

## ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ (ПАЛЛИАТИВНЫЕ) ОПЕРАЦИИ И РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ: *PRO ET CONTRA*

А. P. Koshel

### CYTOREDUCTIVE (PALLIATIVE) OPERATIONS AND RECONSTRUCTIVE SURGERY: *PRO ET CONTRA*

ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова», г. Северск

Рассмотрены вопросы необходимости и целесообразности выполнения заведомо паллиативных (циторедуктивных) операций у онкологических больных, а также вопросы качества жизни пациентов с терминальными стадиями рака, у которых возможно выполнение оперативного лечения. На основании работы клиники и данных литературы показано, что не зависимо от характера, распространенности и стадии онкологического процесса качество жизни играет важную роль для каждого пациента. Решение вопроса о целесообразности паллиативного лечения и выполнения органосохраняющих и органомоделирующих операций следует принимать индивидуально и при наличии технической возможности отдавать предпочтение методикам направленным на сохранение качества жизни.

**Ключевые слова:** рак, паллиативное лечение, циторедуктивные операции, качество жизни.

The questions of the need and feasibility of implementation of saved-mo palliative (cytoreductive) surgery for cancer patients, as well as the quality of life of patients with terminal stages of cancer, from which perform surgical treatment has been surveyed. Based on the work of the clinic and the literature data it were showed that regardless of the nature, incidence and stage of the cancer process, the quality of life plays an important role for each patient. The decision of a question on expediency palliative treatment and perform organ-preserving and organ-modeling operations should be taken individually and if it is technically possible to give preference to methods aimed at maintaining the quality of life.

**Key words:** cancer, palliative treatment, cytoreductive surgery, quality of life.

УДК 616-089.197.5-089.844

Прогресс медицинской науки и техники позволил свести к минимуму противопоказания к хирургическому лечению большинства заболеваний органов брюшной полости, в том числе абдоминальной локализации рака, а совершенствование форм и вариантов лекарственного и лучевого воздействия на опухоль дало возможность расширить показания к операциям даже в случае распространенного процесса. При этом выполняются не только обширные, комбинированные вмешательства, но и органосохраняющие операции, позволяющие избавить пациента от болезни и обеспечить ему приемлемый уровень качества жизни.

Вместе с тем приходится признать, что до настоящего времени значительная часть опухолей брюшной полости диагностируется в далеко запущенных стадиях, недоступных радикальному лечению.

В такой ситуации перед хирургом встает несколько вопросов.

1. Насколько целесообразно выполнение заведомо нерадикального вмешательства, особен-

но у тяжелого пациента с распространенной стадией процесса?

2. Какой вариант операции предпочтительнее: циторедуктивный или паллиативный?

3. Следует ли выполнять органосберегающие или органомоделирующие операции у «обреченных» больных?

Начнем с определения понятий.

Понятие «*циторедуктивная операция*» используется давно. Одной из первых локализаций рака, которая продемонстрировала высокую эффективность данного подхода, стала злокачественная опухоль яичников. Было замечено, что даже при наличии асцита и канцероматоза брюшины удаление первичной опухоли и видимых метастатических очагов в комбинации с лекарственной противоопухолевой терапией у ряда пациенток позволило добиться положительных отдаленных результатов. Данный эффект обусловлен хорошей чувствительностью рака яичников к химиотерапии.

В последние годы циторедуктивные операции стали выполнять и при других локализациях

злокачественных опухолей, в частности при колоректальном раке, раке желудка, поджелудочной железы и др. Связано это, с одной стороны, со снижением процента осложнений и летальности после обширных операций, а с другой – с появлением новых, более эффективных препаратов и схем лекарственной и лучевой терапии.

При этом циторедуктивные операции можно разделить на три категории:

- 1) полное удаление опухолевого очага со всеми видимыми отдаленными метастазами;
- 2) частичная опухолевая циторедукция, которая заключается в удалении первичной опухоли и части отдаленных метастазов, либо в удалении первичного опухолевого очага, при этом отдаленные метастазы остаются;
- 3) удаление отдаленных метастазов в различные сроки после ранее выполненной радикальной или циторедуктивной операции.

Таким образом, целью циторедуктивных операций является создание благоприятного фона для последующей противоопухолевой лекарственной терапии, эффективность и сама возможность проведения которой зависят от объема опухоли, оставшейся в организме больного после хирургического вмешательства.

Под *паллиативной операцией* в онкологии понимают такое вмешательство, при котором заведомо остается опухолевая ткань. Целью такой операции является устранение не болезни, а ее последствий, обусловленных распространенностью опухолевого процесса. Не влияя значительно на продолжительность жизни пациента, эти операции направлены на улучшение ее качества, хотя вопрос об их влиянии на общую продолжительность жизни можно считать открытым.

Как и циторедуктивные, паллиативные операции можно разделить на две группы:

- 1) операции, которые устраняют осложнения, вызванные опухолью, и не имеют своей целью вмешательство на опухоли (симптоматические);
- 2) отличаются от первых тем, что при них часть опухолевой ткани (первичная опухоль или метастазы) удаляется, т.е. выполняется циторедукция.

Следовательно, все циторедуктивные операции в той или иной степени являются паллиативными, но не все паллиативные операции – циторедуктивные.

Более того, на сегодняшний день ни компьютерная (магнитно-резонансная, позитронно-эмиссионная) томография, ни ультразвуковая диагностика, ни визуальный контроль во время операции не могут гарантировать отсутствие отдаленных метастазов даже при радикальном вмешательстве. Вероятность оставления «скрытых» метастазов очень велика не только при распространенном опухолевом процессе, но даже и при

Tis имеются метастазы в лимфатических узлах. Исходя из этого, граница между терминами «радикальный» и «циторедуктивный» часто выглядит более чем условной.

В этой связи мы считаем, что частой тактической ошибкой хирургов является отказ от паллиативной (циторедуктивной) операции, если невозможно выполнить радикальное вмешательство. Особенно часто это бывает при раке органов пищеварительного тракта. Практически каждому неоперабельному больному раком пищевода, желудка, ободочной и прямой кишки рано или поздно приходится формировать обходные анастомозы, выключать опухоль из пищевода. Однако в этом случае зачастую приходится оперировать значительно более тяжелого больного, а, например, формирование гастростомии или колостомии добавляет пациенту тягостных ощущений, не только значительно снижая уровень качества его жизни, но и нарушая процессы пищеварения в целом.

По нашему мнению, выполнение циторедуктивных или паллиативных операций при некоторых локализациях, стадиях, формах роста и в определенных возрастных группах является обязательным и единственно применимым видом хирургического пособия как самостоятельного, либо как этапа комбинированного лечения.

Георгий Кириллович Жерлов, часто оперируя практически безнадежных больных, от которых отказались, в том числе и в ведущих медицинских учреждениях, выполняя заведомо нерадикальные операции, продлевал жизнь пациентов на годы. Одну из таких больных сын привез из Казахстана с неоперабельным раком прямой кишки. Специалистами Москвы и Новосибирска ей было рекомендовано симптоматическое лечение. После короткой предоперационной подготовки пациентки Г.К. Жерловым была выполнена циторедуктивная операция, проведены курсы химиотерапии. Далее на протяжении четырех лет женщина приезжала на контрольные осмотры, и данных за прогрессирование процесса не было. Описанный случай еще раз подчеркивает целесообразность и необходимость выполнения подобных вмешательств.

Справедливости ради следует признать, что сегодня сложно объективно определить вклад паллиативных и циторедуктивных операций в улучшение показателей выживаемости больных распространенными формами рака. Это обусловлено, с одной стороны, недостатком информации о продолжительности и качестве жизни пациентов, не получавших противоопухолевой терапии, а с другой – отсутствием оценки объективного влияния современной противоопухолевой терапии на выживаемость данной категории

больных. Все это не позволяет в полном объеме использовать имеющиеся на сегодняшний день в арсенале клинической онкологии высокоэффективные методы хирургического и лекарственного лечения, а также их сочетания.

И все-таки мы считаем, что, независимо от характера, распространенности и стадии заболевания, для каждого конкретного человека значение имеет не только и не столько динамика клинических симптомов, лабораторных и инструментальных показателей, сколько улучшение самочувствия и удовлетворенность жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах, т. е. качество жизни. Таким образом, отвечая на поставленные в начале статьи вопросы, можно сказать следующее:

1. С учетом развития современного здравоохранения пациент вправе получить максимальный возможный при данном заболевании объ-

ем медицинской помощи вне зависимости от «предполагаемого» срока оставшейся жизни.

2. В каждом конкретном случае объем операции выбирается индивидуально, однако всегда следует стремиться к максимально полному удалению опухолевой ткани. Только в случае невозможности удаления опухоли следует прибегать к выполнению паллиативной операции, направленной на ликвидацию осложнений опухолевого процесса.

3. Исходя из естественного стремления современной медицины не только продлить жизнь пациента, но и сделать ее более комфортной, полноценной и продуктивной, выполнение реконструктивных операций у больных распространенными формами рака следует считать методом выбора при наличии технической возможности и условий для их выполнения.

*Поступила в редакцию 18.11.2014  
Утверждена к печати 03.12.2014*

**Авторы:**

**Кошель Андрей Петрович** – д-р мед. наук, профессор, главный врач ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова» (г. Северск).

**Контакты:**

**Кошель Андрей Петрович**

тел. раб.: 8(3823)56-42-65

e-mail: apk@gastro.tomsk.ru