

– Александр Эдуардович, насколько я знаю, вы пришли в Научный центр гематологии совсем из другой области медицины. Казалось бы, зачем нужны специалисты по проведению малоинвазивных внутрисосудистых операций в клинике болезней крови, и, вообще, какая может быть хирургия в гематологии?

– В гематологии хирургия, в том числе сердечно-сосудистая, как раз и необходима, здесь нам самое место. Эту идеологию исповедовал и доказывал академик Андрей Иванович Воробьёв, который долгие годы возглавлял Гематологический научный центр. Из-за нарушений системы кроветворения и гемостаза пациенты гематологического профиля очень сложны для оперативного лечения, они требуют особых хирургических подходов, участия многих специалистов. Понимая это, академик А.Воробьёв сформировал в хирургической службе института сердечно-сосудистое направление, пригласил профессора В.Емельяненко и меня. Он оказался прав на сто процентов: специализированным кардиохирургическим клиникам с такими пациентами не всегда удаётся справиться по объективным причинам. И это не только отечественная, а общемировая ситуация. Коллега-кардиолог вернулась с международной конференции и говорит: за рубежом больных с заболеваниями сердца и показателем тромбоцитов менее 100 тыс. никто не берётся оперировать, а мы оперируем с показателями и 20 тыс., и 8 тыс., потому что у нас за спиной гематологи.

Гений академика А.Воробьёва также проявился в том, что он взглянул далеко вперёд, предположив взаимное влияние гематологических патологий и сердечно-сосудистых заболеваний. Состояние стенки сосуда, функционирование сердечно-сосудистой системы как таковой влияют на состав крови, определяют её текучие свойства, отсюда реакции системы гемостаза. И наоборот: состояние крови существенным образом отражается на состоянии стенки сосуда. Андрей Иванович угадал и распознал эти тонкие связи. Так, он убеждал коллег, что все люди, страдающие атеросклерозом – по умолчанию гематологические больные, ведь они умирают не от самого атеросклероза, а от его осложнений. Почему бляшка, которая могла спокойно существовать в сосуде 10-15 лет, вдруг начинает «хулиганить»: возникают тромботические осложнения, которые приводят к гибели человека? Под руководством академика мы изучили данный феномен и получили некоторые интересные результаты.

Кстати, необходимость сердечно-сосудистой службы в гематологии доказывает исследование, которое было проведено в Европе. Оказалось, что в 76% случаев пациенты, которым планируется высокодозная полихимиотерапия при онкогематологических заболеваниях, нуждаются в помощи со стороны кардиологов, ангиологов, кардиохирургов либо до начала терапии, либо после неё. Если у гематологического пациента исходно есть коронарные проблемы, то, проводя химиотерапию, мы подвергаем его риску тромботических осложнений. В таком случае нужно выполнить пластику коронарных сосудов, отработать кардиопревентивную терапию до и после курса полихимиотерапии.

– В «обычной» хирургии не проче ли было?

– Чем мне нравится работать в нашем институте, так это как раз тем, что задачи, которые необходимо решать, часто бывают очень сложными и неординарными. Например, поступает пациент с гемофилией и аневризмой сосудов головного мозга, надо подобрать максимально верный подход к хирургическому лечению. Или сочетанная патология «гемофилия плюс коронарная болезнь» – тут тоже надо крепко подумать, каким образом оперировать.

Кстати, таких коморбидных больных будет появляться всё больше и

на днях в хирургической жизни страны произошло весьма значимое событие: стало известно о том, что специалисты Национального медицинского исследовательского центра гематологии успешно выполнили малоинвазивное вмешательство через необычный доступ, которым традиционно в эндоваскулярной хирургии не пользуются – трансумбиликальный, то есть через пупочную вену. Речь идёт о пациентке с тромбом в воротной вене и конгломератом варикозно расширенных вен размером 7 на 5 см в труднодоступной зоне – на границе пищевода с желудком. Устранив обе угрозы, хирурги мини-

мизировали риск жизнеугрожающего желудочно-кишечного кровотечения.

Каково же было удивление корреспондента «МГ», когда оперировавший пациентку хирург кандидат медицинских наук Александр ВАСИЛЬЕВ рассказал, что на самом деле это уже не первый, а второй в его практике случай использования пупочной вены. Предыдущий тоже был успешным, но об этом не сообщали в новостях. Почему? Потому что есть среди врачей такие, кто отличается не только новаторским даром, но и какой-то нетипичной скромностью. Мой собеседник – из их числа.

Экспертный уровень

# Выход из безвыходной ситуации

## Применение нестандартного метода лечения дало хороший результат

больше вот почему: современная лекарственная терапия в гематологии позволяет успешно протезировать утраченные функции системы кроветворения, но при этом у пациентов стали чаще развиваться уже не опасные для жизни кровотечения, а инфаркты и инсульты. Данное обстоятельство требует курации больных гемофилией со стороны кардиологов и неврологов, а также выработки хирургических тактик в лечении сердечно-сосудистых катастроф при нарушении свёртываемости крови.

Ещё одна группа больных, которые при поверхностном взгляде не имеют к гематологии отношения, а на самом деле наоборот – пациенты с дисплазией соединительной ткани. Есть научные работы, которые доказывают, что при дисплазии происходят сбои в системе гемостаза. Исходя из этого, «диспластики» тоже становятся нашими пациентами, подходы к их хирургическому лечению должны формироваться с участием гематологов и хирургов.

– Осмелюсь предположить, что специализированные общехирургические, нейрохирургические, кардиохирургические клиники не в восторге от того, что в гематологическом центре берутся за лечение «их» пациентов.

– На самом старте в 2009-2010 гг., когда мы впервые заявили в Минздраве России о своих возможностях и претендовали на федеральные квоты для оказания высокотехнологичной помощи, недовольство в определённых кругах действительно было. И только благодаря авторитету академика А.Воробьёва федеральные квоты нам дали. Это к вопросу о роли личности в истории.

Вообще, если конкуренция в медицине созидательная, то она полезна. А если она разрушительная, кому от неё польза? Для больных это однозначно вред, тогда ради чего конкурировать? Тем более, что при столь высоком уровне заболеваемости пациентов хватит на всех.

– Вернёмся к случаю с нетипичным хирургическим доступом – через пупочную вену. Это было вынужденное решение в действительно безвыходной ситуации или просто попытка освоить нечто новое?

– Я скажу так: это была попытка освоить новое в безвыходной ситуации. Хотя два года назад мы с коллегами уже опробовали доступ через пупочную вену. Тогда мы оперировали 32-летнюю пациентку, у которой в результате много-



оральных контрацептивов развилась печёночная недостаточность, оказались «посажены» печёночные вены и воротная вена. Нам удалось с помощью микрокатетерной техники восстановить проходимость печёночных вен и затем через пупочную вену реканализировать ветви воротной вены, закрыть варикозные узлы. У нас всё получилось.

В этот раз нашей пациенткой стала женщина 65 лет, у которой в анамнезе сахарный диабет и цирроз печени с целым каскадом осложнений: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, увеличение селезёнки, печёночная энцефалопатия, хроническая гипохромная анемия, тромбоцитопения и другие. Такие пациенты однозначно требуют помощи большой команды врачей разных специальностей, включая хирургов. К нам она попала после трёх эпизодов желудочно-кишечного кровотечения, следующее могло оказаться фатальным, если не эмболизировать варикозно расширенные вены и не выключить их из системы кровотока.

Обследование преподнесло сюрпризы. Помимо большого конгломерата варикозно расширенных вен, расположенного в анатомически труднодоступной для эндоскопического лечения зоне, во время УЗИ мы увидели тромб в расширенной воротной вене в устье правой доли печени. Наша задача заключалась в том, чтобы убрать тромб и восстановить проходимость воротной вены, а также эмболизировать варикозно расширенные вены, тем самым минимизировать вероятность очередного кровотечения. И тут мы столкнулись с проблемой доступа. Дотянуться гиб-

ким эндоскопом через пищевод к варикозному узлу было нельзя, проводить открытую операцию – значит, создавать для больной дополнительные риски. Оптимальное решение в подобных случаях – малоинвазивное эндоваскулярное вмешательство. Решили пройти и в воротную вену, и к варикозно расширенным венам пищевода через пупочную вену.

– Но ведь это вне привычных протоколов. А если бы не получилось?..

– У нас не было выбора. Мои два самых любимых слова в медицине – стандартизация и услуга. Мы же не табуретки делаем, а людей лечим. Здесь невозможно стандартизировать всё до мелочей, особенно когда речь идёт о пациентах эксклюзивных или коморбидных. Иногда... да что там – практически всегда нам приходится отступать от стандартов. Я воспитанник советской медицинской школы, наставники учили нас индивидуальному подходу к каждому больному.

Известно, что у здоровых людей пупочная вена не задействована в кровотоке, тогда как у пациентов с портальной гипертензией она берёт на себя часть венозного оттока, что даёт принципиальную возможность для проведения операции. Чем мы и воспользовались.

Пупочная вена оказалась очень извитой. Тем не менее, нам удалось зайти по ней не только в воротную вену, но также осмотреть селезёночную, верхнюю брыжеечную и левую желудочную вены, таким образом, мы получили важную дополнительную диагностическую информацию. Нашли тромб, через катетер ввели устройство для его дезинтеграции и экстракции.

В результате операции улучшился кровоток в системе воротной вены.

Через несколько недель выполнили второй этап лечения – через тот же доступ завели микрокатетер, подобрались к варикозным узлам, эмболизировали их и выключили из кровотока. Обычно микрокатетерная техника используется для работы на мозговых артериях, например, при остром инсульте, мы же применили её в другом сосудистом бассейне и оказалось, что новый подход успешно работает.

Сразу поясню, почему решили оперировать в два этапа с интервалом во времени, а не одномоментно. Во-первых, это всё-таки первые наши попытки использовать нестандартный венозный доступ, и надо было соблюдать осторожность, чтобы сразу не дискредитировать метод. Во-вторых, рентгенэндоваскулярная хирургия предполагает использование контрастного вещества и сопровождается лучевой нагрузкой на пациента и медперсонал, которые также надо было дозировать.

– В мировой научной литературе есть указания на использование эндоваскулярными хирургами пупочной вены в качестве доступа?

– Теоретически этот доступ возможен, и это известный факт, но технически сложен и потому не используется. Мы нашли в международной библиотеке только два указания на его применение. В 1982 г. была одна успешная попытка хирургов в США через пупочную вену закрыть варикозные вены пищевода, а в 2013 г. японские специалисты опубликовали статью о том, что они трансумбиликальным доступом закрыли геморроидальные узлы. Неожиданное решение, но почему-то хирурги пошли к прямой кишке именно таким замысловатым путём. Видимо, для этого у них были причины.

А вот случаи удаления тромбов из печёночных вен через трансумбиликальный доступ в мировой научной литературе не описаны. В НМИЦ гематологии это выполнено впервые.

– В медицине нередко бывают безвыходные ситуации. Наверное, и в этих двух случаях можно было сказать с чистой совестью, что вариантов малотравматичного лечения нет. Но вы всё-таки взялись, пойдя нетрадиционным хирургическим путём.

– После двух случаев применения данного подхода, конечно, ещё нельзя назвать традиционным, но он уже и не уникальным.

Нам помогла микрокатетерная техника, которая изначально была разработана специально для нейрордиологии, а теперь оказалась востребована и в других областях хирургии. В принципе все прорывные идеи и технологии рождаются на стыке наук и дисциплин. И в этом отношении эндоваскулярная хирургия является специализацией интегрирующей, она объединяет самые разные направления медицины – нейрохирургию, кардиологию, гинекологию, гастроэнтерологию, используется в лечении самых разных заболеваний.

– Вы выполнили хоть и малоинвазивное по форме, но очень серьёзное по содержанию вмешательство, устранили риск смертельно опасного кровотечения. Однако речь идёт лишь о паллиативной помощи, ведь причина – цирроз печени – не устранена. Означает ли это, что трансплантация – следующий и неизбежный этап лечения в таких случаях?

– Наблюдение со стороны гепатологов и соблюдение пациенткой всех врачебных рекомендаций могут продлить период безопасной жизни и отсрочить трансплантацию. Если будет необходимо ещё раз провести эндоваскулярное вмешательство, так и сделаем: мы можем заходить в венозную систему сколько угодно раз, в том числе, через пупочную вену. Чем позднее придётся прибегнуть к пересадке печени, тем лучше.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».