

Сам по себе клинический случай, с которым недавно столкнулись специалисты Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России, относится к категории эксклюзивных. В то же время его можно назвать показательным. Парадоксально? Нет. Речь идёт о том, как в сложнейшей ситуации с редкой патологией врачи разных медицинских учреждений страны действовали в интересах больного, приняв единственно верное решение – направить пациента из региона в столичную клинику.

Мужчина 36 лет, житель Ростова-на-Дону, поступил в Институт хирургии им. А.В.Вишневского с диагнозом «адренокортикальный рак левого надпочечника». Заболевание нечастое – несколько случаев на миллион человек. Но ещё более редко при данной патологии встречается интралюминальная опухолевая инвазия, когда новообразование достигает больших размеров, после чего опухолевые массы распространяются по просвету магистральных вен в виде опухолевого тромба.

Опухоль не прорастает в кровеносные сосуды, а свободно находится внутри них по типу флотирующего «волчьего хвоста», постепенно увеличиваясь в размерах. В данном случае она распространилась в просвет левой почечной вены, а затем нижней полой вены, вплотную подобралась к предсердию. Это создало серьёзные проблемы в системе кровообращения: возник массивный сосудистый тромбоз от почечных вен до вен нижних конечностей, из-под опухолевого тромба оторвалось несколько сосудистых тромбов, и произошла тромбоэмболия лёгочной артерии.

Коварство данной разновидности рака в том, что заболевание развивается

Особый случай

От почки до сердца

Двенадцать часов понадобилось хирургам, чтобы извлечь огромный тромб

и протекает в течение нескольких лет абсолютно бессимптомно. Именно тромбоэмболия лёгочной артерии стала первым симптомом опухолевого заболевания у данного пациента. По месту жительства мужчина получил своевременную медицинскую помощь по поводу тромбоэмболии, и уже затем, во время обследования, у него была обнаружена опухоль надпочечника с огромным «внутрисосудистым хвостом». Ростовские врачи, верно оценив тяжесть клинической ситуации и собственный опыт выполнения подобных операций, направили больного в Институт хирургии им. А.В.Вишневского.

– В нашем институте ежегодно проводится несколько десятков операций по поводу удаления внутрисосудистых опухолевых тромбов больших размеров, мы накопили большой успешный опыт таких хирургических вмешательств, но даже для нас это оказался один из самых тяжёлых в практике случаев. Общая длина тромба была около 30 см. К тому же весь нижележащий отдел нижней полой вены до бедренных вен был заполнен сосудистыми тромбами. Помимо удаления опухолевого тромба важной задачей для нас было сохранить левую почку, для чего пришлось выполнить удаление всей левой почечной вены с опухолью и наложить микрососудистый венозный анастомоз культи почечной вены с восходящей поясничной веной, – поясняет онкохирург, старший научный сотрудник отделения урологии института, кандидат

медицинских наук Александр Грицкевич.

Двадцать лет назад каждый десятый пациент с такой формой рака погибал на операционном столе. Причины неудач было две. Первая – фрагментация тромба и тромбоэмболия лёгочной артерии. Вторая – массивное кровотечение из-за ненадлежащей сосудистой изоляции.

– Потребовалось много сил и времени, чтобы отработать правильный «сценарный план» таких операций, объединив технологии онко-, гепато-, кардио-, сосудистой хирургии, трансплантологии, трансфузиологии. Техническая оснащённость операционных даёт нам возможность в любой момент подключить аппарат искусственного кровообращения, чтобы предотвратить гибель пациента от кровотечения. А многопрофильность института обеспечивает возможность экстренно привлечь всех необходимых специалистов. Так, например, в этот раз в операционной поочерёдно работали 6 хирургов разных профилей. Операция длилась непрерывно 12 часов, – продолжает А.Грицкевич.

Перед хирургами стояла задача полностью извлечь тромб на всём протяжении сосудов, которые он занял. У каждого специалиста – свой участок работы. Этап по извлечению опухолевого тромба из предсердия выполняют кардиохирурги, сосудистую изоляцию печени и удаление опухоли из нижней полой вены – гепатохирурги. Как подчёркивают специалисты

института хирургии, эти вмешательства не укладываются ни в какие шаблоны. Подготовительный этап – во время него с помощью специальных зажимов проводится сосудистая изоляция тех органов, которые могут внести вклад в большую кровопотерю, а также профилактика тромбоэмболии – занимает практически всё время операции, тогда как собственно резекционный этап по извлечению тромба длится максимум 10-15 минут. Чтобы минимизировать время сосудистого ареста, хирурги должны успеть в течение этих нескольких минут рассечь вену, выполнить экстракцию тромба, полностью удалить интралюминальные опухолевые массы, восстановить целостность вены и «запустить» кровоток.

Поскольку адренокортикальный рак надпочечника не метастатический, а местно-распространённый, хирургическое вмешательство даёт шанс на полное излечение больного и восстановление его трудоспособности. Причём операция является не просто необходимой – единственно возможной тактикой лечения.

– В ситуациях максимально высокого риска, как с данным пациентом, важно принять правильное решение не только о целесообразности самой операции, но и о том, где оперировать больного – по месту жительства или в федеральном учреждении. Мы готовы, используя телемедицинские технологии, помогать коллегам: посмотреть снимки, обсудить клиническую картину и выработать рекомендации, какой именно вариант лечения

предпочтителен в каждом конкретном случае, – говорит заместитель директора института хирургии доктор медицинских наук Алексей Чжао.

В свою очередь, директор Института хирургии им. А.В.Вишневского, главный хирург Минздрава России, академик РАН Амиран Ревишвили настаивает: «Лечение больных с обширными тромбозами – одна из самых сложных задач. Желательно, чтобы при массивных эмболиях лёгочной артерии удаление тромба происходило в условиях искусственного кровообращения, что позволяет хирургам полностью подстраховаться от возможных осложнений и радикально удалить все тромбы из сосудов. Данная задача может быть успешно решена только в крупных специализированных либо многопрофильных лечебных учреждениях. В то же время хочу подчеркнуть: в ситуациях с тромбозами, в частности с тромбоэмболией лёгочной артерии, всё необходимо делать в первые часы, включая тромболитическую терапию и тромбоэкстракцию – таково главное условие хорошего результата, однако по объективным причинам это не всегда возможно. Поэтому я снова и снова подчёркиваю важность регулярной, системной диспансеризации населения, чтобы не пропускать онкологические заболевания на ранних стадиях, а также вовремя проводить оценку венозного русла нижних конечностей для выявления риска тромбоза».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

В научно-образовательной конференции «Школа коморбидного пациента» в Москве приняли участие более 60 врачей – кардиологов, иммунологов, терапевтов, геронтологов. Они обсудили вопросы антикоагулянтной терапии и риски развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных, имеющих одновременно ряд хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, то есть – коморбидных.

Учёные и врачи размышляли, как объединить различные факторы и получить общую картину заболевания каждого пациента; как вовремя выявить риски у коморбидного больного, принять профилактические меры по предотвращению тромбоэмболий и рационально назначить антикоагулянтную терапию.

Они подчёркивали: существует ряд правил формулировки клинического диагноза комор-

С единым подходом

Такой непростой коморбидный пациент...

бидному больному, которые следует соблюдать практикующему врачу. Ключевым является выделение в структуре диагноза основного и фоновых заболеваний, а также их осложнений и сопутствующей патологии.

С докладами на мероприятии выступили такие известные специалисты, как ведущий научный сотрудник отдела изучения проблем старения и профилактики возраст-ассоциированных заболеваний Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России кандидат медицинских наук Дарига Акашева, профессор кафедры факультетской терапии № 1 Первого Москов-

ского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктор медицинских наук Дмитрий Напалков, член Московского отделения Межрегионального общества специалистов доказательной медицины, Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Национального общества по изучению атеросклероза (НОА) и European Society of Cardiology (ESC) Антон Родионов и аллерголог-иммунолог, вакцинолог лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова РАН Дмитрий Пахомов.

В 1970 г. Альван Фейнштейн предложил понятие «комор-

бидность» (лат. со – «вместе» и morbus – «болезнь»). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно помимо текущего заболевания и всегда отличается от него. Явление коморбидности профессор продемонстрировал на примере соматических больных с острой ревматической лихорадкой, обнаружив худший прогноз для пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями.

После открытия коморбидности она была выделена в качестве отдельного научного исследовательского направления.

Однако зачастую врачи профилируют, диагностируют и лечат возникшее у пациента заболевание изолированно, уделяя недостаточно внимания перенесённым этим человеком болезням и его сопутствующей патологии.

Собравшиеся отметили: было бы правильнее рассматривать текущее заболевание и искать подходы к нему в совокупности с анализом перенесённых болезней, факторов риска и предикторов, имеющих у больного, а также с расчётом вероятности потенциально возможных осложнений.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.