

Содержание

Введение	4
1. Хирургия в онкологии.	5
2. Предоперационный этап в онкологии	30
3. Особенности хирургии в зависимости от локализации опухоли	48
4. Симультанная хирургия.	71
5. Послеоперационный этап в онкологии	80
6. Осложнения в онкохирургии	90
7. Реабилитация в хирургии.	103
Заключение	109
Список литературы	114

Введение

Хирургический метод лечения злокачественных опухолей в настоящее время является одним из ведущих. Несмотря на уменьшение доли операций в лечении онкологических больных, некоторые формы рака лечатся только хирургически.

Врачу общей практики, терапевту приходится сталкиваться в своей повседневной практике с пациентами, которые перенесли хирургическое лечение по поводу опухоли. Различные виды рака, множество операций, как типичных, так и нестандартных, комбинированных, создают некоторые трудности в работе терапевта.

Наблюдение пациента, коррекция сопутствующей патологии, поддержка нутритивного статуса — все это зависит от понимания особенностей хирургического лечения.

В данном руководстве изложены основные вопросы онкохирургии, виды операций при различных локализациях злокачественных опухолей, рассмотрены самые часто встречающиеся осложнения.

Предоперационная подготовка — важный элемент хирургического лечения, чаще всего он ложится на терапевта, врача общей практики. Отдельная глава посвящена этому вопросу.

Результат лечения онкологического пациента зависит не только от проведенной операции, но и от последующего его наблюдения и своевременного предупреждения возможных осложнений.

1. ХИРУРГИЯ В ОНКОЛОГИИ

Хирургический метод лечения злокачественных опухолей остается доминирующим, хотя его отдаленные результаты можно считать удовлетворительными лишь в I–II стадиях заболевания, а в остальных стадиях операция рассматривается как обязательный компонент специального лечения. Стратегия онкохирургии в настоящее время представлена ниже (Ганцев Ш.Х., 2017).

1. В перспективе объемы операций будут уменьшаться в пользу органо- и тканесберегающих вмешательств на основе высоких технологий.
2. В настоящее время активно внедряются эндохирургические технологии, которые имеют ряд преимуществ перед открытыми операциями, но и не лишены недостатков.
3. Тенденции хирургического лечения больных сводятся к минимизации масштабов лимфатических диссекций после верификации сторожевого лимфатического узла.

Как правило, хирург является первым специалистом, к которому обращается больной, страдающий злокачественным новообразованием. Кроме того, в процессе лечения онкологического пациента возникает необходимость в хирургическом вмешательстве для морфологической верификации диагноза, определения степени распространения опухолевого процесса, реализации паллиативных задач.

Профессионализм хирурга-онколога заключается также в знании как стандартных, так и нестандартных вариантов лечения злокачественных опухолей, способности объяснить их больному, в адекватном и полном выполнении начальных этапов в диагностике и лечении.

Онкологическая хирургия, также часто называемая хирургической онкологией или хирургией опухолей, является одним из компонентов лечения раковых заболеваний и направлена, как правило, на лечение злокачественных опухолей хирургическим методом.

Чаще всего онкологическая хирургия является частью комплексной концепции в лечении рака, при которой задействованы специалисты по злокачественным опухолям в области хирургии, онкологии, патологии и лучевой терапии, а также лечащий участковый врач или врач-специалист. В зависимости от локализации ракового заболевания могут быть задействованы и другие врачи (например, в области урологии или гинекологии).

Для каждого пациента существует индивидуальный подход к лечению и реабилитации. В основе лечения лежат рекомендации национальных и международных медицинских сообществ.

Главной целью хирургии опухоли является излечение онкологического заболевания с максимальным сохранением качества жизни. Таким образом, с помощью онкологической хирургии удаляются, как правило, полностью злокачественная опухоль и окружающие ее лимфатические узлы. Однако окружающие здоровые

ткани должны быть, насколько это возможно, сохранены, а риск рецидива — сведен к минимуму.

Целью лечебной операции ракового заболевания является выздоровление пациента, то есть удаление раковой опухоли и избежание рецидива болезни. Паллиативная хирургия направлена на исключение, смягчение и облегчение проявлений симптомов при неизлечимых раковых опухолях. Целью циторедуктивной хирургии является максимально полное удаление опухолевой ткани, чтобы создать лучшие условия для последующих лечебных процедур.

Хирургические методы — это в основном методы локального лечения, основанного преимущественно на ножевом или электрохирургическом иссечении первичного очага злокачественной опухоли. В настоящее время рассмотрена новая парадигма хирургического лечения в онкологии (рис. 1).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА

Противопоказанием к радикальному хирургическому лечению служит генерализация опухолевого процесса — развитие диссеминации и появление отдаленных метастазов, неудалимых при оперативном вмешательстве. Как правило, такая генерализация наблюдается при низкокодифференцированных формах рака, протекающих биологически крайне агрессивно.

Противопоказанием к операции может явиться также общее тяжелое состояние больного, обусловленное старческим возрастом и наличием некомпенсированных

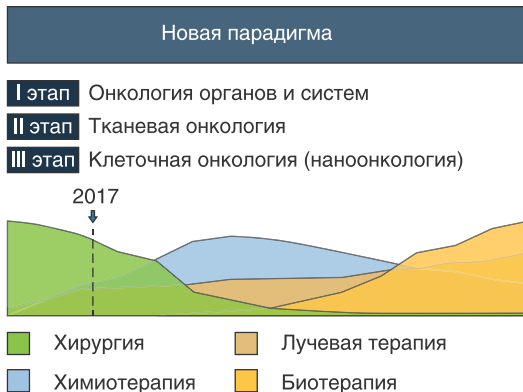


Рис. 1. Новая парадигма хирургического лечения в онкологии (Ш.Х. Ганцев)

сопутствующих хронических заболеваний сердца, легких, печени, почек. Однако после тщательной подготовки таких больных в стационарных условиях общее состояние и функциональные показатели могут существенно улучшиться, свидетельствуя о наступившей компенсации. В таких случаях, особенно при локализованном опу-

холевом процессе, следует повторно обсудить вопрос о возможности хирургического лечения.

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА

1. Локализация злокачественной опухоли в пределах части пораженного органа (доли, сегмента, сектора), когда опухоль не распространяется за покрывающую орган серозную оболочку или капсулу. При прорастании последних и развитии метастазов в регионарных лимфатических узлах хирургический метод также применим, однако отдаленные результаты в таких случаях значительно ухудшаются.
2. Экзофитный характер опухоли, когда хорошо выражены ее границы и опухолевый узел четко отграничен от окружающей ткани. Если опухоль представляет собой инфильтрат без четких границ, то это значительно снижает возможности радикального иссечения, поскольку очень трудно определить истинное распространение опухоли по органу. В подобных случаях при гистологическом исследовании удаленного препарата по линии операционного разреза нередко обнаруживают опухолевые клетки.
3. Сохранение высокой степени клеточной дифференцировки опухоли, то есть наличие картины структурной зрелости, когда ткань опухоли по сравнению с нормальной хотя и является менее совершенной, но все же в определенной мере сохраняет ее морфологические и функциональные признаки. Напротив, прогноз

резко ухудшается при хирургическом лечении злокачественных опухолей низкой степени зрелости, с потерей клеточной дифференцировки.

4. Медленные темпы прогрессирования опухоли, что определяется на основании изучения анамнестических данных, результатов диспансерного наблюдения, путем сопоставления флюорограмм и рентгенограмм, произведенных в предыдущие годы при профилактической флюорографии, оформлении на санаторно-курортное лечение, поступлении на работу и т.д. Имеется определенная зависимость между клиническим течением и морфологической характеристикой опухоли. При длительном, торпидном развитии заболевания, иногда исчисляемом многими месяцами и даже годами, существует большая вероятность относительно высокой степени зрелости злокачественной опухоли.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

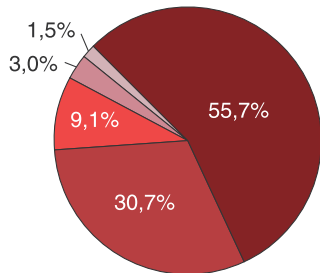
Хирургические операции остаются стандартом лечения онкологических больных на протяжении многих лет, причем результаты этих вмешательств в целом по большинству критериев удовлетворяют медицинскую общественность.

По данным медицинской статистики, удельный вес хирургического метода как самостоятельного вида лечения продолжает расти. В 2016 г. он составил 54,3% (в 2015 г. — 53,7%), доля комбинированного, или комплексного, метода несколько снизилась — 31,2% (в 2015 г. — 31,3%), а доля только лучевого метода — 9,8% (в 2015 г. — 10,1%). Высокие показатели применения хирургического метода в качестве само-

стоятельного вида радикального лечения наблюдаются при раке почки (92,6%), при меланоме кожи (85,2%), раке щитовидной железы (84,1%), ободочной кишки (68,7%), опухолях соединительной и других мягких тканей (68,2%), раке мочевого пузыря (67,1%), желудка (66,5%), кожи (кроме меланомы) (64,2%), саркоме костей и суставных хрящей (61,8%), раке поджелудочной железы (60,0%), прямой кишки (54,7%) (рис. 2).



Рис. 2. Удельный вес хирургического лечения при различных локализациях (Ш.Х. Ганцев)



- Хирургический метод
- Комбинированный (комплексный метод)
- Лучевой метод
- Лекарственный метод
- Химиолучевой

Рис. 3. Структура лечения онкологических заболеваний в Российской Федерации, впервые зарегистрированных в 2018 г.

Показатель применения хирургического метода лечения в комбинации с другими методами в целом по России составляет около 85% (рис. 3). Приведенные данные свидетельствуют о лидирующей роли хирургических технологий при лечении большинства локализаций неопластического процесса. В последующие годы ожидается снижение удельного веса хирургического метода (рис. 4).

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Операбельность — это возможность выполнения вообще хирургического вмешательства у конкретного больного (рис. 5). Операбельным или неоперабельным является пациент, а не опухоль.

Резектабельность — это наличие технической возможности радикального или паллиативного удаления опухоли, что

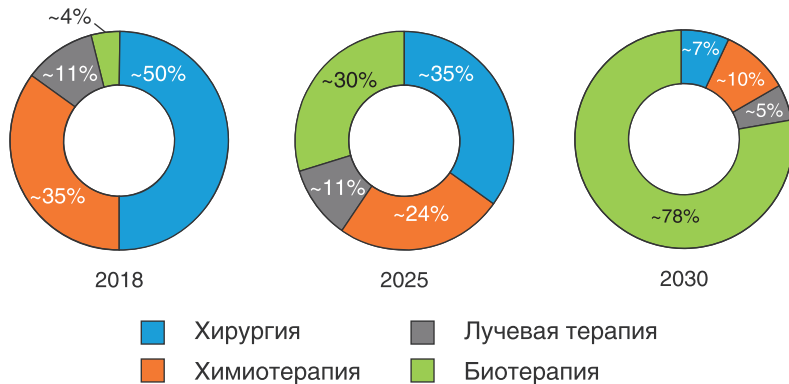


Рис. 4. Динамика доли различных видов лечения рака

зависит от стадии процесса и общего состояния больного. Невозможность выполнить хирургическое вмешательство, выявляемая во время операции, должна быть подтверждена морфологическим (цитологическим или гистологическим) исследованием.

Абластик (рис. 6) — принцип в хирургии, заключающийся в предотвращении рецидива и метастазирования злокачественной опухоли путем удаления опухолевого

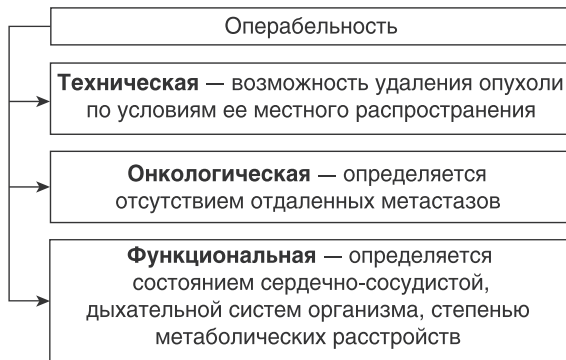


Рис. 5. Понятие операбельности в онкохирургии

очага вместе с лимфатическими сосудами и регионарными лимфатическими узлами единым блоком, в пределах здоровых тканей, не касаясь пораженных тканей.

Антибластика — комплекс мероприятий по удалению из операционной раны опухолевых клеток или уничтожению их в ней. Принцип антибластичности обеспечивается применением во время операции различных химических и физических факторов в целях разрушающего воздействия на оказавшиеся в ране опухолевые клетки.