

## СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ

*М.И. Давыдов*

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина  
(директор — акад РАН и РАМН, проф. Н.Н. Трапезников) РАМН, г. Москва*

В настоящее время наблюдается не-которая стабилизация показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями, однако летальность остается достаточно высокой, занимая третье место среди других причин смерти с неуклонной тенденцией к росту. Именно тенденция к росту заболеваемости с учетом сложности и многогранности данной проблемы требует освещения стратегических принципов основного компонента современной онкологии — онкохирургии. С учетом многоплановости понятия «злокачественные заболевания», включающего различные по этиологии и гистогенезу опухоли, в настоящем обзоре будут освещены проблемы лечения солидных опухолей эпителиальной природы.

Несмотря на длительную историю развития онкологии как отдельного раздела медицинских знаний, наиболее отработанным, на первый взгляд, и наиболее радикальным по-прежнему остается хирургическое лечение. В последние годы в России радикальный метод применяется при лечении 39% больных злокачественными опухолями в самостоятельном варианте и у 25% — в сочетании с лучевой и/или лекарственной терапией. Сходные данные опубликованы в материалах по лечению онкологических заболеваний в других странах мира.

В настоящее время можно выделить следующие основные направления в развитии онкохирургии: радикальное лечение, паллиативное лечение и, наконец, хирургическая реабилитация с восстановлением утраченных функций. В практической онкологии широко используются новые лекарственные препараты и усовершенствованные высокотехнологичные методы дополнительного лечения, однако ни одно рандомизированное исследование не показало преимуществ комбинированного лечения перед хирургическим. Это положение подтверждено мета-анализом материа-

лов комбинированного лечения рака пищевода, желудка и легкого. Таким образом, улучшение результатов лечения опухолей данных локализаций зависит от детальной отработки стратегии и тактики хирургического лечения.

Онкологическая хирургия как раздел хирургической науки принципиально отличается от общей хирургии. Согласно положениям первой, операция рассматривается не только как локальное удаление первичного очага, но и как обязательное абластичное удаление зон регионарного метастазирования в пределах фасциальных футляров. Именно понятие абластики лежит в основе ведущих принципов оперирования злокачественных новообразований, приводимых ниже:

- 1) операции выполняются только острым путем;
- 2) мобилизацию комплекса ведут от периферии к опухоли, а не наоборот;
- 3) мобилизацию начинают с элементов лимфодиссекции с обработкой магистральных сосудов органа;
- 4) при обработке сосудов производят раздельную перевязку артерии и вены, причем вначале перевязывают артерию и лишь затем — вену (обратный порядок способствует гематогенной диссеминации опухолевых клеток);
- 5) при мобилизации соблюдают принцип “no touch”, то есть исключают механическое воздействие на опухоль до сосудистой и лимфатической изоляции.

Следует дать пояснение приведенному выше термину «лимфодиссекция». Понятие превентивной расширенной лимфодиссекции было впервые введено при хирургическом лечении рака желудка для обозначения операций, сопровождавшихся плановым удалением пораженного органа и зон регионарного метастазирования. Таким образом, необходимо акцентировать внимание, что термин «лимфодиссекция», являясь более емким, нежели термин «лимфаденэктомия», длительно и неоправдан-

но применявшийся в онкологии, включает моноблочное удаление не только лимфатических узлов, но и всего лимфатического аппарата (лимфатических сосудов, нервных сплетений с окружающей жировой клетчаткой) в пределах фасциальных футляров. С учетом преобладания лимфогенного метастазирования опухолей эпителиальной природы, часто на самых ранних стадиях заболевания, именно это положение, обоснованное временем и опытом, является теоретической предпосылкой к выполнению радикальной операции лишь путем удаления первичного очага с зонами возможного (с высокой степенью вероятности) регионарного лимфогенного метастазирования. Причем первое положение — улучшение локального контроля опухоли со снижением возможности местного рецидива — включает в себе и другую предпосылку — возможность достоверного стадирования местной распространенности заболевания. Необходимость выполнения требований абластики находит эмпирическое подтверждение в отдаленных результатах лечения. Так, 5-летние результаты хирургического лечения рака желудка без учета стадий в общехирургических стационарах составляют в среднем лишь 12%, тогда как в различных специализированных онкологических клиниках — более 35%.

Операция может быть признана радикальной, если в лимфоколлекторах наиболее отдаленного этапа лимфооттока, включенных в лимфодиссекцию, при морфологическом исследовании метастазы не обнаруживаются. Их выявление переводит операцию в разряд условно радикальных, предопределяя возможность раннего рецидива заболевания.

В отделении торако-абдоминальной онкологии РОНЦ РАМН детально отработаны идеология и технические приемы выполнения лимфодиссекции при различных заболеваниях. Так, при раке легкого в хирургическом арсенале используются расширенные вмешательства с унилатеральной лимфодиссекцией, билатеральной трансмедиастинальной лимфодиссекцией, а также комбинированной цервика-медиастинальной лимфодиссекцией, выполняемой из трансстернального доступа, дополненного цервикотомией по Кохеру.

При раке пищевода в настоящее время стандартной является субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой широким желудочным стеблем (типа Льюиса) и расширенной двухзональной абдомино-медиастинальной лимфодиссекцией. При целом ряде показаний выполняется расширенная трехзональная цервика-абдомино-торакальная лимфодиссекция.

Исходя из опыта, накопленного ведущими клиниками, занимающимися проблемой хирургического лечения рака желудка, а также с учетом исследований, проведенных в торако-абдоминальном отделении РОНЦ РАМН, расширенная лимфодиссекция D2 является достаточно безопасной процедурой и должна стать обязательным элементом хирургического лечения рака желудка. С учетом стандартизации методологии лимфодиссекции D2 именно операции с забрюшинной парааортальной лимфодиссекцией D4 следует рассматривать как расширенные.

Разработка и внедрение новых медицинских технологий, в особенности в диагностике (спиральная компьютерная томография, позитронная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, интервенционная ангиология), а также в анестезиологии и интенсивной терапии (применение экстракорпоральной циркуляции, аутогемотрансфузии с помощью аппаратов Cell-saver) позволяют не только расширить границы хирургической агрессии, но и выполнить функциональные органосохраняющие вмешательства без снижения радикальности (ангио-бронхопластические операции и анатомические сегментэктомии в хирургии рака легкого, резекции трахеи с замещением аллотрансплантатом, пластика пищевода сегментом толстой кишки с дополнительной сосудистой «подкачкой» на шее, резекции почки, удаление опухолевых тромбов из магистральных вен, часто с резекцией или протезированием самой вены и т.д.).

Одним из наиболее сложных и мало изученных разделов онкохирургии на сегодняшний день остается лечение пациентов с синхронными опухолями грудной и брюшной полостей, а также выполнение радикальных операций у пациентов с выраженной сопутствующей

шей патологией — ишемической болезнью сердца (ИБС) или пороками клапанов. Особенно актуальна разработка методологии хирургического лечения пациентов данной группы с учетом показаний и противопоказаний к одномоментным оперативным вмешательствам, зачастую выполняемым двумя бригадами хирургов в условиях искусственного кровообращения. Накоплен опыт проведения более 20 одномоментных вмешательств, в 9 наблюдениях сочетавших радикальное удаление первичной опухоли с аорто-коронарным шунтированием.

**Паллиативные операции.** Операция считается паллиативной, если резекция пораженных органов выполнена с оставлением части опухоли на соседних анатомических структурах, включая наличие опухолевых клеток по линии резекции. Аналогичной оценке подлежат и операция, при которой резецируют первичный очаг с сохранением регионарных лимфогенных метастазов или при удалении первичной опухоли с отдаленными метастазами (вариант циторедуктивной операции). Основным смысловым значением паллиативных вмешательств является либо профилактика фатальных осложнений (профузное кровотечение из опухоли, перфорация опухоли), либо улучшение качества жизни (хирургическое лечение дисфагии, опухолевых стенозов с развитием непроходимости) и, следовательно, медицинская и социальная реабилитация пациентов. Кроме того, внедрение этих операций открывает перспективу для проведения дополнительного специализированного лечения, направленного на улучшение отдаленных результатов.

В последние годы при нерезектабельных опухолях пищевода и кардиоэзофагеальной зоны следует считать более оправданным, с точки зрения социальной реабилитации, отказ от выполнения таких функционально и морально устаревших вмешательств, как гастростомия и еюностомия. В зависимости от распространения опухоли по пищеводу и желудку с целью устранения основного симптома заболевания — дисфагии и восстановления естественного пассажа пищи по пищеварительному тракту целесообразно выполнять шун-

тирующие операции, которые значительно улучшают качество жизни больных.

Несмотря на свою деонтологическую привлекательность, обходные анастомозы следует применять при условии надежности наиболее сложного этапа — формирования пищеводного соустья. Единственным критерием целесообразности выполнения шунтирующих операций является низкая послеоперационная летальность.

**Функциональность хирургических операций.** Несмотря на то что основной целью хирургического лечения онкологической патологии является выполнение адекватного, с точки зрения распространенности, вмешательства, любая операция должна носить функциональный характер, обеспечивая достаточную реабилитацию пациентов и соответственно качество жизни (зачастую достаточно недолгой). Это положение предопределяет поиски адекватных вариантов хирургических вмешательств, особенно на этапе пластического замещения. Особенно актуально данное положение при опухолях пищеварительного тракта.

Метод пластики должен отвечать функциональным потребностям замещаемых органов. Так, при раке пищевода методом выбора является одномоментная пластика широким желудочным стеблем. Однако в случае функциональных или органических поражений желудка наиболее перспективным представляется использование изоперистальтического сегмента толстой кишки на сосудистой ножке, проведенного в заднем средостении с формированием внутривнутриплеврального соустья.

Большое значение имеет выбор адекватного метода формирования соустья с созданием арефлюксных анастомозов, обеспечивающих нормальное качество жизни больных. Формирование пищеводного соустья — один из самых ответственных моментов в хирургии пищевода, от которого нередко зависит успех всего лечения. Именно неуверенность в возможности обеспечения надежности пищеводного анастомоза порой определяет различную хирургическую тактику (многоэтапность операции), а иногда вообще является причиной отказа от хирургического лечения. Создание функционально полноценного анастомоза с минимальным числом послеоперационных

осложнений до сих пор остается актуальнейшим вопросом в хирургии пищевода. Одновременность выполнения пищеводного соустья с другими этапами оперативного вмешательства указывает, по нашему мнению, на завершенность проведенного лечения, определяет медицинскую и социальную реабилитацию больных и сопровождается высоким экономическим эффектом. Опыт, накопленный в торако-абдоминальном отделении РОНЦ РАМН с применением погружного пищеводного соустья, дает нам основание считать этот оригинальный метод, исходя из его универсальности, надежности и простоты исполнения, достаточно адекватным для широкого применения в хирургии рака пищевода.

Вынесение пищеводного соустья на шею значительно уменьшает число фатальных исходов в случае его несостоятельности, однако частота этого осложнения существенно выше, чем при внутриплевральном расположении анастомоза. Причем вынесение анастомоза на шею требует создания соустья с глоткой, что также значительно снижает его функциональность и надежность.

**Профилактика рецидива и метастазов** — наиболее сложная задача в хирургии злокачественных новообразований. Залогом профилактики рецидива заболевания являются радикальность операции, соблюдение принципов абластики. Однако абсолютное большинство пациентов поступают на хирургическое лечение в запущенных стадиях заболевания с субклинической диссеминацией процесса, поэтому операции носят зачастую санационный характер. Это обуславливает необходимость поиска эффективных методов комбинированного лечения. К сожалению, на сегодняшний день в арсенале онкологов таких методов нет.

Одним из наиболее перспективных направлений является разработка гипертермической интраоперационной интраперитонеальной химиотерапии (ГИИХ). Основное ее смысловое значение заключается в синергизме воздействия высокой температуры и тропных химиопрепаратов на субклинически или клинически диссеминированные внутрибрюшинно опухоли. Клинический опыт

сочетанного применения гипертермии и химиотерапии, накопленный в некоторых клиниках Америки, Японии и Европы, позволяет без ухудшения непосредственных результатов улучшить отдаленные исходы лечения. Исходя из практических результатов различных онкологических клиник комбинацию расширенных операций с последующей гипертермической интраоперационной интраперитонеальной химиотерапией можно рассматривать как одно из наиболее перспективных направлений лечения местно распространенных и диссеминированных опухолей брюшной полости, в частности рака желудка. В настоящее время данный метод апробируется в РОНЦ РАМН.

В заключение необходимо отметить, что постулат, высказанный в свое время Е.Л.Березовым «...большая опухоль — еще большая операция» сохраняет свою актуальность с учетом всего комплекса анатомических и клинических знаний. Именно хирургическое вмешательство является основным компонентом лечения любой эпителиальной злокачественной опухоли торакальной или абдоминальной локализации, а ведущим стратегическим направлением — интеграция расширенных вмешательств, основанных на современных достижениях науки с дополнительным воздействием на опухолевые клетки.

Поступила 06.07.00.

## CURRENT STRATEGY OF THE THORACOABDOMINAL ONCOSURGERY

*M.I. Davydov*

### S u m m a r y

The methods of performing lymphodissection in various diseases are analyzed. The experience of more than 20 interventions in 9 examinations combining the radical removal of the primary tumor with the aortocoronary by ass surgery is described. The combination of comprehensive operations with subsequent hyperthermic intraperitoneal chemotherapy should be considered as one of the most promising lines in the treatment of the locally widespread and disseminated abdominal cavity tumors. It is emphasized that the surgical intervention is the basic treatment component of any one of the epithelial malignant tumor of the thoracal and abdominal localization and the integration of widespread interventions with the additional effect on tumor cells based on the current scientific achievements.