

Хирургическое вмешательство является одним из основных этапов в комплексном лечении солидных новообразований у детей и взрослых. В то же время нередки случаи выявления онкологической патологии на запущенных стадиях, когда проведение хирургического лечения сопряжено со значительными техническими сложностями, а также высоким интра- и послеоперационным риском для пациента. Еще недавно многие подобные случаи расценивались как некурабельные, но опыт последних лет свидетельствует о расширении возможностей для ведения таких больных.

Современные возможности для расширения показаний к хирургическому лечению распространенного опухолевого процесса



О путях повышения эффективности хирургических методов лечения, возможностях расширения показаний к оперативному лечению и успешном опыте междисциплинарного взаимодействия нашему корреспонденту рассказал директор Национального института рака (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Игорь Борисович Щепотин.

— Периодически хирургическое сообщество приходит к мнению, что развитие хирургии достигло своего пика, темпы ее усовершенствования снижаются, приближаясь к состоянию плато. Подобное мнение высказывали даже великие хирурги, эксперты с мировым именем. В частности, в середине XX в. выдающийся советский хирург, академик Сергей Сергеевич Юдин, будучи разработчиком ряда прогрессивных на то время хирургических методик, писал такие статьи, как «Хирургия в тупике», «Хирургия на перепутье», отражавшие его пессимистическое видение развития большой хирургии. Но так ли это на самом деле? Похоже, ответ на этот вопрос следует искать в плоскости междисциплинарного взаимодействия.

Сегодня мы много говорим о проблеме несвоевременной диагностики онкологических заболеваний в Украине, о высокой частоте запущенных случаев рака; настаиваем на значимости профилактики, необходимости формирования онкологической настороженности у врачей первичного звена и т. д. Очевидно, что необходимо предпринимать активные меры, направленные на повышение частоты раннего выявления онкологической патологии. Такой подход принесет свои плоды, но в настоящее время специалисты сталкиваются с необходимостью оказывать помощь большому числу больных, у которых заболевание впервые выявлено на поздних стадиях. В Национальном институте рака обратили внимание на возможности расширения показаний к проведению хирургических вмешательств той категории пациентов, которые ранее были признаны неоперабельными в связи с распространенностью опухолевого процесса.

Не останавливаясь подробно на вопросах статистики, отмечу только, что очень многие взрослые пациенты с онкологическими заболеваниями на поздних стадиях признаются неоперабельными, тем самым теряя шансы на возможное выздоровление. Это сложный этический и юридический вопрос, который напрямую связан с квалификацией специалиста, принимающего решение. Очевидно, что при оценке случая как неоперабельного

врач исходит из собственных представлений, определяемых его квалификацией и опытом, а также принимает во внимание материально-технический и кадровый потенциал того медицинского учреждения, которое он представляет. В связи с этим считаю важным подчеркнуть, что в ситуациях, когда речь идет о заболеваниях на запущенных стадиях, курабельность которых находится под вопросом, целесообразно направлять больных для консультации в онкологические учреждения более высокого уровня — возможно, там существуют возможности для курации таких пациентов.

Как известно, Национальный институт рака не только отвечает за непосредственное лечение больных, но и осуществляет влияние на организацию онкологической помощи в Украине в целом. Такой статус обязывает нас постоянно совершенствоваться. Очевидно, что в сравнении с другими хирургическими специальностями онкохирургия как очень специфическая отрасль требует от хирурга объединения целого ряда разноплановых навыков и длительной подготовки. Вызывает большие сомнения возможность того, что один хирург может одинаково эффективно прооперировать опухоли разных локализаций, а именно с такой задачей мы сталкиваемся, когда речь идет о распространенном опухолевом процессе, в который одновременно могут быть вовлечены органы разных систем. С целью повышения эффективности лечения больных с запущенными стадиями онкологических заболеваний в Национальном институте рака был внедрен мультибригадный метод оперирования. Ранее каждый пациент, поступая в конкретное отделение, получал хирургическое лечение усилиями врачей только этого отделения, что создавало определенные трудности в случае, если хирург во время операции обнаруживал находящийся за рамками его компетентности феномен. Сейчас хирургическое вмешательство осуществляется 2-4 бригадами врачей с привлечением специалистов по абдоминальной, торакальной онкологии, онкогинекологии и т. д., которые последовательно включаются в процесс на разных этапах хирургического вмешательства.

Поступая к нам на лечение, каждый пациент проходит всестороннее обследование, затем на всеобщем совещании составляется детальный план операции. Напомню, что по многолетней традиции в Национальном институте рака проводятся еженедельные совещания, на которых врачи всех отделений докладывают об операциях, проведение которых запланировано в течение недели, каждая из них подвергается скрупулезному анализу, выбирается оптимальный вид вмешательства. Я всегда настаиваю на том, чтобы план операции был составлен заранее — мы должны знать, какой объем вмешательства будет выполнен, позволяет ли уровень подготовки конкретного хирурга провести эту операцию или требуется участие смежных специалистов, мультибригадный подход и т. д. Обсуждается перечень всех необходимых специалистов, которые будут задействованы. Именно этот подход позволяет нам в настоящее время проводить оперативные вмешательства, о которых раньше мы могли только мечтать. В частности, начиная с 2010 г. нашими специалистами были выполнены уникальные операции, аналогов которым в мире пока не было.

Одним из существенных достижений последних лет является принципиально новое решение в хирургическом лечении гигантских опухолей у детей — операции с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК). Несколько лет назад мы с директором Научно-практического медицинского центра детской кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины, доктором медицинских наук, профессором Ильей Николаевичем Емцем

в неофициальной обстановке обсуждали серьезную проблему: к нам время от времени поступают дети с гигантскими солидными опухолями брюшной полости и забрюшинного пространства, к тому же нередко осложненными сопутствующей патологией. Ранее дети с такими новообразованиями считались некурабельными в силу высокого риска интраоперационных и послеоперационных осложнений. Тяжелое состояние пациентов, детский возраст, риск сильного кровотечения, связанный с большим объемом опухолевых очагов и расширением сосудов брюшной полости, а также некоторые другие факторы давали основания опасаться, что стандартные хирургические вмешательства могут привести к фатальным осложнениям.

Будучи знакомым с особенностями нашей специальности, профессор И.Н. Емец подал идею применить в онкохирургии АИК. Его использование позволяет оперировать на сухом операционном поле, практически без потери крови, дает возможность безопасно осуществлять пластику крупных магистральных сосудов, в целом значительно снижая риски для пациента и облегчая работу хирургам. Наши неформальные, дружеские отношения с профессором И.Н. Емцем позволили избежать бюрократических сложностей, обычно возникающих при организации сотрудничества между учреждениями; решение было принято, и мы быстро перешли к этапу реализации. Фактически это один из тех редких примеров, когда специалисты, работающие в совершенно разных областях хирургии, нашли точки соприкосновения и возможности эффективного сотрудничества. Тем самым мы поставили перед собой чрезвычайно сложную для осуществления задачу, требующую на всех этапах ее реализации высочайшего профессионализма от всех задействованных специалистов — хирургов, детских анестезиологов, реаниматологов. Мы говорим



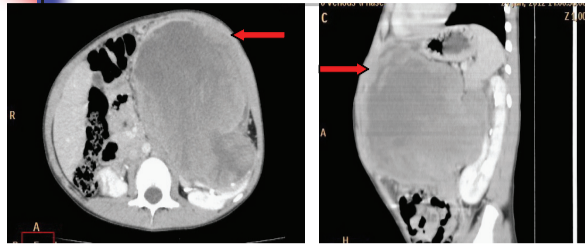
Аппарат искусственного кровообращения



Рентгеновские трубки



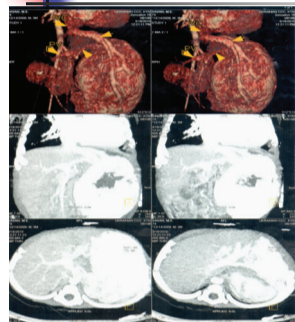
Инструментальная диагностика



Подозрение на разрыв псевдокапсулы опухоли (КТ – сканы)

Рис. 1

Инструментальная диагностика



Инфантильная гемангиоэндотелиома левой доли печени с 3-D реконструкцией сердца (сопутствующая патология – тетрада Фалло)

Рис. 2

Основные этапы хирургического вмешательства



Рис. 3

Основные этапы хирургического вмешательства



Рис. 4

о смелом решении не столько руководителей, сколько коллективов двух разнопрофильных медицинских учреждений, и о том, что сегодня уже отработан четкий алгоритм их взаимодействия для эффективного решения общей задачи.

Сегодня наше сотрудничество осуществляется следующим образом. На базе Национального института рака мы полностью обследуем пациента, который является кандидатом на подобное хирургическое вмешательство, рассматриваем его случай на общем клиническом разборе; когда приходим к выводу, что необходима операция с использованием АИК, обращаемся в Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии. Наш пациент поступает в это учреждение, проходит на его базе хирургическое лечение, которое осуществляется совместно онкологами и кардиохирургами с использованием всех необходимых ресурсов центра, а потом там же проходит послеоперационную интенсивную терапию. Затем на 3-6-е сутки после операции (в зависимости от состояния) больной транспортируется обратно в детское отделение Национального института рака, на базе которого продолжает дальнейшее лечение.

Все операции, выполненные с использованием АИК, прошли успешно, несмотря на то что изначально дети были в тяжелом состоянии, с сопутствующей патологией,

наличием опухолевых тромбов в системе кровообращения и злокачественными новообразованиями гигантских размеров. Например, недавно мне пришлось оперировать семимесячного ребенка – опухоль, которую мы удалили, составляла приблизительно треть его веса. Исходно все эти случаи без возможности использования АИК были бы расценены как некурабельные любым медицинским центром мира. Сегодня все дети продолжают лечение, шансы на благополучный исход заболевания у них приближаются к 80%.

По нашему мнению, практика использования АИК является перспективной при осложненных гигантских солидных опухолях. Технологии и наработки, применяемые в детской кардиохирургии, были успешно экстраполированы на детскую онкологию и тем самым существенно расширили наши возможности. Анализ данных зарубежной и отечественной литературы показал, что в мире эта технология совершенно не развита, встречаются лишь отдельные несистематизированные упоминания о ее использовании в хирургическом лечении солидных новообразований у детей. Таким образом, мы выступили новаторами, используя данную технологию на регулярной основе в случаях, ранее считавшихся некурабельными. Наш опыт опубликован, а также был представлен на одном из крупных российских научных форумов и вызвал чрезвычайный интерес у коллег. Надеемся, что он будет полезен украинскому хирургическому сообществу и будет использоваться в качестве руководства к действию.



Об особенностях хирургического лечения детей с использованием АИК рассказал главный детский онколог МЗ Украины, заведующий научно-исследовательским отделением детской онкологии Национального института рака, кандидат медицинских наук Григорий Иванович Климух.

– Улучшение результатов лечения детей с различными формами солидных новообразований составляет одну из наиболее сложных и актуальных проблем современной онкопедиатрии. Как известно, хирургическое вмешательство является одним из основных этапов комбинированного лечения данной категории пациентов, и его радикальность непосредственно влияет на отдаленные результаты, продолжительность безрецидивного периода, а также на общий уровень 5-летней выживаемости.

Отдельные злокачественные опухоли у детей характеризуются быстрым прогрессирующим ростом и могут впервые проявляться клинически при достижении гигантских размеров. В этих случаях на этапе локального контроля мы диагностируем осложненные формы заболевания. В частности, манифестация заболевания сопровождается явлениями кишечной непроходимости, компартмент-синдрома, проявлениями острого живота, выраженной анемией, признаками разрыва капсулы и кровотечения из опухоли (рис. 1). В некоторых случаях при проведении комплекса дооперационных обследований выявляют опухолевые тромбы в системе нижней полой вены, особенно при нефробластомах, что само по себе грозит для пациента летальным исходом. Соответственно, хирургическое лечение таких больных требует специальной хирургической техники. С учетом значительной гидрофильности органов и тканей детского организма, малого объема циркулирующей крови при относительно большом объеме крови на 1 кг массы тела, значительной термоллабильности организма и высокого риска профузного интраоперационного кровотечения возникает потребность в использовании АИК при хирургическом лечении гигантских опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства. Следует помнить, что наиболее высокие показатели онкологической заболеваемости характерны для младшей возрастной категории детей – возраст многих пациентов не превышает 1 года и дополнительно осложняет задачу хирургического лечения. Так, среди наших пациентов были дети, возраст которых на момент проведения хирургического вмешательства с применением АИК составлял 3 и 11 мес.

Использование АИК в хирургии осложненных гигантских солидных опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства позволяет выполнять сложные хирургические вмешательства в следующих случаях:

- при опухолях, не поддающихся хирургическому лечению обычными методами;
- у пациентов с нарушениями сердечной и дыхательной деятельности;
- если предполагается значительная интраоперационная кровопотеря, в том числе у больных с развитыми абдоминальными сосудистыми коллатеральными;

– при наличии опухолевых тромбов нижней полой вены (по данным литературы, считается целесообразным использование АИК при тромбах, проксимальный конец которых находится выше уровня устья почечных вен);

– если возникает необходимость выполнения симулированного кардиохирургического вмешательства при врожденных пороках сердца.

Использование АИК дает возможность поддерживать оптимальный уровень кровообращения и обменных процессов в организме больного, сводит к минимуму риск интраоперационных осложнений. Обеспечение экстракорпорального кровотока позволяет контролировать давление в сосудах большого круга кровообращения, поддерживая необходимый уровень для обеспечения перфузии жизненно важных органов при минимальном уровне кровопотери, а также позволяет избежать риска эмболии опухолевыми тромбами и воздушных эмболий.

Несмотря на большую травматичность доступа, при операциях с применением АИК продолжительность вмешательства не имела существенных отличий от таковых при традиционном хирургическом лечении и в среднем составляла 195±35 мин (без учета подготовительного периода от поступления больного в операционную до начала собственно хирургического вмешательства, во время которого осуществлялась установка АИК). Общий объем кровопотери в среднем не превышал 350±40 мл. Продолжительность и течение послеоперационного периода также не имели существенных отличий, при этом объемы удаленной опухолевой ткани могли быть весьма существенными: так, у девочки с опухолью Вильмса масса иссеченной опухоли составила 3,5 кг при дооперационной массе тела ребенка 18 кг (рис. 2–4).

Отбор больных для проведения хирургического вмешательства с использованием АИК мы проводили по следующим критериям, как-то:

- наличие огромной симптомной осложненной опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства;
- предполагаемая значительная интраоперационная кровопотеря;
- наличие опухолевого тромба в правом предсердии;
- наличие врожденного порока сердца (тетрада Фалло), требующего срочной хирургической коррекции, в сочетании с наличием опухоли печени.

У всех больных онкологический диагноз был верифицирован гистологически путем пункционной биопсии под УЗ-контролем. Все оперативные вмешательства при нефробластомах выполнены в объеме радикальной нефрэктомии: в одном случае одновременно произведена операция по удалению новообразования с резекцией стенки; выполнено одно вмешательство по удалению левой латеральной секции печени с пластикой врожденного комбинированного порока сердца.

На этапе дооперационного планирования больным проводился комплекс дообследований согласно требованиям клинического протокола. Пациенту с билатеральной опухолью Вильмса выполнили динамическую реносцинтиграфию для определения экскреторной функции почек. Все пациенты с нефробластомами получали надлежащее специальное лечение согласно Европейскому протоколу лечения нефробластом у детей (SIOP-2001), на основе которого в 2009 г. разработан национальный клинический протокол, утвержденный МЗ Украины.



Следует подчеркнуть, что при условии успешной реализации хирургического этапа комплексной терапии детей с солидными опухолями уровень их излечения намного выше, чем у взрослых. Такая специфика связана в первую очередь с особенностями формирования детских онкологических заболеваний: если у взрослых появление опухоли связано с нарушением дифференциации эпителиальной ткани, то новообразования у детей имеют мезенхимальную природу. Высокая степень злокачественности детских опухолей, связанная с крайне активным делением трансформированных клеток и приводящая к быстрому образованию гигантских новообразований, коррелирует с их высокой чувствительностью к химиотерапии. В связи с этим поиск возможностей для проведения хирургического лечения детей с гигантскими опухолями оправдан и перспективен. В целом рассмотренные хирургические вмешательства являются новым этапом в решении проблем лечения детей с солидными новообразованиями.

Подготовила Катерина Котенко

