

Операция, которую провели специалисты отделения урологии Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. А.В.Вишневого пациентке со злокачественной опухолью почки, имеет шансы войти в историю мировой медицины. «Вишневецы» установили сразу несколько рекордов, превысив стандарты современной хирургии.

Во-первых, они выполнили сверхбольшую резекцию почки: 3,5 из 5 её сегментов были поражены опухолью. Необходимо было резецировать в пределах здоровых тканей почки огромное новообразование так, чтобы оставшийся фрагмент почки оказался жизнеспособным. Не каждый онкоуролог готов взяться за такую работу, тем более что результат заведомо непредсказуем.

Во-вторых, из 8 часов, в течение которых шла операция, 3,5 часа почка находилась вне организма пациентки. Выполнять такие операции в пределах организма крайне сложно из-за того, что необходимо «отключить» орган от кровоснабжения, а длительная ишемия приводит к необратимым последствиям. Чтобы этого избежать, в НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого практикуется методика экстракорпоральной резекции в условиях фармакоологической ишемии, когда почка извлекается из организма, помещается в ледяную крошку и проливается консервирующим препаратом. В такой среде орган охлаждается до температуры 14°C и не страдает от кислородного голодания. До этого наибольшее время ишемии, использованное в клинике при больших вмешательствах, не превышало 2,5 часа. В этот раз длительность ишемии превысила 3 часа. Подобные случаи ранее не были описаны в мировой научной литературе.

А теперь самое главное: почему рутинная, казалось бы, операция при раке почки превратилась в очередной врачебный подвиг? Подробности – в комментарии руководителя отделения урологии НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого, доктора медицинских наук, профессора Александра Телова:

– К нам в отделение поступила 60-летняя пациентка с запущенной формой кистозного рака единственной почки. В истории болезни этой женщины, как в зеркале, отразились две нерешённые серьёзные проблемы российской онкоурологии.

Прежде всего не все хирурги взвешенно подходят к решению вопроса об удалении почки. Центр им. А.В.Вишневого имеет один из самых больших в России опыт хирургических вмешательств на единственной почке, и мы регулярно сталкиваемся в своей практике с последствиями ситуаций, когда вместо органосохраняющего оперативного вмешательства наши коллеги проводят нефрэктомии без достаточных на то оснований. Я имею в виду прогноз будущей жи-

Современные технологии

Объём сверхмаленький, а время сверхбольшое

К вопросу о «рекордах» и «подвигах» хирургов



Онкоурологи центра им. А.В.Вишневого пытаются сохранить очередную почку

ни пациента. А если у больного, как в данном случае, будет прогрессировать поликистоз почек, или мочекаменная болезнь, или рак контралатеральной почки, что тогда? Оправданность удаления почки во всех случаях нужно ставить под очень большие сомнения. Именно такой стратегии придерживаются в нашем отделении: мы боремся за каждую почку.

Согласно и национальным, и международным рекомендациям по лечению больных раком почки, нефрэктомия остаётся золотым стандартом, однако органосохранное лечение является уже настоятельной опцией, причём в эндоскопическом исполнении для клиник, которые имеют опыт данных операций. В связи с этим урологическим и хирургическим стационарам необходим реалистичный подход к выбору объёма лечения больных локализованным раком почки. Я говорю о таком выборе, который позволяет оценить риски удаления почки в ближайшем и – самое главное – в отдалённом послеоперационных периодах, вплоть до отказа клиник от разрушительного объёма операции и направления больного в специализированный онкоурологический стационар, где есть опыт органосохраняющего лечения.

Пациентке, о которой идёт речь, несколько лет назад по месту жительства была выполнена нефрэктомия в связи с мочекаменной болезнью, что само по себе нонсенс даже при коралловидном камне лоханки, учитывая современные возможности малоинвазивной

хирургии при мочекаменной болезни и антибиотикотерапии в случае воспалительных осложнений. В итоге теперь, когда у больной был диагностирован рак единственной почки, мы оказались в ситуации трудного выбора: пойти на сложнейшую органосохраняющую операцию, не имея никаких гарантий положительного результата, или просто удалить весь больной орган целиком, и тогда жизнь человека будет поддерживаться гемодиализом?

И здесь хочется упомянуть ещё об одной проблеме, решение которой помогло бы впредь не допускать подобных клинических ситуаций, – это поздняя диагностика злокачественного новообразования. На протяжении нескольких лет женщине не могли поставить правильный диагноз. Причина этого – незнание алгоритма обследования пациента с подозрением на кистозное образование. В таких случаях всегда необходимо включить в план диагностики УЗИ с дуплексным сканированием, КТ с контрастированием, а также МРТ, чтобы исключить осложнённые кисты и кистозный рак.

В случае с данной больной алгоритм обследования выполнен не был, её наблюдали по поводу поликистоза почки до тех пор, пока не начался быстрый рост этих новообразований и практически вся почка не оказалась поражена злокачественной опухолью. В итоге мы получили пациентку с субтотальным поражением органа, а не с ранней формой рака, когда выполнение органосохраняющей

операции не было бы сопряжено с такими сложностями.

Теперь собственно о проведённом хирургическом вмешательстве. Если бы у женщины были обе функционирующие почки, то тактика лечения была совершенно другая. При таком распространении процесса мы начали бы с химиотерапии с учётом поражения лёгких и единичных метастазов в теле поджелудочной железы и уже после этого выполнили бы оперативное вмешательство. Но в ситуации с единственной почкой возможности лекарственной терапии крайне ограничены, потому что на фоне «химии» может развиться острая почечная недостаточность, что потребует редукции дозы терапии или вообще отказа от лекарственного лечения.

Как уже сказано, выбирая между попыткой органосохраняющей операции и нефрэктомией единственной почки, мы предпочли первый вариант. Опыт выполнения подобных вмешательств у нас достаточный: только за последние 5 лет в клинике проведено более 20 операций на единственной почке с низкой частотой (5%) развития рецидива опухоли. В 12 случаях операции выполнены с применением методики экстракорпоральной резекции почки в условиях фармакоологической ишемии, в остальных – интракорпоральной резекции, но также в условиях консервации почки, что не требует применения сосудистого восстановительного этапа. Здесь необходимо отметить, что мы извлекаем почку из организма, не прерывая мочеоттока. Это наша авторская разработка. Преимущество данной техники в том, что при извлечении почки из организма и обратном её погружении система мочеотведения в мочевой пузырь остаётся интактной, впоследствии не требуются восстановительные пластические операции на мочеточнике и мочевом пузыре.

Что касается существенно большей, чем обычно, продолжительности фармакоологической ишемии при экстракорпоральной резекции почки, это не было спонтанным, авантюриным решением, которое ничем не подкреплено. У нас проводится научное исследование по длительной ишемии почки, набрано много материала, в том числе на основе собственного опыта.

В итоге удалось сохранить полностью один сегмент почки и частично резецировать два сегмента. Следующим этапом предстояло сформировать

новую почку, и здесь мы столкнулись с очередной трудностью: здоровых тканей паренхимы оказалось мало, приходилось сшивать проблемные зоны без капсулы почки и использовать специальные гемостатические сетки, чтобы создать эффект полного закрытия. Сосудистый этап блестяще выполнен сосудистыми хирургами без применения сосудистых протезов, с минимальным временем пережатия аорты и, соответственно, с минимальными рисками развития осложнений. Кроме того, важным условием успешной операции является грамотное анестезиологическое и трансфузиологическое ведение пациента в течение длительного периода операции, когда почка не участвует в очищении организма и требуется скрупулёзный подбор доз любого лекарственного препарата, особенно разжижающих кровь.

Не буду скрывать, мы волновались, ведь для нормального уровня очищения и функционирования организма необходимо минимум 20% жизнеспособной функционирующей паренхимы почки, а мы едва дотягивали до этого объёма.

Интраоперационный период, конечно, был весьма сложным. Но ещё сложнее оказался период после операции, когда мы в течение 7 дней с тревогой ждали: запустится ли новая почка или нет.

Теоретически ожидалось, что может развиться ренопривное состояние, когда почка на месте, но она «молчит». Все методы экстракорпоральной детоксикации были наготове, и, когда в послеоперационном периоде развивалась предсказуемая острая почечная недостаточность, мы быстро отреагировали. С нарастающим уровнем шлаков нам удалось справиться с помощью одного сеанса гемодиализа.

На пятые сутки почка начала понемногу давать мочу, сначала 300-400 мл, затем – литр и более. А на восьмые сутки пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, с нормальными лабораторными показателями мочи и крови. Сейчас она восстанавливается после операции и готовится к проведению химиотерапии. Поставленную задачу нам удалось выполнить полностью: сохранённая собственная почка значительно повышает шансы пациентки на хорошие результаты дальнейшего лечения рака, даже на проведение оперативного вмешательства по поводу единичных метастазов в поджелудочной железе.

В то же время мы не перестаём надеяться, что отношение профессионального сообщества к нефрэктомии будет пересмотрено, в том числе при онкологической патологии. Ведь, как показывают и данный случай, и практика других наших коллег, даже в, казалось бы, бесперспективных ситуациях бывает возможно выполнить резекцию и сохранить почку.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Профилактика

В Москве прошла научно-практическая конференция, посвящённая иммуноонкологии и иммунотерапии рака. Учёные говорили о результатах исследования взаимодействия иммунной системы человека и опухолевых клеток, а клиницисты – о результатах иммунотерапии злокачественных новообразований специальными препаратами, нацеленными не на прямое уничтожение раковых клеток, а на «обучение» иммунной системы распознавать клетки опухоли и бороться с ними.

Если не касаться темы лечения, а заглянуть глубже – в раздел предупреждения онкопатологии, – то есть две новости: плохая и хорошая. Плохая заключается в том, что универсальной вакцины для профилактики сразу всех онко-

От лечения – к предупреждению

Прививка против всех видов рака может стать такой же обычной, как против гриппа

логических заболеваний никогда не будет. А хорошая – в том, что в принципе создание профилактических противораковых вакцин возможно, причём разных – против разных видов рака.

Вот как это прокомментировал корреспонденту «МГ» заместитель директора по научной и инновационной работе Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина член-корреспондент РАН Всеволод Матвеев:

– Нельзя категорически говорить, что ожидания и врачей, и общества, связанные с идеей создания некоей единой вакцины

против онкологических заболеваний, наивны и несбыточны. Универсальной вакцины против рака, я думаю, никогда не будет. В то же время будут и уже есть персонализированные вакцины, созданные для конкретного пациента, если мы говорим о вакцинотерапии как профилактике рецидивов злокачественных опухолей после проведённого лечения. А если говорить о первичной вакцинопрофилактике опухолевых заболеваний, такие препараты будут создаваться отдельно для каждого вида рака, и, если это удастся сделать, можно будет в детстве прививать человека против всех видов опухолей.

Строить столь оптимистичные прогнозы учёным позволяет то, что они уже весьма далеко продвинулись в изучении феномена иммунного ответа на появление в организме раковой клетки и возможностей восстановления иммунного контроля над опухолью. По словам профессора Матвеева, всё, что к сегодняшнему дню известно науке, «подтверждает теорию о способности иммунной системы пациента справиться с опухолевым заболеванием». Последние достижения в молекулярной биологии, генетике, понимании механизмов клеточного иммунитета помогли расшифровать сложный механизм

работы иммунных клеток и на основе этого понимания создавать препараты, которые могут избирательно стимулировать контрольные клетки иммунной системы, ответственные именно за противоопухолевый иммунитет. Логично, что, научившись лечить онкологических пациентов, формируя правильный иммунный ответ организма на опухоль, медицинская наука просто обязана сделать следующий шаг – научиться предупреждать заболевание человека раком.

– Мы находимся на пороге новых достижений. Иммуноонкология, по моему мнению, – это самое главное направление развития лечения и профилактики онкологических заболеваний, – говорит заместитель директора центра им. Н.Н.Блохина.

Елена ЮРИНА,
МИА СitO!