

Л.З. ВЕЛЬШЕР
Б.И. ПОЛЯКОВ
С.Б. ПЕТЕРСОН

КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2014

Глава 1

Методы лечения в онкологии

1.1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ, КОМБИНИРОВАННОЕ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ОНКОЛОГИИ

Хирургический метод лечения в онкологии является наиболее древним. Так, в одном из папирусов, написанном примерно за 2500 лет до н.э., рекомендуется прижигать раскаленным металлом язвы молочной железы, вероятнее всего, злокачественные.

Казалось бы, при такой длительной истории хирургического метода интерес к нему должен уменьшиться, сосредоточиться на более новых способах борьбы со злокачественными опухолями — лучевом и лекарственном. Действительно, в 70-х г. XX в. лучевая терапия применялась весьма часто — у 37% онкологических больных из тех, кому проведено специальное лечение. Доля же хирургического лечения составляла 28%, а комбинированного — 22%.

Сомнения в перспективах хирургии не новы. Еще в конце XIX в. профессор Императорского университета С.П. Федоров, известный как основоположник желчной хирургии, опубликовал статью «Хирургия на распутье», где всерьез говорил о закате хирургической науки. Такие зоны, как сердце и крупные сосуды, органы ЦНС, позвоночный столб и ряд других, хирургам недоступны, а все остальное уже сделано, утверждал С.П. Фёдоров. Вывод: хирургия — не наука, а ремесленничество высшей пробы. Через несколько месяцев представители всех отраслей медицины выступили с ответной статьей «Хирургия в пути», где убедительно оспаривали доводы профессора.

Сегодня можно констатировать: несмотря на бурное развитие технической базы лучевой терапии, новых воззрений на радиомодификацию и радиопротекцию, на принципиальное изменение планирования облучения, к 1990 г. частота использования лучевой терапии как самостоятельного метода сократилась до 24%, хирургического же — возросла до 39%, а комбинированного — до 25%.

В онкологии множество задач решается именно хирургически, прежде всего диагностических, например оценка распространенности и верификация проявлений опухоли. Несмотря на совершенствование соответствующих малоинвазивных методик, в ряде клинических

ситуаций выполнение диагностических операций необходимо. Это актуально не только при таких глубинно расположенных объемных изменениях, как образования гемитораксов и средостения, брюшной полости и забрюшинного пространства, полости малого таза, ЦНС, но и в немалом числе случаев «визуально доступных» опухолей. Нужно помнить: если отсутствие опухолевых клеток в пунктате или биоптате не найдено, наличие опухоли у пациента все же не исключено, возможно, биоптат взят не из опухоли, а из рядом расположенных тканей. Так, при клиничко-диагностическом подозрении на рак молочной железы, но отсутствии верификации (в пунктатах нет атипичных клеток) следующее необходимое диагностическое и лечебное действие — выполнение секторальной резекции молочной железы со срочным морфологическим исследованием подозрительного участка. Только подобный, активный подход позволяет сократить процент гиподиагностики.

Последние десятилетия характеризуются бурным развитием методов визуализации, в частности ультразвукового исследования (УЗИ); стали реальностью внутриполостное (при эндоскопическом исследовании) и интраоперационное (лапаро-торакоскопическое) УЗ-исследования, разрешительная способность повышается за счет технического совершенствования (доплерография, 3(4)Д-визуализация, реконструкция и т.д.). Спиральная КТ или МРТ с контрастированием и 3D-реконструкцией позволяют не только детально рассмотреть патологическое образование, его отношения с окружающими структурами, но и модулировать предполагаемый дефект тканей. Весьма информативны позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ (ПЭТ-КТ) исследование. Тем не менее первым оперативным действием после осуществления доступа остается интраоперационная ревизия — диагностика, позволяющая получить ряд дополнительной, порой ничем не заменимой информации о распространенности опухоли и отношении ее с окружающими структурами.

При выборе адекватного объема оперативного пособия следует помнить о принципах верификации онкологического диагноза, необходимо морфологическое подтверждение всех проявлений заболевания (первичной опухоли, ее регионарных и отдаленных метастазов). Несоблюдение этого принципа порой приводит к серьезным ошибкам, которые особенно часты в ургентной и общей хирургии. Так, оперируя пациента с толстокишечной непроходимостью, вызванной опухолью ободочной кишки, хирург видит раздутую ободочную кишку, входящую в конгломерат, состоящий из опухоли, подпаянной петли тонкой кишки,

в брыжейке имеется конгломерат плотных лимфатических узлов, в печени определяется объемное образование. Казалось бы, все ясно и без верификации. Выполняется наложение колостомы на вышележащий отдел кишки, и с выпиской, гласящей о генерализованном опухолевом процессе (без верификации), пациент отправляется доживать. Хирургическая тактика абсолютно верная, так как ситуация ургентная — необходимо разрешить непроходимость. Но в последующем, при реоперировании этого пациента картина не столь фатальна, за счет прекращения пассажа пищевых масс и купирования параканкрозного воспаления конгломерат значительно сокращается, нет раздутой приводящей ободочной кишки. Резекция соседнего органа (подпаянная петля тонкой кишки) не ухудшает отдаленных результатов лечения рака ободочной кишки, в лимфатических узлах брыжейки имела место реакция на воспаление, а не метастазирование. Объемное образование в печени — не метастаз, а какая-либо иная патология — гамартома или гемангиома. Выходит, ограничений для радикальной гемиколэктомии нет. В результате таких ошибок подавляющее число подобных пациентов не оперируются повторно в радикальном объеме, хотя 5-летняя выживаемость в этой группе с момента реоперации составляет около 60%.

Из данного примера следует и другой вывод: судьбу онкологического пациента должны решать специалисты-онкологи, и в случае отсутствия явных признаков неоперабельности или нерезектабельности необходимо оперировать пациента, потому что в большинстве случаев при онкологических заболеваниях реальной альтернативы хирургическому методу (или компоненту комплексного лечения) нет. В подобной ситуации оправдан даже высокий риск операции.

Хирургическим путем в онкологии решается множество задач. Например, хирургические приемы применяются в лекарственном лечении — гормонотерапии (овариэктомия при раке молочной железы, орхэктомия при раке простаты). Но онкохирургия — радикальное лечение. Основной ее принцип, актуальный и сегодня, в 1896 г. сформулировал Морган: оперирование на путях регионарного лимфооттока, а не только на органе, несущем опухоль. В традиционном понимании радикальность — макроскопическое отсутствие опухолевых проявлений после операции. Онколог оперирует, стараясь, чтобы объем диссекции превосходил метастатическую распространенность опухоли.

Если операция действительно радикальна, т.е. удалены все опухолевые элементы, почему довольно высок процент рецидивирования болезни после них?

Опухолевый рост — биологический процесс, существующий на клеточном уровне, а процесс метастазирования начинается с группы единичных клеток, не определяемых визуально и пальпаторно. Судить об истинной биологической распространенности опухоли интраоперационно практически невозможно. Такая оценка напрямую связана с лечебной тактикой, при высоком риске субклинической резидуальной опухоли показано усиление противоопухолевого воздействия с помощью как локальных (лучевой терапии), так и системных (лекарственное лечение) методов.

Имеются попытки определить степень распространенности опухоли путем цитологического исследования центрифугата смыва брюшной полости, например при раке яичников. Есть и работы, посвященные интраоперационной флюоресцентной диагностике. Возможна также ретроспективная приблизительная оценка биологического распространения опухолевых элементов по морфологическим данным исследования удаленного препарата. Так, инвазия кровеносных и лимфатических сосудов, выявление внутрисосудистых эмболов, периневральный рост, инвазия клетчаточных пространств, наличие метастазов в различных зонах метастазирования и тому подобное говорит о высокой вероятности субклинической генерализации, заставляя считать рассматриваемые операции условно-радикальными. В целом же проблема определения биологической радикальности онкологической операции не решена.

Кроме радикальных и условно-радикальных операций, к разряду лечебных относятся циторедуктивные. Как правило, они выполняются при высокочувствительных к лекарственному лечению опухолях (например, рак яичников с опухолевым асцитом). Рассчитывать на успех хирургии при такой распространенности невозможно, тем не менее на первом этапе лечения осуществляется экстирпация матки с придатками и большого сальника с последующим проведением лекарственного лечения. В данном случае цель операции — удаление максимального количества опухолевой массы. Чем меньше объем остаточной опухоли, тем выше эффект лечения и ниже число токсических осложнений.

Другой пример заведомо паллиативных операций — симптоматические, устраняющие либо опухоль (резекция), т.е. куративные, либо только осложнение опухолевого процесса (обходной анастомоз, перевязка сосудов и т.д.).

Злокачественная опухоль сама по себе не является причиной смерти. К ней приводят именно осложнения: гнойные, нарушение