизводимым десятками хирургов, решивших посвятить себя этому направлению в хирургии.

Говоря о хирургическом лечении больных раком печени, желчных протоков и поджелудочной железы, необходимо отметить, что в 60–80-х гг. XX в. радикальные операции у таких больных выполнялись крайне редко отдельными хирургами, главным образом в столичных научно-исследовательских институтах. Хирургия злокачественных опухолей печени в основном ограничивалась атипичной краевой резекцией органа. Среди оперированных в этот период крайне мало больных первичным раком печени и еще меньше больных с метастазами в печени. Абсолютное большинство оперированных – это больные эхинококкозом, а также пациенты с гемангиомами и кистами печени. Операции сопровождалась значительной кровопотерей и послеоперационной летальностью.

Немаловажным в развитии хирургии очаговой патологии печени в то время следует считать позицию хирургов Всесоюзного онкологического научного центра и Института хирургии АМН СССР: отказаться от попыток серийного воспроизводства азиатского опыта резекций печени, пропагандируемого вьетнамским профессором Тунгом и основанного на дигитоклазии паренхимы печени. Такая позиция ведущих институтов в



стране была справедливо мотивирована высоким травматизмом, сомнительной анатомичностью методики и значительной кровопотерей во время операции, особенно при крупных образованиях, расположенных вблизи срединной портальной фиссуры печени.

За период с 1970 по 1989 г. во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР было выполнено всего 24 резекции печени, включая 9 гемигепатэктомий. Послеоперационная летальность в этой группе, несмотря на преобладание экономных резекций, составила 16,6 %. Интраоперационная кровопотеря иногда достигала 11–13 л. Более обширный, чем во Всесоюзном онкологическом научном центре, опыт хирургии очаговой патологии печени к началу 1990-х гг. был накоплен в Институте хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР и связан с именем Владимира Александровича Вишневского, который в своей докторской диссертации в 1990 г. проанализировал результаты 100 резекций печени, среди которых половина –

гемигепатэктомии. Первая успешная гемигепатэктомия в Институте хирургии выполнена именно В.А. Вишневым совместно с академиком М.И. Кузиным в 1980 г. по поводу эхинококкоза печени.

Характеризуя рассматриваемый период, нельзя не сказать о видном отечественном хирурге Валентине Андреевиче Журавлеве, трудившемся в то время в кировском Институте переливания крови МЗ СССР, который уже к началу 1980-х гг. располагал опытом резекционной хирургии печени у 150 больных. Несмотря на то, что доля больных первичным и метастатическим раком печени среди его наблюдений составила всего 20 %, большая часть операций — это обширные резекции печени, выполненные воротным способом, что в то время, несомненно, являлось новаторским подходом в хирургии очагов печени.

Следует отметить: развитие резекционной хирургии печени в России в значительной степени обязано фундаментальным работам в области хирургической анатомии этого органа, выполненным русским хирургом В.С. Шапкиным, который вслед за французским хирургом С. Couinaud на основе обширного анатомического материала обосновал сегментарное строение печени и анатомический принцип резекций печени.

До конца 1980-х гг. хирургия рака головки поджелудочной железы и периапулярной зоны в основном сводилась к формированию обходных билиодигестивных анастомозов. Рентгенохирургические желчеотводящие вмешательства вошли в клиническую практику только в начале 1990-х гг. Гастропанкреатодуоденальная резекция и панкреатэктомия выполнялись крайне редко у больных без холестаза или после предварительного хирургического формирования билиодигестивных анастомозов и сопровождались огромной летальностью, достигающей 40–50 %.

Опыт гастропанкреатодуоденальных резекций во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР к концу 1980-х гг. включал 55 операций. Несмотря на большее количество гастропанкреатодуоденальных резекций и панкреатэктомий к этому времени в Институте хирургии им. А.В. Вишневого АМН СССР — 118 операций, результаты вмешательств везде были неудовлетворительными. В структуре причин летальных исходов преобладали: панкреонекроз, несостоятельность панкреато-еюноанастомоза, аррозивное кровотечение. Попытки пломбировать главный панкреатический проток, не формировать панкреатодигестивное соустье, формировать панкреатико-еюноанастомоз на наружной панкреатико-еюноанастомозе или продольный панкреатико-еюноанастомоз, чтобы избежать несостоятельность данного анастомоза, не привели к снижению частоты фатальных осложнений.

Практически отсутствовала хирургия рака проксимального отдела внепеченочных желчных про-

токов. Крайне редкие паллиативные вмешательства, ограниченные только резекцией внепеченочных протоков с резекцией прилежащих сегментов печени в неадекватном объеме или вообще без резекции печени, выполняемые у большинства без предварительной гепатохоластики, сопровождались высокой кровопотерей и тяжелейшим послеоперационным течением.

В Советском Союзе в конце 1980-х гг. в хирургическом лечении по поводу первичного и метастатического рака печени, рака внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, органов периапулярной зоны, включая двенадцатиперстную кишку, с учетом заболеваемости и резектабельности, ежегодно нуждались свыше 30 тыс. человек. Уровень реально оказываемой хирургической помощи таким больным был для огромной страны не-позволительно низким.

Очевидно, что неудовлетворительная переносимость больными операций по поводу рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны исключала возможность разработки онкологически адекватных и одновременно функционально приемлемых операций, тем более комбинирование указанных операций с нехирургическими методами противоопухолевого лечения. Не решив проблему непосредственных результатов хирургического лечения, невозможно приступить к решению задач, связанных с увеличением продолжительности безрецидивной выживаемости и качеством жизни больных.

Знаковым событием, оказавшим колоссальное влияние на развитие хирургии рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны во всей стране, явилось создание в 1990 г. во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР специализированного отделения опухолей печени и поджелудочной железы, которое возглавил доктор медицинских наук Юрий Иванович Патютко. Выбор руководителя был обусловлен, прежде всего, его профессиональной биографией, существенным вкладом в развитие хирургии рака толстой кишки, желудка и забрюшинных внеорганных опухолей. В его деятельности всегда доминировало сочетание онкологического радикализма с минимальным функциональным ущербом и поиск путей комбинирования операции с нехирургическими методами противоопухолевого воздействия. Предложенная им модификация концевопетлевого арелюксного пищевода-тощекишечного соустья свела к минимуму вероятность несостоятельности анастомоза. К 1990 г. у Юрия Ивановича личный опыт удаления забрюшинных внеорганных опухолей превышал 100 операций. Большая часть из них — это комбинированные мультидисциплинарные вмешательства, включающие помимо удаления забрюшинной опухоли резекцию или удаление смежных структур и органов.

Огромный опыт предшествующей деятельности Ю.И. Патютко в клинической онкологии отражен в трех монографиях: «Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки» (под редакцией Н.Н. Блохина, 1981 г.), «Опухоли желудка» (с соавторами, 1988 г.), «Рак резецированного желудка» (с соавторами, 1989 г.).

В хирургии опухолей печени Юрием Ивановичем был взят курс на исключительно воротный способ резекций печени с адекватной воротной лимфодиссекцией и изолированной обработкой афферентных сосудов удаляемой части органа. Данный подход наилучшим образом соответствует принципу онкологического радикализма, поскольку: 1) сопровождается удалением фасциально-клетчаточных футляров с их содержимым (рыхлая и волокнистая соединительная ткань, лимфатические узлы и сосуды, нервные ганглии и нервные волокна) чревного ствола, печеночных артерий, воротной вены и ее ветвей, внепеченочных желчных протоков, а также пакета задних панкреатодуоденальных лимфатических узлов; 2) позволяет удалить часть печени (сегмент, сектор, доля), в которой разветвляется соответствующая сосудисто-секреторная ножка, наиболее близко расположенная к опухоли, то есть часть печени с внутripеченочными отсевами. Последнее особенно актуально при опухолях воротной локализации, когда предпочтение отдается гемигепатэктомии даже при небольших размерах опухоли. Воротный способ анатомической резекции печени обеспечивает наилучшие функциональные результаты и лучшую переносимость больным операции, поскольку, во-первых, обеспечивается профилактика массивного интраоперационного кровотечения, во-вторых – сводится к минимуму риск оставления некровоснабжаемых или недренируемых участков паренхимы органа.

Поражает ежегодное увеличение количества резекций печени, выполняемых по поводу опухолей печени: за первые три года работы отделения выполнено больше 100 резекций печени. К концу 1990-х гг. произведено уже около 1000 резекций, из которых более половины – обширные резекции печени. В настоящее время клиника, возглавляемая Ю.И. Патютко, располагает самым большим на постсоветском пространстве опытом хирургии опухолей печени – около 2000 резекций. Большая часть операций – по поводу метастазов колоректального рака. Без всякого преувеличения можно констатировать: наибольшее число оперированных в России больных первичным и метастатическим раком печени прооперированы в отделении опухолей печени и поджелудочной железы Российского онкологического научного центра, которым заведует Юрий Иванович Патютко.

В 2001 г. группе отечественных ученых во главе с Юрием Ивановичем Патютко была присуждена

премия Правительства Российской Федерации за разработку комбинированного подхода в лечении больных раком проксимального отдела внепеченочных желчных протоков, так называемой опухоли Клатскина. Суть подхода: билиарная декомпрессия методом чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков, у ряда больных – раздельное дренирование протоков обеих долей печени, далее – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с удалением I сегмента или реже – левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков, внутрипротоковая радиотерапия до резекции или после резекции печени и протоков, если в крае резекции протоков обнаруживаются опухолевые элементы. Для предоперационной гипертрофии части печени, остающейся после гемигепатэктомии, у ряда больных к тому же изначально скомпрометированной механической желтухой, за 3 нед до обширной резекции печени производится эмболизация ветви воротной вены на стороне удаления половины органа.

В хирургии рака головки поджелудочной железы и органов периампиллярной зоны самым существенным являлось формирование анастомоза между поджелудочной железой и желудочно-кишечным трактом, который удовлетворял бы требованиям, во-первых, надежности и, во-вторых, функциональности. Ушивание культи поджелудочной железы с предварительной пломбировкой или без пломбировки главного панкреатического протока, превентивная панкреатэктомия как методы предотвращения осложнений со стороны поджелудочной железы и панкреатодигестивного соустья Юрием Ивановичем были отвергнуты по причине высокой частоты панкреонекроза и афункциональности. Также была отвергнута идея временного наружного дренирования панкреатического протока после удаления гастропанкреатодуоденального комплекса, независимо от диаметра вирсунгова протока, так как данный метод нефизиологичен, ухудшает качество жизни больного на неопределенно долгий срок и вообще противоречит принципу одноэтапности хирургического лечения онкологических больных. Огромное количество вариантов реконструкции пищеварительного тракта во время гастропанкреатодуоденальной резекции были сведены Юрием Ивановичем к формированию панкреатикодигестивного соустья с изолированным вшиванием главного панкреатического протока, если последний визуализируется без увеличительной оптики, на основе соблюдения основных принципов прецизионности с использованием минимально достаточного количества отдельных швов. В результате уже к середине 1990-х гг. – существенное снижение уровня послеоперационных осложнений и летальности. Исчезли основные, в прошлом фатальные осложнения: панкрео-

некроз, аррозивное кровотечение. Частота несостоятельности панкреатикоюноанастомоза или панкреатикогастроанастомоза снизилась с 34–40 % до 5–9 %. Почти все редкие случаи несостоятельности панкреатикодигестивных соустьев не требуют релапаротомии и разобщения анастомозов.

Внедренный в повседневную практику отделения основополагающий принцип хирургии рака поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков – полная ответственность хирурга – исполнителя операции за осложнения послеоперационного периода, несмотря на, казалось бы, извиняющие хирурга обстоятельства в виде полноценной в морфофункциональном отношении паренхимы железы, узкого главного панкреатического протока и воспаления в зоне операции, позволил Юрию Ивановичу осуществить коренной перелом в борьбе за улучшение непосредственных результатов гастропанкреатодуоденальной резекции.

За первые три года работы отделения опухолей печени и поджелудочной железы было выполнено свыше 50 гастропанкреатодуоденальных резекций, к концу 1990-х гг. – около 200 операций. Сейчас этот опыт составляет уже более 800 операций. Как и при опухолях печени, в современной России подавляющему большинству оперированных больных с опухолями поджелудочной железы, желчных протоков операции были выполнены в отделении опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Таким образом, проблема непосредственных результатов хирургии рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны была решена в РОНЦ в начале 1990-х гг. Дальнейшая стратегия лечения больных этого профиля была определена профессором Ю.И. Патютко следующим образом и развивалась по двум направлениям. Первое – совершенствование хирургического метода как главного пути в снижении частоты локорегионарного рецидива заболевания, второе – разработка и применение комбинированного метода лечения, направленного, прежде всего, на предотвращение ранней генерализации рака после хирургического удаления опухоли. Первое направление успешно развивается благодаря внедрению Юрием Ивановичем в повседневную практику руководимой им клиники адекватного объема лимфодиссекции. Как было показано выше, скелетизация магистральных сосудов в воротах печени полностью удовлетворяет требованиям радикализма, функциональности и не препятствует комбинированному лечению больных, то есть проведению послеоперационной химиотерапии. Но объем лимфодиссекции при выполнении гастропанкреатодуоденальной резекции, особенно включающей резекцию магистральных сосудов в области опухоли, лимитируется неудовлетворительными функциональными результатами, поскольку неизбежна при

расширенной операции нейродиссекция слева от верхней брыжеечной артерии приводит к денервации тонкой и толстой кишки и развитию стойкой секреторной диареи. Последняя, в свою очередь, не позволяет реализовать комбинированный подход в лечении больных раком поджелудочной железы и органов периапулярной зоны. В этой связи Юрием Ивановичем Патютко разработана и внедрена гастропанкреатодуоденальная резекция, предусматривающая такой объем лимфо- и нейродиссекции, который существенно уменьшает вероятность локорегионарного рецидива и одновременно предотвращает секреторную диарею, что, в свою очередь, позволяет проводить послеоперационную многокурсовую химиотерапию.

В настоящее время в руководимой Юрием Ивановичем клинике ежегодно производится около 200 резекций печени и 70 гастропанкреатодуоденальных резекций и панкреатэктомий по поводу опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Самый большой в России опыт хирургического и комбинированного лечения больных первичным и метастатическим раком печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны отражен в его монографии «Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени» (2005 г.), вышедшей тиражом 2000 экземпляров, в руководстве для врачей «Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны» (2007 г.), также имеющем тираж 2000 экземпляров.

В настоящее время, когда возможности хирургии рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны фактически достигли своего предела, решена проблема переносимости большими операциями, резко сократилась частота местных рецидивов опухоли, улучшились показатели отдаленной выживаемости, претерпела изменение лечебная концепция. Стратегическое научное направление деятельности клиники Ю.И. Патютко сейчас – изучение молекулярно-генетического «портрета» опухоли для комбинированного лечения больных с периперационной лекарственной терапией, опирающейся на таргетные противоопухолевые препараты.

Практическое направление деятельности Юрия Ивановича Патютко и руководимой им клиники – тиражирование опыта клиники по всей стране. Для этого осуществляется подготовка кадров в областных и краевых онкологических диспансерах, обучение врачей в стенах РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в форме «на рабочем месте». В областных онкологических диспансерах и многопрофильных хирургических стационарах открываются профильные отделения хирургии опухолей печени и поджелудочной железы. Осуществляются выездные сессии сотрудников отделения опухолей печени и поджелудочной железы, учеников Юрия Ивановича,

в онкологические хирургические стационары России для проведения серий хирургических операций на печени, желчных протоках и поджелудочной железе. Результаты деятельности возглавляемой Юрием Ивановичем клиники регулярно, не менее двух раз в год, докладываются на общероссийских форумах. Наиболее представительные и авторитетные из них: ежегодный Международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ, ежегодная конференция хирургов-гастроэнтерологов России.

Только таким путем представляется возможным сократить сохраняющуюся дистанцию между современными возможностями лечения больных опухолями печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны и огромным числом нуждающихся в этой помощи жителей России.

Редколлегия журнала «Анналы хирургии» поздравляет Юрия Ивановича, ставшего лауреатом премии лучшим врачам России «Призвание—2013» в номинации «Специальная премия Первого канала».