

химиотерапии. Дальнейшее состояние больных наблюдается по срокам диспансеризации.

Выводы

Таким образом, как показали непосредственные результаты нашего исследования, неoadъювантная внутриартериальная регионарная химиотерапия рака желудка по схеме TPF (Таксотер 75мг/м² + Цисплатин 75мг/м² + Фторурацил 1000мг/м² в 1й день) оказалась эффективной у 84% больных. При этом всем им

удалось провести радикальное хирургическое вмешательство. У 54% больных отмечен лечебный патоморфоз 3-4 степени. Неoadъювантная внутриартериальная регионарная химиотерапия при раке желудка является методом выбора для повышения операбельности процесса и улучшает непосредственные результаты лечения больных. Наиболее эффективными при раке желудка, на наш взгляд, являются таксансодержащие и платиновые режимы химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арзыкулов Ж.А. Сейтказина Г.Д. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006г. (статистические материалы). – Алматы, 2005. - 66с.
2. Давыдов М.И., Алахвердян А.С., Перевошиков А.Г., Германов А.Б., Стилиди А.С., Мазурин В.С., Кузьмичев В.А., Хлебнов А.В. Морфологическая и клиническая оценка эффективности предоперационной регионарной полихимиотерапии у больных кардиоэзофагеальным раком // Вести. ОНЦ АМН России.- 1995.- С. 53-58.
3. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургич. лечения рака желудка // Comsilium Medicum. - 2000. - Т2, № 1.
4. Давыдов М.Н., Тер-Аванесов М.Д., Стилиди И.С., Германов А.Б., Ефимов О.Н. и др. Рак проксимального отдела желудка: стандарт хирургич. лечения, основан. на 30-летнем опыте // Вестник Российской академии мед. Наук. – 2002. - №1. - С. 25-28.
5. Maruyama K., Sasako M., Kinoshita T. Et al. Surgical treatment for gastric cancer the Japanese apptoch // Semin. Oncol. – 1998. - № 3. – P. 360-368.
6. Bonenkamp H.J., Hartgrink H.H.; van de Velde C.J. Influence of surgery on outcomes in gastric cancer // Surg. Oncol. Clin. N. Am. - 2000. - № 1. - P. 97-117.

УДК 617:616-006]-089-059-031.14
© Ш.Х. Ганцев, 2008

Ш.Х. Ганцев

МУЛЬТИОРГАННАЯ ХИРУРГИЯ

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Росздрава, г. Уфа*

В статье отражено мнение автора, касающегося мультиорганных операций в хирургии и онкологии. Суждения автора строятся на многолетних наблюдениях и научных исследованиях более 2000 больных в клинике хирургии и онкологии. Полученные данные свидетельствуют в пользу мультиорганных операций за счет медицинского и экономического эффекта.

Ключевые слова: хирургические заболевания, рак, сочетанные операции, комбинированные операции, мультиорганная хирургия.

Sh.Kh. Gantsev

MULTIORGANIC SURGERY

In clause the opinion of the author concerning of multiorganic operations in surgery and oncology is reflected. Judgements of the author are under construction on long-term supervision and scientific researches more than 2000 patients in clinic of surgery and oncology. Obtained data I testify in favour of multiorganic operations due to medical and economic benefit.

Key words: surgical diseases, cancer, associated operations, combined operations, multiorganic surgery

Семантика: мультиорганные операции (МОО) – это хирургические вмешательства на двух и более органах выполняемые в один этап, по поводу одного или нескольких заболеваний. Мультиорганный хирургия (МОХ) - понятие более широкое, которое включает организационные, тактические вопросы, особенности ведения наркоза, послеоперационного периода и самое главное – хирургический этап. Понятие мультиорганные операции не является новым. Об этих хирургических вмешательствах писали многие хирурги, онкологи, вкладывая в их в основном комбинированные операции (В.Д. Федоров, 1993; К.Ш. Ганцев, 2005; Ш.Х. Ганцев и соавт., 2007 и др).

История вопроса: автором настоящей статьи 20 лет назад была защищена докторская диссертация, посвященная диагностике и лечению сочетанных заболеваний в абдоминальной хирургии. В те далекие времена эта научная работа была одной из первых такого масштаба, в которой поднимались вопросы одноэтапного хирургического лечения различных заболеваний. В дальнейшем мы продолжим эти исследования при новообразованиях органов брюшной полости. По этой тематике были защищены 2 докторские и 12 кандидатских диссертаций, написаны научные монографии и статьи.

Некоторые дискуссионные вопросы: цель любого хирургического вмешательства заключается в избавлении пациента от болезни, невозможном другими методами, прежде всего с помощью лекарственной и лучевой терапии. Хирургические операции делятся на диагностические и лечебные. В группе лечебных операций выделяют комбинированные, циторедуктивные и др. Принимая во внимание обсуждаемую проблему, следует отметить, что в группу МОО можно отнести следующие: комбинированные, сочетанные, одномоментные, циторедуктивные, некоторые варианты реконструктивно-восстановительных операций. Нами в клинической практике используется понятие стандартных и нестандартных операций. Все вышеперечисленные операции рассматривались нами как нестандартные.

Прежде чем перейти к дискуссионным аспектам, хотелось бы привести самое простое определение комбинированной операции (КО). Это те хирургические вмешательства, когда для решения основной лечебной цели они выполняются на двух или более органах. В это понятие легко укладывается, например резекция части поджелудочной железы и спленэктомия; резекция ректосигмы и мочевого пузыря при местно распространенном раке кишечника и др. А как рассматривается стандартная резекция желудка или гастрэктомия при раке? Во всех классических руководствах эти операции никакого отношения к комбинированным операциям не имеют. А как рассматривать удаление части желудка или всего желудка с большим сальником. Ведь сальник рассматривается с анатомической точки зрения как орган с присущими только ему функциями. Значит, резекция желудка с большим сальником - это комбинированная или мультиорганный операция? То же самое можно сказать и об операциях по поводу рака толстой кишки. Резекция поперечно-ободочной кишки всегда сопровождается резекцией большого сальника, а правосторонняя гемиколонэктомия сопровождается удалением части подвздошной кишки. То же самое можно сказать и об операциях в гинекологии, при кардиоэзофагеальном раке и др. Еще один вид операций в онкологии требует своего уточнения. Это операции на путях лимфооттока при раке. Лимфатическая система человека – «родная сестра» артериальной и венозной систем. Причем при раке это самое уязвимое или слабое звено, участвующее в метастазировании рака. Так почему, удаляя лимфатические коллекторы уровня N1, и особенно N2, N3, и даже N4, операции рассматриваются только как расширенные, но не как комбинированные или мультиорганные? Из сказанного вытекает, что количество стандартных операций в онкологии значительно меньше, чем нам казалось раньше. В онкологии большинство операций имеет мультиорганный характер, и если считать «золотым стандартом», обязательное выполнение операций на путях лимфооттока то

этот уровень приблизится к максимальной отметке. Значит, основа современной онкологии - это мультиорганная хирургия, и деление операций на стандартные и нестандартные теряет свою актуальность.

Материал и методы

К выделению понятия МОХ мы пришли после анализа достаточно большого клинического материала, включающего опыт клиники факультетской хирургии и онкологии Башкирского государственного медицинского университета почти за 25 лет. Нами были сформированы две группы по нозологическому принципу: хирургические и онкологические заболевания, ставшие основой подобного деления.

Хирургических больных в исследовании было 1000 человек, больных с онкопатологией - более 1500 человек.

Условное деление по характеру операций в хирургической практике позволило сформировать 8 типичных сочетаний - патология желудка и желчная патология, спаечная болезнь и вентральные грыжи, желчная патология и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и т.д.

В клинике онкологии нами проанализированы две группы больных - это пациенты, страдавшие раком желудка и толстой кишки. У этих групп больных были изучены 5-летние отдаленные результаты.

Классификации: в хирургической практике мультиорганные операции могут выполняться при сочетанных заболеваниях, которые имеют этиопатогенетическую взаимосвязь. В литературе мы находим описания таких состояний, выделенных в синдромы. Чаше практические хирурги встречаются с синдромом Сейнта (сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчно-каменной болезни и дивертикулеза кишечника).

Другая группа сочетанных заболеваний, требующих мультиорганных операций, - это патологические состояния, в развитии которых не усматривается этиопатогенетической связи (индифферентные сочетания). Примерами таких заболеваний могут быть язвенный пилоростеноз и хронический рецидивирующий аппендицит или грыжа, острый деструктивный холе-

цистит и хронический аппендицит или дивертикул Меккеля и др. Имеется еще одна группа патологических состояний, когда возникает необходимость мультиорганной операции, - это ятрогения. На практике встречаются повреждения селезенки, кишечника, некрозы мобилизованных органов, пересечения протоков и др.

Мультиорганные операции в абдоминальной хирургии можно разделить на операции только на органах брюшной полости и операции на органах брюшной полости и других областях. По срочности мультиорганные операции могут быть экстренными и плановыми.

По срочности хирургических вмешательств выделяются экстренные операции на органах брюшной полости и плановые.

В онкологии всегда считалось, что радикализм операции, а это прежде всего объемы операций, которые и определяют результат лечения и возможные перспективы онкологического больного. В настоящее время наличие отдаленных метастазов уже не является абсолютным противопоказанием к операции. Одиночные метастазы в печень, головной мозг, легкие не являются проблемой и имеют у части больных лечебные перспективы.

Мультиорганные операции в онкологии включают следующие хирургические вмешательства - комбинированные, одномоментные на нескольких органах, сочетанные, циторедуктивные, реконструктивно-восстановительные. Комбинированные операции - это вмешательства, при которых удаляются/резецируются анатомически связанные между собой или анатомически соприкасающиеся органы. При одномоментных и сочетанных операциях оперируемые органы могут находиться в разных и даже в одной анатомической области. Циторедуктивные и туморредуктивные операции относятся к паллиативным хирургическим вмешательствам, так как при этих операциях часть опухоли или метастазы могут оставаться. Современные возможности хирургии позволяют в один этап удалять метастазы из печени, других органов и переводить классическую циторедуктивную в мульт-

тиорганную операцию, повышая при этом радикализм операции. Ряд реконструктивно-восстановительных операций выполняется на нескольких органах, которые, как правило, функционально взаимосвязаны. Мультиорганые операции в онкологии могут выполняться из одного, двух и более доступов. При выполнении этих операций возможна комбинация доступов – мини - инвазивный, эндоскопический и др. МОО могут выполняться в один, два и более этапов. Последовательность операций также имеет свои особенности. Комбинированные операции выполняются моноблочно, и вопросов, как правило, не возникает. При выполнении сочетанных и одномоментных операций лучше соблюдать следующий принцип – от простой операции к более сложной, от менее инфицированного этапа операции к более инфицированному. Вначале выполняются операции без вскрытия просвета полых органов, а затем – со вскрытием. При наличии метастазов в печени, легких и других органах сначала выполняется основная операция, а затем на органе, пораженном метастазами. Операцией выбора в этих условиях является минимально трав-

матичная методика, например радиочастотная абляция.

Результаты мультиорганых операций: мультиорганые операции в хирургии, безусловно, экономически обоснованы. Нет необходимости в повторном обследовании, операции, затратах на лекарственные препараты. Наш анализ послеоперационных осложнений показал, что их число при мультиорганых операциях не превышает таковых при выполнении моноорганной операции. Экономическая эффективность при этих операциях, по нашим данным, составила: на один вложенный доллар доход составил три доллара.

Основным показателем эффективности мультиорганых операций в онкологии являются отдаленные результаты. Ниже приведены графики (рис.1 и 2) результатов лечения при раке желудка и толстой кишки больных, которые перенесли комбинированные операции. В качестве контроля в обеих группах были паллиативные операции - в объеме гастроэнтеростомии при раке желудка и колостомии при раке толстой кишки.

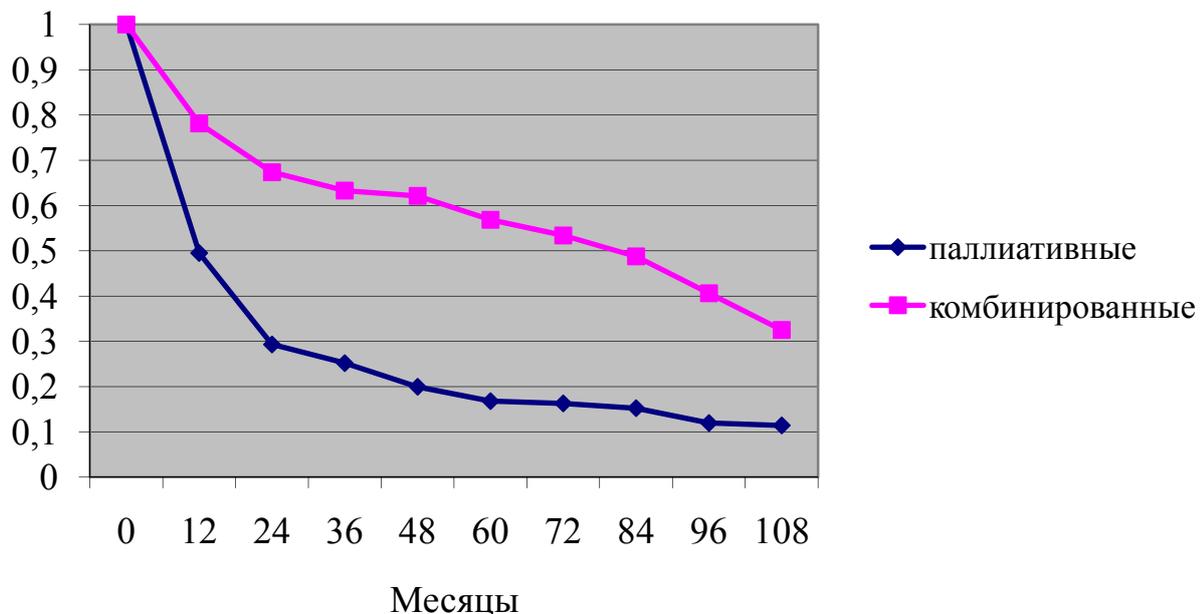


Рис. 1. Выживаемость больных раком желудка в зависимости от вида операции

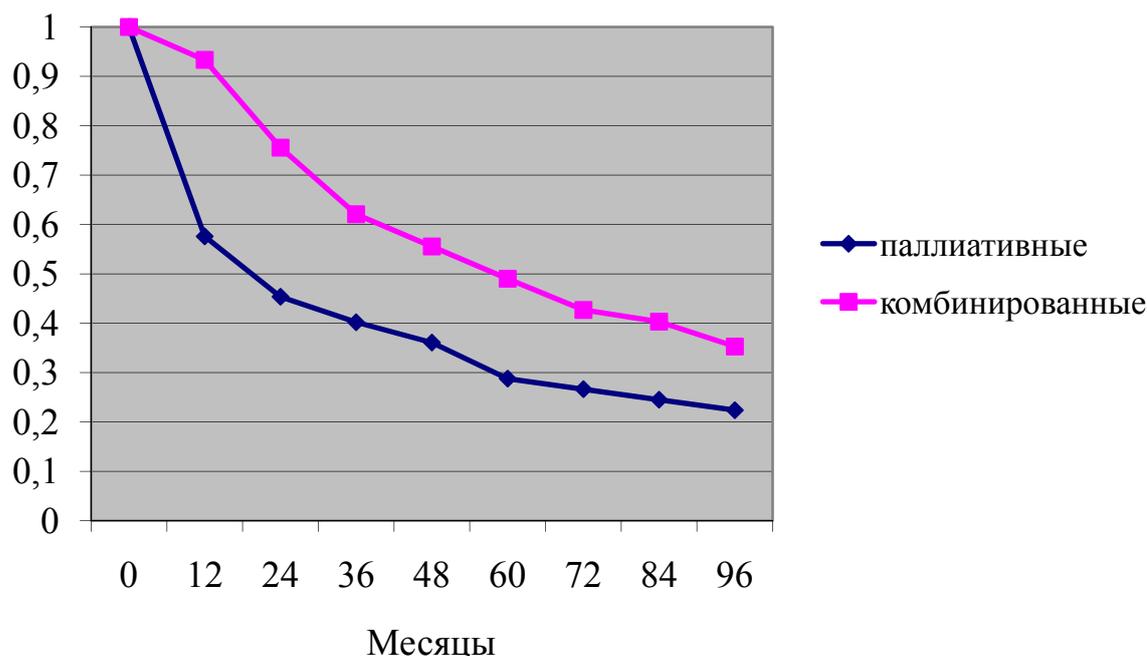


Рис. 2. Выживаемость больных колоректальным раком в зависимости от вида операции

При комбинированной операции по поводу рака желудка средняя длительность нахождения больного в стационаре в связи с операцией составляет 20 дней, при паллиативной – 14 дней; расходы на комбинированную операцию составляют 15000 руб., на паллиативную – 7000 руб. Медиана выживаемости выше при комбинированных операциях и составляет 84 месяца, при паллиативной – 24,5 месяца, без операции – 12 месяцев. При оценке причиненного экономического ущерба в связи с заболеванием нами оценивались расходы на операцию, а также расходы на реабилитацию пациента, на пособие по инвалидности в течение первых трех лет после хирургического лечения больных после комбинированных, в течение двух лет после паллиативных и в течение года – без операции, за вычетом налогов с заработной платы за три года трудовой дея-

тельности у больных после комбинированных операций. Подсчеты показали, что мультиорганная операция при раке желудка и реабилитация больного обходятся в 92835 руб., а при паллиативной операции – 96854 руб. При этом продолжительность жизни больного после паллиативной операции в 3 раза короче, чем после мультиорганной операции.

Заключение: выделение мультиорганной операции в хирургии и онкологии правомочно. МО являются основой понятия мультиорганная хирургия, которое требует уточнения и совершенствования. Мультиорганная операция в хирургии и онкологии имеют преимущества за счет медицинской и экономической эффективности. Дальнейшее совершенствование МО возможно за счет внедрения новых технологий, обезболивания, операций, ведения послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганцев К.Ш. Нестандартные операции в абдоминальной онкологии. – Уфа: Изд - во Новый стиль, 2005. - 103 с.
2. Ганцев Ш.Х., Плечев В.В., Ганцев К.Ш. Нестандартные операции в абдоминальной онкологии. - М: ООО «МИА», 2007. - 288 с.
3. Федоров В.Д. Среднетяжелые, тяжелые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. - 1993. - №3. - С. 3—7.