

## Общие вопросы хирургии в онкологии

**Хирургический метод остается одним из основных подходов к лечению злокачественных новообразований. Наряду со специфическими особенностями хирургических вмешательств при различных локализациях опухоли существуют общие закономерности, характерные для онкологических операций в целом.**

Об основных аспектах хирургии в онкологии нашему корреспонденту рассказал главный онкохирург МЗ Украины, руководитель Украинского маммологического центра и научно-исследовательского отделения опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии Национального института рака, доктор медицинских наук, профессор Иван Иванович Смоланка.

— Как известно, хирургическое лечение исторически является первым методом, применявшимся для помощи онкологическим больным. Как изменялись со временем основные принципы и подходы к проведению онкологических операций?

— Можно говорить о том, что в современной онкологии принципиально изменился подход к лечению пациента. Если раньше больному назначалось максимально радикальное лечение, которое может выдержать его организм, то современные технологии и индивидуальный подход к каждому пациенту позволяют одновременно выполнить реконструктивно-восстановительный этап, кроме этого расширились показания к органосохраняющим операциям. Таким образом, после тщательного обследования пациенту в рамках действующих стандартов лечения назначается только необходимая эффективная терапия, а при расширенных радикальных вмешательствах их необходимо дополнять реконструктивно-восстановительными операциями.

Сегодня наша задача состоит в том, чтобы не только устранить опухоль из организма пациента, но и обеспечить ему высокое качество жизни. Это крайне важная цель, и очень непросто ее достичь. Если ранее в подавляющем большинстве случаев выполнялись объемные инвалидизирующие операции, то в настоящее время расширенные радикальные операции дополняются реконструктивно-восстановительными хирургическими вмешательствами. Кроме того, непрерывно возрастает число малотравматичных органосохраняющих вмешательств и расширяются показания к их выполнению. Необходимо понимать, что победа над заболеванием — не только достижение стойкой ремиссии. В случае когда онкопатология диагностирована на терминальной стадии, на первое место выходит поддержание качества жизни.

В настоящее время эффективность консервативных методов заметно уступает возможностям хирургического лечения.

— Какие хирургические вмешательства и при каких локализациях опухоли являются наиболее распространенными в нашей стране?

— Статистика выполняемых онкологических операций во всех странах мира непосредственно связана с уровнем распространенности опухолей тех или иных локализаций и отличается в зависимости от пола пациентов. Так, наибольшее количество хирургических вмешательств

у мужчин осуществляется в связи с раком легкого, занимающим первое место в структуре заболеваемости в странах Восточной Европы. Второе место по распространенности среди украинских мужчин занимает рак кожи, далее — рак желудка, простаты и ободочной кишки; соответственно распределяется и частота выполняемых хирургических вмешательств.

В то же время среди женщин наибольшее количество онкологических операций выполняется по поводу рака молочной железы (РМЖ), на втором месте — рак кожи, далее — рак тела матки, рак ободочной кишки, рак шейки матки.

— По какому принципу сегодня осуществляется повышение квалификации хирургов-онкологов? Какова роль Национального института рака в методической работе с регионами?

— В настоящее время Национальный институт рака непосредственно подчиняется Министерству здравоохранения Украины и отвечает за организацию онкологической помощи в целом, работая в тесном контакте с региональными онкоцентрами. Благодаря освоению и успешному внедрению современных технологий лечения рака в нашем институте накоплен уникальный для Украины опыт, что позволяет проводить обучающие программы для коллег из регионов. В настоящее время Национальный институт рака уверенно занимает позиции методического центра всеукраинского значения.

В целом онкологические учреждения нашей страны целенаправленно объединяются. Организация единого медицинского онкологического пространства позволит оказывать квалифицированную специализированную помощь европейского уровня всем онкологическим больным независимо от места их проживания. С этой целью был разработан нормативный документ «Стандарты диагностики и лечения онкологических больных в Украине».

— Каковы пути улучшения результатов терапии злокачественных новообразований молочной железы?

— Для достижения хороших результатов лечения первостепенное значение имеет ранняя диагностика онкологической патологии. Если на ранних стадиях бывает достаточно органосохраняющего хирургического лечения, когда удаляется только пораженный участок опухоли и сохраняется внешний вид молочной железы, то в случае запущенного заболевания, помимо операции, применяется комплексная терапия (облучение, химио-, гормонотерапия и др.). Кроме того, объем операции значительно возрастает, а затраты на лечение в целом увеличиваются примерно в 25 раз.

К сожалению, в нашей стране женщины чаще обращаются к врачу на поздних стадиях развития опухоли, когда шансы

на успешное излечение существенно снижаются. На сегодняшний день количество таких поздних обращений составляет около 30% от общего числа. Поэтому мы много говорим о необходимости образовательных программ для широкой общественности и врачей первичного звена.

Данные статистики свидетельствуют: от внимательного отношения женщины к своему здоровью зависит очень многое. В частности, при выявлении опухоли на так называемой нулевой стадии развития, когда в организме присутствуют только отдельные раковые клетки, 5-летняя выживаемость больных при адекватном лечении составляет 98% и более. При I стадии рака данный показатель составляет уже около 90%; при II стадии выживаемость не превышает 80%, при III — 65%. При IV стадии в течение 5 лет выживают не более 45% больных; на IV стадии, когда имеют место отдаленные метастазы, шансы выжить в течение указанного периода сохраняются у 15% пациенток. (Следует подчеркнуть, что выявление самой ранней, нулевой, стадии рака вполне реально в нашей стране; например, при хирургическом удалении опухоли при подозрении на узловую форму мастопатии интраоперационное гистологическое исследование позволяет обнаружить наличие злокачественных клеток.) Поэтому большое значение приобретает профилактика РМЖ, которая предполагает выявление доброкачественных новообразований молочной железы, их адекватное и своевременное лечение, в том числе хирургическое. Профилактические обследования (маммография, ультразвуковое исследование) и лечение предраковой патологии приобретают особое значение в критическом для развития заболевания возрастном периоде (после 50 лет).

Таким образом, возможности улучшения результатов терапии РМЖ — это, прежде всего, ранняя диагностика с применением современных методов обследования, а также оптимизация схем лечения (полихимиотерапии, хирургических методик, гормонотерапии, лучевой терапии, иммунотерапии). Приоритетное значение имеет развитие методик, направленных на повышение качества жизни пациенток на всех этапах лечения. В настоящее время в Украине внедрены унифицированные стандарты лечения РМЖ, основные положения которых соответствуют стандартам лечения, принятым в большинстве стран Европы и в США.

— Как изменились подходы к хирургическому лечению РМЖ за последние годы?

— Как уже было сказано, современный подход к терапии опухолей молочной железы предполагает не только излечение пациентки, но и улучшение качества ее жизни. Следовательно, в зависимости от особенностей опухоли решают вопрос о сохранении молочной железы или ее



И.И. Смоланка

реконструкции. На основании многолетнего опыта доказано, что риск развития местных рецидивов опухоли и общая выживаемость одинаковы у пациенток с сохраненной молочной железой и у больных, перенесших мастэктомию (при оправданных онкологических показателях к объему хирургического вмешательства). В связи с этим количество органосохраняющих и реконструктивных операций увеличивается.

Следует отметить, что хирургическое лечение широко применяется при РМЖ, но его объем и целесообразность определяются строго индивидуально. На ранних стадиях реально выполнение органосохраняющих операций, в то время как в более запущенных случаях лечение необходимо начинать с химио- или лучевой терапии. На поздних стадиях заболевания и при наличии отдаленных метастазов хирургическое лечение не показано — такие больные подлежат химиолучевой терапии. Часто после эффективной химиолучевой терапии удается значительно уменьшить опухоль и прооперировать пациентку; иногда оказывается возможным выполнение органосохраняющей операции. Однако даже в случае показаний к мастэктомию не следует забывать о возможности проведения реконструктивно-восстановительных операций, при которых полностью восстанавливаются форма и объем железы. Концепция Национального института рака по хирургическому лечению больных РМЖ заключается в оптимальном сочетании радикализма онкологического вмешательства с максимальным косметическим эффектом после реконструктивно-восстановительных операций.

— Каковы дальнейшие пути развития органосохраняющих операций в онкологии?

— Основные пути дальнейшего развития органосохраняющих операций состоят, во-первых, в расширении показаний к ним, а во-вторых — в увеличении объема сохраняемых тканей. Так, например, на данный момент введена методика исследования сигнальных лимфатических узлов с дальнейшим отказом от выполнения регионарной лимфодиссекции при опухолях различных локализаций (например, при РМЖ, меланоме и других).

— Метод исследования сигнальных лимфатических узлов в ряде случаев позволяет существенно сократить объем хирургического вмешательства. В чем суть метода, каковы его особенности и ограничения? Насколько широко он применяется в Украине?

— Данный метод исследования заключается в определении первого лимфатического узла на пути лимфооттока от места локализации опухоли. Возможность его применения основывается на анатомических особенностях организма, благодаря которым лимфоотток из области локализации опухоли проходит через ограниченное число лимфатических

узлов. Благодаря этому становится возможным определить степень метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Отсутствие опухолевых клеток в сигнальном лимфоузле с большой вероятностью свидетельствует о нераспространении патологического процесса в лимфатическую систему.

Для выявления сигнальных лимфоузлов используются контрастные вещества, которые вводятся пациенту в область локализации опухоли и далее распространяются по лимфатическому руслу. В настоящее время применяются две методики: первая предполагает использование красителя, вторая — специального радиофармпрепарата. Максимальная эффективность отмечена в случае комбинирования данных методов, когда радиоактивный препарат и красящее вещество применяются одновременно.

Извлеченный сторожевой лимфатический узел отправляется на срочное патоморфологическое исследование. Подтвержденное отсутствие в нем клеток опухоли позволяет хирургам отказаться от выполнения регионарной лимфодиссекции. Данный подход позволяет уменьшить травматичность хирургического вмешательства, снизить риск послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациента без повышения риска рецидива заболевания.

Кроме того, поражение регионарных лимфатических узлов является одним из важных факторов прогноза выживаемости пациентов, подвергающихся хирургическому лечению.

Эффективность обнаружения сигнальных лимфоузлов зависит в первую очередь от локализации опухоли. Так, при РМЖ данный метод подтвердил свою эффективность и широко применяется, в то время как при ряде опухолей других локализаций метод находится на этапе клинических испытаний. Необходимо также подчеркнуть, что данная методика может быть использована только у пациентов с ранними стадиями онкологической патологии и в отсутствие признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

Чтобы результаты такого исследования могли стать основанием для отказа от лимфодиссекции, каждая клиника должна пройти продолжительный этап отработки методики, в ходе которого сторожевой лимфатический узел определяется, но лимфодиссекция выполняется при любом результате патогистологического исследования. Внедрение метода в клиническую практику допустимо только после накопления достаточного опыта, многократного анализа полученных результатов и коррекции действий специалиста. Кроме того, необходимо наличие в региональных онкологических клиниках соответствующего оснащения — препаратов для определения сигнальных лимфоузлов, а также гамма-датчика; патогистологическая лаборатория клиники должна внедрить методику экспресс-анализа гистологического материала. При наличии всего перечисленного врачи клиники должны провести отработку методики, после чего внедрять ее в повседневную практику. Сегодня методика определения сигнальных лимфоузлов широко используется в Национальном институте рака МЗ Украины.

**— Насколько значимой для успеха лечения является психологическая готовность пациента к операции? Какова роль пациента в планировании лечения?**

— Безусловно, психологическая поддержка очень важна, когда речь идет о лечении онкологической патологии. Современный подход к лечению онкологических больных предполагает информирование пациента об особенностях

предстоящего хирургического вмешательства. Пациент является полноправным участником терапевтического процесса, вместе с врачом участвует в планировании лечения, обсуждает возможности проведения реконструктивных вмешательств, послеоперационной реабилитации. Такой подход позволяет больному сформировать осознанную позицию, избавиться от необоснованных страхов перед операцией, а в тех случаях, когда это возможно, выбрать оптимальный вариант лечения. Кроме того, пациент может обратиться к профессиональным психологам, работающим в медицинском учреждении.

Значимым психологическим фактором, влияющим на лечение РМЖ, является страх женщины потерять молочную железу в результате лечения. По этой причине многие пациентки затягивают обращение за медицинской помощью, что значительно уменьшает их шансы на излечение. Исследования показывают, что большинство женщин, отметив любые отклонения от нормального состояния молочной железы, ожидают, что они исчезнут самопроизвольно, без лечения, поскольку боятся обратиться к врачу. На поздних стадиях развития онкологического процесса, когда опухоль имеет большие размеры и выходит за пределы одного квадранта молочной железы, действительно необходимо объемное вмешательство. В то же время при раннем выявлении опухоли может быть проведена малотравматичная операция с сохранением органа. И даже при необходимости мастэктомии остаются широкие возможности для реконструкции молочной железы. Значимость такой возможности крайне велика, и об этом необходимо говорить с пациентками перед операцией.

**— Каковы основные принципы реабилитации пациентов после хирургического лечения?**

— Основные принципы реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу онкопатологии, направлены на восстановление оптимальной психофизической работоспособности. С этой целью используются тщательно подобранный комплекс реабилитационных упражнений, освоение определенных правил поведения в повседневной жизни, а также психотерапия. Таким образом, прилагаются усилия для того, чтобы человек после продолжительного и непросто лечения мог успешно инкорпорироваться в социум.

**— При ряде патологий, в первую очередь при РМЖ, эстетический исход операции крайне важен. В каких случаях, помимо РМЖ, применение пластической хирургии имеет большое значение?**

— После введения скрининга и благодаря оптимизации схем неoadьювантного лечения расширились возможности для проведения реконструктивных операций. Современные методы диагностики предоставляют возможность детального исследования опухоли, определения ее чувствительности к тому или иному виду терапии. В результате восстановление объема грудной железы стало возможным даже при III стадии заболевания. Воссоздание внешнего вида этого органа возможно путем проведения немедленной или отсроченной реконструкции. Немедленная реконструкция представляет собой оперативное вмешательство по поводу восстановления грудной железы непосредственно после радикальной операции. Отсроченная реконструкция предполагает такое восстановление после завершения адьювантного лечения; реконструкция данного вида чаще выполняется при распространенных процессах. В целом выбор

конкретного метода реконструкции осуществляется в зависимости от степени распространения опухолевого процесса, расположения опухоли, а также анатомо-физиологических особенностей конкретной пациентки.

Помимо РМЖ, пластическая хирургия широко применяется в онкологии при хирургическом лечении опухолей головы и шеи, мочеполовой системы, брюшной полости и новообразований других локализаций.

**— В зарубежных клиниках практикуется хирургическое удаление ткани или органа в профилактических целях (в частности, молочной железы при обнаружении мутации в гене BRCA1 или BRCA2). Производятся ли в Украине такие вмешательства и в каких случаях они целесообразны?**

— В настоящее время в отдельных зарубежных клиниках действительно выполняются профилактические мастэктомии. Предполагается, что у женщин с семейной предрасположенностью и другими важными факторами риска развития РМЖ превентивная операция может снизить указанный риск и повысить выживаемость. В нашей стране такие операции не выполняются, их целесообразность до сих пор не доказана.

**— Каковы возможности использования паллиативной хирургии в лечении онкологического больного? В каких случаях применяются такие операции?**

— Проведение паллиативных операций остается актуальным вопросом в онкологии, что связано с наличием большого числа онкологических больных, у которых заболевание было выявлено на поздних стадиях. Паллиативные операции используются для улучшения качества жизни пациента и не предполагают полной ликвидации опухолевого процесса. Подобные вмешательства выполняют в случае большого объема опухоли, ее распада, наличия отдаленных метастазов, угрозы кровотечения из опухоли. Объем операции включает резекцию или экстирпацию органа с оставлением неудалимых опухолевых участков. При таких вмешательствах устраняются, например, непроходимость, кровотечение, уменьшается интоксикация, создаются условия для последующего лучевого или медикаментозного лечения.

В данном случае хирургу необходимо как можно точнее оценить общее состояние больного, распространенность онкологического процесса, характер роста опухоли, возможные осложнения операции. С учетом перечисленного разрабатывается наиболее рациональный план хирургического лечения.

Выделяют два основных типа паллиативных хирургических вмешательств. Операции первого типа выполняются с целью устранения осложнений, вызванных ростом опухоли (например, перевязка сосудов при кровотечениях, наложение обходных кишечных анастомозов, трахеостомия при неоперабельных опухолях соответствующих органов и т. д.). Такие операции призваны восстановить жизненно важные функции органа и, как правило, выполняются в неотложном порядке. Ко второму типу вмешательств относится паллиативная резекция (циторедуктивная операция), когда удаляют часть опухолевой ткани (первичную опухоль или метастазы). Паллиативная резекция производится при опухолях, чувствительных или относительно чувствительных к лучевой и/или химиотерапии. При этом удалению основного массива опухоли в составе комплексного лечения способствует повышению эффективности консервативной терапии. Такой подход основан на том, что химиотерапия оказывает

более выраженное воздействие при небольшом массиве опухолевой ткани; следовательно, циторедуктивная операция создает благоприятные условия для воздействия других компонентов терапевтического процесса. В частности, операции такого типа проводятся при лечении рака яичников, распадающейся большой опухоли молочной железы, недифференцированных местнораспространенных, рецидивных и метастатических форм сарком мягких тканей и др.

Показанием к проведению паллиативной резекции также является угроза осложнений, обусловленных развитием онкологического процесса. В отдельных случаях при реальной угрозе возникновения жизненно опасных осложнений (например, при назревающей перфорации опухоли кишки или желудка, угрозе развития профузного кровотечения из распадающейся опухоли полого органа и т. д.) паллиативная резекция оправдана даже при наличии отдаленных метастазов.

Следует отметить, что в последние годы четко наметилась тенденция к расширению показаний для проведения циторедуктивных вмешательств. Это связано с существенным ростом возможностей нехирургических методов противоопухолевой терапии. Естественно, параллельно повышаются требования в отношении выработки строгих показаний и противопоказаний к их применению, проводятся исследования, посвященные совершенствованию хирургической техники.

**— Возможности снижения объема операций и уменьшения смертности пациентов во многом связаны с грамотной организацией онкологической помощи. Каковы основные современные тенденции? Что предстоит осуществить в ближайшем будущем?**

— В свое время в Советском Союзе была успешно внедрена система обязательных профилактических медицинских осмотров населения. Такой подход значительно повышал вероятность своевременного выявления злокачественной патологии; у студентов медицинских вузов — будущих врачей различных специальностей — целенаправленно развивали онкологическую настороженность. В настоящее время одним из важнейших компонентов последней являются осознание вероятности онкологического заболевания врачами первичного звена и соответствующее информирование пациентов.

В Украине принята и реализуется государственная программа «Онкология», в рамках которой профинансированы онкологические диспансеры, закуплено новое диагностическое оборудование, в регионах открыты маммологические кабинеты, кабинеты патологии шейки матки, что позволило улучшить раннюю диагностику опухолей данных локализаций.

**— На чем бы Вы хотели акцентировать внимание наших читателей?**

— В завершение хочется еще раз подчеркнуть огромное значение профилактических осмотров и оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи для успешного излечения от онкологических заболеваний. Необходимо повышать информированность общества с тем, чтобы люди не боялись обращаться к врачу-онкологу при обнаружении малейших признаков патологии и сохраняли активную позицию по отношению к своему здоровью.

**Помните, что своевременное обращение за медицинской помощью — важный шаг к успешному лечению любого онкологического заболевания!**

Подготовила Катерина Котенко

