

Государственное  
бюджетное учреждение  
здравоохранения  
«Санкт-Петербургский  
клинический научно-  
практический центр  
специализированных видов  
медицинской помощи

(онкологический)  
им. Н.П. Напалкова»  
(Санкт-Петербург, Россия)

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

В.В. Егоренков

### PALLIATIVE SURGERY

**В.В. Егоренков**

Кандидат медицинских наук, заместитель директора по медицинской части,  
ГБУЗ «СПбКНЦСВМП(о) им. Н.П. Напалкова»,  
197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, Ленинградская ул., д. 68А.

**V.V. Egorenkov**

Candidate of Sciences, Deputy Director for Medical Affairs,  
St. Petersburg Clinical Research and Practical Center of Specialized Types for Medical Care  
(Oncological) named after N.P. Napalkov.  
197758, Saint Petersburg, Pesochny, Leningradskaya str., 68A, lit. A.

Паллиативными называют такие операции, которые направлены на улучшение качества жизни больного, уменьшение болей и других мучительных симптомов. В отличие от радикальных хирургических вмешательств, они не избавляют от рака, а лишь помогают улучшить состояние пациента. Паллиативная хирургия – частое явление в онкологических центрах, составляющая почти четверть случаев в практике врача-хирурга. Общие показания для паллиативной хирургической консультации включают желудочно-кишечную непроходимость, желудочно-кишечное кровотечение, механическую желтуху, проблемы с ранами, перфорацию кишечника, асцит и боли в животе. В этой главе будут обсуждаться частые показания к паллиативной хирургии, варианты лечения, хирургические вмешательства и переменные, связанные с исходом.

**Ключевые слова:** паллиативная хирургия; анализ рисков.

Palliative surgery is defined as surgery for symptoms attributable to an advanced or incurable malignancy or symptoms due to malignancy treatment. Palliative surgery is a frequent occurrence at cancer centers and represents almost a quarter of a surgical oncologist's practice. Common indications for palliative surgical consultation include gastrointestinal obstruction, gastrointestinal bleeding, obstructive jaundice, wound problems, bowel perforation, ascites, and abdominal pain. This chapter will discuss the frequent indications for palliative surgery, management options, surgical interventions, and variables associated with outcome.

**Keywords:** palliative surgery; communication; risk-benefit analysis.

**Х**ирургическое вмешательство играет важную роль в лечении злокачественных новообразований. Мы знаем, что большинство ранних солидных опухолей потенциально можно вылечить хирургическим путем, однако и на поздних стадиях опухолевого процесса значительному числу больных может потребоваться та или иная форма хирургического вмешательства. В последние годы паллиативному хирургическому лечению уделяется все больше внимания, а сфера паллиативной помощи получает все большее признание среди онкологов [1].

Традиционно паллиативная хирургия определяется как операции, направленные на устранение осложнений, вызванных злокачественным

новообразованием. В отличие от радикальных хирургических вмешательств, они не избавляют от опухолевого процесса, а лишь помогают улучшить состояние пациента [2]. Эффективность паллиативной хирургии оценивается по наличию и продолжительности разрешения симптомов, а не по классическим целевым онкологическим показателям (время без прогрессирования, общая выживаемость).

Паллиативная хирургия широко распространена в хирургической онкологической практике и составляет от 10 до 20% от всех выполняемых операций в онкологии [3].

Еще не так давно оригинальная радикальная мастэктомия по Холстеду предлагалась для облегчения симптомов развития злокачественного новообразования (боли), и только позже было обнаружено, что в дополнение к улучшению качества жизни она улучшает и выживаемость. Проведение паллиативной операции может способствовать длительному и при этом бессимптомному течению заболевания у большинства пациентов. Одно из проспективных исследований паллиативной онкологической хирургии показало, что у 80% пациентов наблюдалось улучшение или разрешение симптомов в течение 30 дней при медиане контроля симптомов 135 дней [4].

Общие показания для паллиативной хирургической консультации включают: стойкий болевой синдром, желудочно-кишечную непроходимость, желудочно-кишечное кровотечение, механическую желтуху, проблемы с ранами, перфорацию кишечника, асцит, трахеобронхиальную обструкцию, кровохарканье, бронхоплевральные свищи и т.д. [5]. Эти состояния могут вызвать изнурительные симптомы, которые трудно контролировать. Местнораспространенный рак молочной железы, рак кожи, а также обширное поражение узлов на фоне опухолевого распада могут вызывать болезненные раны с неприятным запахом, которые кровоточат и требуют частого ухода. Заболевания периферических сосудов несут с собой боль в состоянии покоя и незаживающие раны. Плевральный и перикардиальный выпот может ограничивать активность и толерантность к физической нагрузке. Все это может быть болезненным и негативно влиять на независимость и качество жизни пациента, эпизодически приостанавливая курсы его специализированного лечения.

Ни одно хирургическое вмешательство не может рассматриваться без анализа рисков. Процент осложнений и связанная с ними послеоперационная летальность намного выше после паллиативных хирургических вмешательств, чем при аналогичных процедурах, выполняемых в плановых ситуациях. Частота послеоперационных осложнений и связанных с ними летальных исходов в группе паллиативных пациентов и в группе пациентов, оперированных по поводу первичной опухоли, составляет 28,3% и 8,9% соответственно. Например, общий уровень смертно-

сти при чрескожной эндоскопической гастростомии составляет 0,2% [6], при этом у пациентов со злокачественными новообразованиями при паллиативной декомпрессии эта процедура была связана с двадцатипроцентной внутрибольничной смертностью [7]. Исследование результатов паллиативной хирургической помощи, охватившее 1022 пациентов, выявило одиннадцатипроцентную смертность в течение двух месяцев. Аналогичным образом ретроспективный обзор 884 процедур паллиативной торакальной хирургии показал, что 11% пациентов умерли до выписки из больницы [5]. Потенциальные осложнения, связанные с паллиативной хирургией, могут увеличить время пребывания пациента в стационаре [8]. Пациенты, оперированные по поводу кишечной непроходимости на фоне опухолевого процесса, как правило, не могут избежать повторных госпитализаций ввиду развившихся фатальных осложнений (число таких госпитализаций составляет 11–61%) [9]. Значительный риск ранних послеоперационных осложнений важен при обсуждении хирургических объемов помощи у каждого конкретного пациента. Важно понимать, что восстановление после паллиативных операций требует физических ресурсов, зачастую превосходящих резервы больного [10].

Не всегда можно предсказать и предотвратить осложнения, но знания о конкретной хирургической манипуляции позволяют предвидеть характер и потенциальную частоту осложнений, связанных с ней. Предлагая тот или иной вариант паллиативного лечения, хирург должен экстраполировать результаты других случаев хирургического лечения опухолевого процесса на поздних стадиях и, тщательно оценив риски осложнений, внести ясность во все преимущества и недостатки паллиативной хирургии у конкретного пациента. У тщательно отобранных пациентов преимущества паллиативной хирургии могут быть значительными. Паллиативная хирургия может привести к существенному и длительному улучшению качества жизни таких пациентов на фоне бессимптомного течения заболевания [5]. В ретроспективном обзоре, охватившем 193 пациентов, у которых злокачественную кишечную непроходимость лечили хирургическим путем, отмечено, что 91% больных смогли вернуться к полноценной общей диете в течение двух недель [11]. В аналогичном обзоре паллиативных операций при злокачественной кишечной непроходимости хирургического контроля удалось достичь у 42–80% пациентов. Однако во включенных исследованиях наблюдались и случаи повторной обструкции кишечного тракта (10%) [12]. Значительное улучшение симптомов наблюдается и при других видах паллиативной хирургии, включая паллиативную гастрэктомию, которая обеспечивает успешный контроль симптомов без необходимости дальнейших паллиативных вмешательств у 76% пациентов [13].

Важно отметить, что для пациентов с ограниченной продолжительностью жизни скорость и долгосрочность эффекта, достигаемого хирургическим путем, являются приоритетными задачами. Одно из исследований, включавшее широкий спектр паллиативных хирургических процедур, показало, что улучшение симптомов сохранялось в среднем в течение 3,4 месяцев после операции [10].

Паллиативные хирургические процедуры охватывают широкий спектр операций: от сравнительно небольших эндоскопических до сложных и инвазивных. Хирурги хорошо знакомы с масштабами и временем послеоперационного восстановления при разных объемах оперативных вмешательств. Это понимание очень важно при определении того, какие вмешательства соответствуют целям конкретного пациента. При высокоселективном и индивидуальном подходе даже операция в объеме экзентерации малого таза может обеспечить облегчение симптомов у 79% пациентов из общей когорты [14]. Но период восстановления после экзентерации может составить 3–6 месяцев, что может негативно сказаться на качестве жизни паллиативного пациента [15]. Пусть это крайний случай и не самый характерный пример, но он достаточно хорошо подтверждает вывод, что только осознание хирургом всех потенциальных затрат и преимуществ, связанных с предстоящей операцией, делает его мнение ценным в выборе лечебной тактики.

Минимально инвазивные или эндоскопические хирургические вмешательства можно рассматривать как дополнительные инструменты для улучшения качества жизни паллиативных пациентов. В определенных ситуациях эндоскопические процедуры могут быть чрезвычайно успешными. Например, паллиативная трансуретральная резекция простаты имеет меньшую частоту осложнений и не требует деривации мочи, характерной для более обширных операций на мочевыводящих путях [16]. Эндоскопические процедуры чаще применяются у пациентов с более короткой продолжительностью жизни, когда краткосрочный успех и отсутствие осложнений, как уже было отмечено, становятся наивысшим приоритетом [8]. Снижение риска краткосрочных осложнений при эндоскопических процедурах делает их ценным инструментом в паллиативном арсенале [8]. Использование желудочно-кишечных стентов при раке желудка связано с повышенным уровнем поздних осложнений по сравнению с хирургической группой (44% против 12%) [17]. Хотя краткосрочное соотношение риска и пользы может благоприятствовать минимально инвазивным процедурам, они не обладают такой же долговечностью, как хирургические вмешательства. Таким

образом, преимущества хирургических вмешательств могут перевесить преимущества эндоскопических процедур в ряде случаев.

Выбор паллиативного вмешательства часто требует от практикующих врачей сопоставления потенциальной пользы и вреда от предстоящей манипуляции. Пациенты, которые просят сделать им операцию, могут не до конца понимать, на что они соглашаются с точки зрения выздоровления или риска развития осложнений. Только хирург сможет дать исчерпывающее представление о том, какие вмешательства осуществимы у конкретного пациента и наиболее соответствуют целям его лечения, учитывая баланс риска и пользы.

Отбор пациентов имеет решающее значение для последующей оценки результатов проведенной паллиативной операции. Как правило, плохие результаты паллиативной хирургии связаны с общим состоянием пациента, сниженным питанием и дефицитом веса [18]. Только те пациенты, которые, по субъективной оценке, являются наиболее «сохранными», считаются подходящими для паллиативной хирургической помощи [19]. Раннее привлечение хирурга к обсуждению состояния пациента может помочь определить время и объем потенциальной паллиативной операции. Поскольку более физиологически здоровый пациент имеет шансы на лучшие результаты паллиативной хирургии, некоторые хирурги выступают за упреждающие паллиативные процедуры при ожидаемых симптомах прогрессирования заболевания. Важно, чтобы хирург до операции полностью осознавал цели паллиативной помощи пациенту. Больше того, хирурги должны адаптировать хирургическое вмешательство к конкретным целям. Операции с высоким риском осложнений требуют принятия сложных решений, и результат не всегда может быть заранее ясен даже самому опытному хирургу. При обсуждении потенциальных паллиативных вмешательств «акцент» необходимо делать лишь на тех вещах, которые можно реально осуществить. В идеале предлагаемые паллиативные процедуры должны проводиться с намерением принести максимально возможную пользу пациентам [20].

Усилия паллиативной хирургии должны быть сосредоточены на качестве жизни, контроле симптомов и их профилактике. Для хирургов-онкологов важно научиться распознавать, когда паллиативное хирургическое вмешательство при запущенных стадиях злокачественного новообразования может быть целесообразным, быть знакомыми со спецификой проведения этих операций и понимать нюансы послеоперационного ухода и лечения осложнений у данной группы пациентов.

## Список литературы

1. *Al-Mabrezi A., Al-Mandhari Z.* Palliative care: Time for action // *Oman Med. J.* – 2016. – Vol. 31. – P. 161–3.
2. *McCabill L.E., Krouse R., Chu D., Juarez G., Uman G.C., Ferrell B., et al.* Indications and use of palliative surgery – results of society of surgical oncology survey // *Ann. Surg. Oncol.* – 2002. – Vol. 9. – P. 104–12.

3. *Geoffrey P. Dunn, David E. Weissman* (2009) *Surgical Palliative Care: A Residents Guide*. American College of Surgeons/Cunniff-Dixon Foundation: Essex, CT, USA.
4. *Miner T.J., Brennan M.F., Jaques D.P.* A prospective, symptom related, outcomes analysis of 1022 palliative procedures for advanced cancer // *Ann. Surg.* – 2004. – Vol. 240. – P. 719–26.
5. *Freeman R.K., Arevalo G., Ascoti A.J., et al.* An assessment of the frequency of palliative procedures in thoracic surgery // *J. Surg. Educ.* – 2017. – Vol. 74. – P. 878–82.
6. *Cohen J.T., Miner T.J.* Patient selection in palliative surgery: Defining value // *J. Surg. Oncol.* – 2019. – Vol. 120. – P. 35–44.
7. *Keung E.Z., Liu X., Nuzbad A., et al.* In-hospital and long-term outcomes after percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with malignancy // *J. Am. Coll. Surg.* – 2012. – Vol. 215. – P. 777–86.
8. *Kim B.J., Aloia T.A.* Cost-effectiveness of palliative surgery versus nonsurgical procedures in gastrointestinal cancer patients // *J. Surg. Oncol.* – 2016. – Vol. 114. – P. 316–22.
9. *Paul Olson T.J., Pinkerton C., Brasel K.J., et al.* Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review // *JAMA Surg.* – 2014. – Vol. 149. – P. 383–92.
10. *Miner T.J., Jaques D.P., Shriver C.D.* A prospective evaluation of patients undergoing surgery for the palliation of an advanced malignancy // *Ann. Surg. Oncol.* – 2002. – Vol. 9. – P. 696–703.
11. *Maeda Y., Shinohara T., Katayama T., et al.* A laparoscopic approach is associated with a decreased incidence of SSI in patients undergoing palliative surgery for malignant bowel obstruction // *Int. J. Surg.* – 2017. – Vol. 42. – P. 90–4.
12. *Feuer D.J., Broadley K.E., Shepherd J.H., et al.* Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. – Vol. 4. – P. CD002764.
13. *Miner T.J., Jaques D.P., Karpeh M.S., et al.* Defining palliative surgery in patients receiving noncurative resections for gastric cancer // *J. Am. Coll. Surg.* – 2004. – Vol. 198. – P. 1013–21.
14. *PelvEx Collaborative.* Palliative pelvic exenteration: A systematic review of patient-centered outcomes // *Eur. J. Surg. Oncol.* – 2019. – Vol. 45. – P. 1787–95.
15. *Hope J.M., Potburi B.* The role of palliative surgery in gynecologic cancer cases // *Oncologist.* – 2013. – Vol. 18. – P. 73–9.
16. *Piper C., Porres D., Pfister D., et al.* The role of palliative surgery in castration-resistant prostate cancer. *Curr. Opin. Support Palliat Care.* – 2014. – Vol. 8. – P. 250–7.
17. *No J.H., Kim S.W., Lim C-H., et al.* Long-term outcome of palliative therapy for gastric outlet obstruction caused by unresectable gastric cancer in patients with good performance status: endoscopic stenting versus surgery // *Gastrointest Endosc.* – 2013. – Vol. 78. – P. 55–62.
18. *Thomay A.A., Jaques D.P., Miner T.J.* Surgical palliation: getting back to our roots. *Surg // Clin. North Am.* – 2009. – Vol. 89. – P. 27–41.
19. *Miner T.J.* The palliative triangle: Improved patient selection and outcomes associated with palliative operations // *Arch. Surg.* – 2011. – Vol. 146. – P. 517.
20. *Rao J., Tiruchelvarayan R., Lee L.* Palliative surgery for cervical spine metastasis // *Singapore Med. J.* – 2014. – Vol. 55. – P. 569–73.

## References

1. *Al-Mabrezi A., Al-Mandhari Z.* Palliative care: Time for action. *Oman Med. J.* 2016; 31: 161–3. Doi: 10.5001/omj.2016.32.
2. *McCabill L.E., Krouse R., Cbu D., Juarez G., Uman G.C., Ferrell B., et al.* Indications and use of palliative surgery – results of society of surgical oncology survey. *Ann. Surg. Oncol.* 2002; 9: 104–12. Doi: 10.1245/aso.2002.9.1.104
3. *Geoffrey P. Dunn, David E. Weissman* (2009) *Surgical Palliative Care: A Residents Guide*. American College of Surgeons/Cunniff-Dixon Foundation: Essex, CT, USA.
4. *Miner T.J., Brennan M.F., Jaques D.P.* A prospective, symptom related, outcomes analysis of 1022 palliative procedures for advanced cancer. *Ann. Surg.* 2004; 240: 719–26.
5. *Freeman R.K., Arevalo G., Ascoti A.J., et al.* An assessment of the frequency of palliative procedures in thoracic surgery. *J. Surg. Educ.* 2017; 74: 878–82.
6. *Cohen J.T., Miner T.J.* Patient selection in palliative surgery: Defining value. *J. Surg. Oncol.* 2019; 120: 35–44.
7. *Keung E.Z., Liu X., Nuzbad A., et al.* In-hospital and long-term outcomes after percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with malignancy. *J. Am. Coll. Surg.* 2012; 215: 777–86.
8. *Kim B.J., Aloia T.A.* Cost-effectiveness of palliative surgery versus nonsurgical procedures in gastrointestinal cancer patients. *J. Surg. Oncol.* 2016; 114: 316–22.
9. *Paul Olson T.J., Pinkerton C., Brasel K.J., et al.* Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review. *JAMA Surg.* 2014; 149: 383–92.
10. *Miner T.J., Jaques D.P., Shriver C.D.* A prospective evaluation of patients undergoing surgery for the palliation of an advanced malignancy. *Ann. Surg. Oncol.* 2002; 9: 696–703.
11. *Maeda Y., Shinohara T., Katayama T., et al.* A laparoscopic approach is associated with a decreased incidence of SSI in patients undergoing palliative surgery for malignant bowel obstruction. *Int. J. Surg.* 2017; 42: 90–4.

12. Feuer D.J., Broadley K.E., Shepherd J.H., et al. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000; 4: CD002764.
13. Miner T.J., Jaques D.P., Karpeh M.S., et al. Defining palliative surgery in patients receiving noncurative resections for gastric cancer. *J. Am. Coll. Surg.* 2004; 198: 1013-21.
14. PelvEx Collaborative. Palliative pelvic exenteration: A systematic review of patient-centered outcomes. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2019; 45: 1787-95.
15. Hope J.M., Potburi B. The role of palliative surgery in gynecologic cancer cases. *Oncologist* 2013; 18: 73-9.
16. Piper C., Porres D., Pfister D., et al. The role of palliative surgery in castration-resistant prostate cancer. *Curr. Opin. Support Palliat. Care* 2014; 8: 250-7.
17. No J.H., Kim S.W., Lim C-H., et al. Long-term outcome of palliative therapy for gastric outlet obstruction caused by unresectable gastric cancer in patients with good performance status: endoscopic stenting versus surgery. *Gastrointest Endosc.* 2013; 78: 55-62.
18. Thomay A.A., Jaques D.P., Miner T.J. Surgical palliation: getting back to our roots. *Surg. Clin. North Am.* 2009; 89: 27-41.
19. Miner T.J. The palliative triangle: Improved patient selection and outcomes associated with palliative operations. *Arch. Surg.* 2011; 146: 517.
20. Rao J., Tiruchelvarayan R., Lee L. Palliative surgery for cervical spine metastasis. *Singapore Med. J.* 2014; 55: 569-73.