

Появление два года назад урологического отделения в Институте хирургии им. А.В.Вишневского подтвердило намерение его директора академика РАН Валерия Кубышкина ещё больше расширить многопрофильность ведущего клинического центра страны. А небольшой период работы нового 20-коечного подразделения продемонстрировал незабываемое стремление крупнейшего учреждения – быть «последней инстанцией» в хирургической отрасли, преодолевать самые сложные и наукоёмкие задачи в отношении наиболее тяжёлого контингента больных.

Сегодня на вопросы обозревателя «МГ» Альберта ХИСАМОВА отвечает руководитель урологического отделения Института хирургии им. А.В.Вишневского профессор Александр ТЕПЛОВ.

– Александр Александрович, насколько нам известно, перед вами – опытным онкоурологом и абдоминальным хирургом-онкологом была поставлена задача вывести новое для института направление на очень высокий уровень...

– Это значит соответствовать уровню, которого достиг институт за свою более чем 60-летнюю историю. А решать сложные урологические и онкоурологические проблемы вполне реально: для этого мы привлекаем сосредоточенных в наших стенах специалистов высочайшего уровня – сосудистых хирургов, анестезиологов-реаниматологов, рентгенохирургов.

– Какая научно-клиническая задача для вас наиболее приоритетна сейчас?

– Задач несколько, но я бы начал с разрабатываемой проблемы фармакохолодовой ишемии почки. С помощью этой технологии мы можем проводить эффективное лечение при раке почки с серьёзной сопутствующей патологией, при отсутствии или заболевании контрлатеральной почки, при опухолях, которые располагаются в местах, недоступных для обычного хирургического вмешательства. В таких случаях и необходимо применение длительной аноксии почки. Мы развиваем методику фармакохолодовой ишемии почки при неудобных локализациях опухоли – в воротах почки, когда требуются резекция крупных артерий и вен почки, длительные пластические манипуляции в чашечно-лоханочной системе. Такие операции могут быть выполнены как интракорпорально (внутри организма), так и экстракорпорально, при длительной фармакохолодовой ишемии почки. По мировым канонам, время, когда хирург может работать с почкой в условиях тепловой аноксии без последствий для органа, составляет 27-30 минут, но мы значительно увеличили эти пределы и имеем опыт такой ишемии 50-60 минут, что, однако, требует тщательного отбора больных для лечения и подготовки к операции.

– Где родилась методика фармакохолодовой ишемии почки?

– Её предложил знаменитый британский трансплантолог из Кембриджского университета сэра Рой Йорк Кэлн (Roy Yorke Calne) для резекции почки с центральным расположением опухоли (в области ворот почки). Впервые экстракорпоральную резекцию почки он выполнил в 1973 г. Сейчас мировыми лидерами в длительной холодовой ишемии почки и органосохранном лечении являются клиника Шарите Берлинского медицинского университета, Ульмский университетский медицинский центр, Ганноверская медицинская школа (Германия), Кливлендская клиника, клинический медцентр Лэхи в Бёрлингтоне, Медицинский институт Дж. Хопкинса в Балтиморе, Университет штата Вашингтон в Сиэтле, госпиталь Генри Форда в Детройте (США), Токийский женский медицинский университет (Япония). На данный момент в США сделано более 500 таких

Современные технологии

Когда с почкой разбираются в лотке

Методика фармакохолодовой ишемии получает распространение в урологической практике



наличии единственной почки.

– Получается, что экстракорпорально оперировать удобнее?

– Многие мои коллеги считают, что могут это сделать интракорпорально. Но я думаю, что это сложнее, особенно для сосудистых хирургов. Восстановление сосудистой архитектоники почки лучше делать на лотке, особенно если используется микрохирургическая техника. В нашем институте разрабатывается методика лапароскопической и роботассистированной резекции почки с фармакохолодовой ишемией, которая выполняется преимущественно интракорпорально.

Сейчас мы оперируем как по абсолютным, так и по относительным и факультативным (элективным) показаниям. Чтобы с этими критериями определиться окончательно, необходимо набрать значительно больший клинический материал. Из 35 оперированных пациентов абсолютные показания к резекции почки были у 9 больных, относительные показания – у 18, факультативные – у 8. Для фармакохолодовой ишемии использовался раствор кустодиола. Экстракорпоральная резекция почки выполнялась в пределах здоровых тканей, у 29 больных формировался вено-венозный сосудистый анастомоз, анастомоз вены и нижней полой вены – у 6 больных, орто-артериальный анастомоз – в 24 случаях, протезирование почечной артерии – у 11 больных, сосудистые внутрипочечные анастомозы – в 6 случаях, резекция аорты с протезированием – у 1 больного. Нефропексия выполнялась в ортотопической позиции, а в мочеточнике устанавливался интегральный стент по показаниям.

Длительность оперативного вмешательства составила от 4 до 7 часов, среднее время – 5 часов. Длительность тепловой ишемии почки – 5-12 минут, длительность холодовой ишемии почки – от 60 до 140 минут (без протезирования артерии – 80 минут, с протезированием артерии – 120 минут). Внутрипаренхиматозная

температура во время холодовой ишемии составила 11,2-11,7°C, интраоперационная кровопотеря – 300-1000 мл, в среднем 500 мл. Отмечены послеоперационные осложнения: забрюшинная гематома – у 1 больного, дислокация мочеточникового стента – у 1 больного, надпочечниковая недостаточность – у 1 больного, острый послеоперационный панкреатит – у 1 больного. Длительность нахождения

становить питание всей почки. Была выполнена реплантация сосудов в основные крупные стволы, и почка «запустилась». В послеоперационном периоде мы пережили этапы ОПН и обострения пиелонефрита, которые были неизбежны из-за большого количества швов паренхимы почки и уменьшения объёма функционирующей паренхимы. Но почка работала и в течение нескольких недель восстановила

свою функцию практически в полном объёме (относительно объёма оставленной удалённой ткани). Всё это говорило о том, что если бы почка была удалена, то, скорее всего, ОПН всё равно бы развилась, и как минимум пациент стал бы кандидатом на плазмаферез или гемодиализ в послеоперационном периоде.

После этой памятной операции прошло 6 месяцев, почка функционирует, и мы готовимся к повторной госпитализации пациента для удаления опухолевых участков контрлатеральной почки. С онкологических позиций операция полностью оправдана, так как опухоли удалены в пределах здоровых тканей, стадия опухоли первая, морфологическая структура разнородная – светлоклеточный и папиллярный рак, а агрессивность опухоли от низкой до умеренной. У этого пациента есть шанс, чтобы заболевание не прогрессировало.

– Тем не менее отношение к вашим успехам достаточно скептическое. Почему?

– Потому что технически методика трудоёмка. Но всё сложно только на первых этапах. Кроме того, нужно иметь желание сохранить орган. Нам говорят: зачем сохранять поражённую почку, если функционирует другая? На конгрессах и конференциях, где мы представляли нашу работу, коллеги высказали пожелания сузить показания к проведению этих операций. Нам ещё предстоит разобраться во всех этапах ведения пациентов, пока мы не уверены, стоит ли рекомендовать операцию с фармакохолодовой ишемией почки для широкого использования. Мы будем набирать опыт и по резекции единственных почек. В этом случае проблема состоит в последующем послеоперационном ведении таких пациентов, но мы как многофункциональный центр имеем возможность проведения после вмешательства плазмафереза и гемодиализа.

Есть и другая проблема: если московские пациенты защищены в случае нашей неудачи – их гарантированно возьмут для проведения хронического гемодиализа, то как быть с иногородними больными? Ещё одна трудность: пациентов, имеющих рак почки, неохотно берут на трансплантацию почки из-за опасности прогрессирования опухоли на фоне выраженной медикаментозной иммуносупрессии.

НА СНИМКЕ: операция в лотке – оперирует профессор Александр Теплов.