



# Челябинский окружной клинический онкологический диспансер

## Паллиативная помощь как этап комбинированного лечения при ЗНО органов грудной клетки



Гнатюк Я.А.,  
Лукин А.А.,  
Миронченко М.Н.,  
Манцырев Е.О.,  
Тимофеев С.Н. ,  
Гатьятов Р.Р.,  
Колосова Е.С.,  
Печерица Е.Д.

**Челябинск 2016**

# Актуальность

- В настоящее время паллиативная помощь имеет в своем арсенале целый ряд самостоятельных методов, позволяющих улучшить качество жизни пациентов: обезболивание, коррекция психоэмоционального статуса, детоксикация, паллиативные инструментальные и хирургические вмешательства с использованием по показаниям физических факторов.
- Определяется место паллиативных хирургических вмешательств с применением физических методов воздействия в комплексе лечебных мероприятий повышающих качество жизни больных с распространенными опухолями трахеи, бронхов, пищевода...
- Разрабатываются эффективные и безопасные методы коррекции гемостаза, повышающие качество жизни пациентов и определяются показания и противопоказания к их применению.....

*Г.А. Новиков Перспективы развития паллиативной помощи в России*

# Актуальность

В общей группе больных с выявленными ЗНО органов грудной клетки особое внимание следует уделить пациентам с патологией, сопровождающейся воспалительно-деструктивными изменениями в легких и грудной полости, легочными кровотечениями, синдромом сдавления верхней полой вены, опухолевом стенозе при раке пищевода и кардиального отдела желудка – то есть с осложненными формами рака легкого и пищевода из-за трудностей при диагностике и лечении данной группы пациентов

# Актуальность

**Не смотря на успехи современной диагностики от 80 до 90% больных с впервые выявленном раком пищевода и кардиального отдела желудка к моменту оперативного вмешательства имеют III-IV стадии, когда лечение носит условно радикальный или паллиативный характер.**

*С.А. Тузиков, С.Г. Афанасьев Научно-исследовательский институт онкологии ТНЦ РАМН, Томск. 2010 год*

# Актуальность

Частота рака легкого сопровождающегося осложнениями может составлять от 13.7 до 30% (Harada M. et.al., 2009, Remiszewski p. et.al.2011), число больных с клиникой кровохаркания могут составлять до 50% от общего числа пациентов (Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., 2010).

# Осложнения местно-распространенного рака легкого

## 1. Связанные с инвазией опухоли или лимфоузлов средостения в просвет сосудов

- Синдром сдавления верхней полой вены
- Легочное кровотечение

## 2. Гнойно-деструктивные осложнения

- Абсцедирующая форма рака легкого (распад в опухоли)
- Параканкротная пневмония (с абсцедированием, и без)
- Экссудативный плеврит и эмпиема плевры
- Гнойный перикардит
- Медиастинальный лимфаденит

# Синдром сдавления верхней полой вены (ССВПВ)

- В 85 – 95% случаев вызван злокачественными новообразованиями
- ССВПВ развивается у 5% больных раком легкого
- 12-месячная выживаемость составляет от 1% (по данным СПБМАПО) до 3% (по данным NCI) после проведенного комплексного лечения.
- **Средняя продолжительность жизни**, от момента появления признаков **СВПВ без лечения**, составляет менее **6 недель**; после проведения **комплексного** специального лечения (химиолучевая терапия) **6-7 месяцев.**



# Схема лечения на этапе паллиативной помощи

1. Применение экстренных симптоматических мероприятий: кортикостероиды, диуретики, антикоагулянты, кислородотерапия, противосудорожные средства.
2. Миелома, герминогенные опухоли, рак молочной и предстательной желез, лимфопролиферативные заболевания – химиотерапевтическое лечение.
3. Мелкоклеточный рак легкого, лимфопролиферативные заболевания – лучевая терапия + химиотерапия.
4. Немелкоклеточный рак легкого – лучевая терапия.
5. При наличии ССВПВ возможно проведение стентирования ВПВ.





# Ограничение специальных методов лечения к применению

- Отсутствует морфологическая верификация опухолевого процесса
- Поступление пациентов в стационар преимущественно в состоянии средней степени тяжести и в тяжелом состоянии ( до 84% впервые обратившихся )
- Тяжесть состояния пациентов не позволяет полноценно применять все виды диагностических манипуляции
- Проведение открытых шунтирующих, декомпрессивных операций связано с высокими показателями послеоперационной летальности и может быть выполнено лишь в единичных случаях.



**Не существует общепринятых  
стандартов диагностики и  
лечения пациентов с ССВПВ**

# **Временное экстракорпоральное кава-кавальное шунтирование**

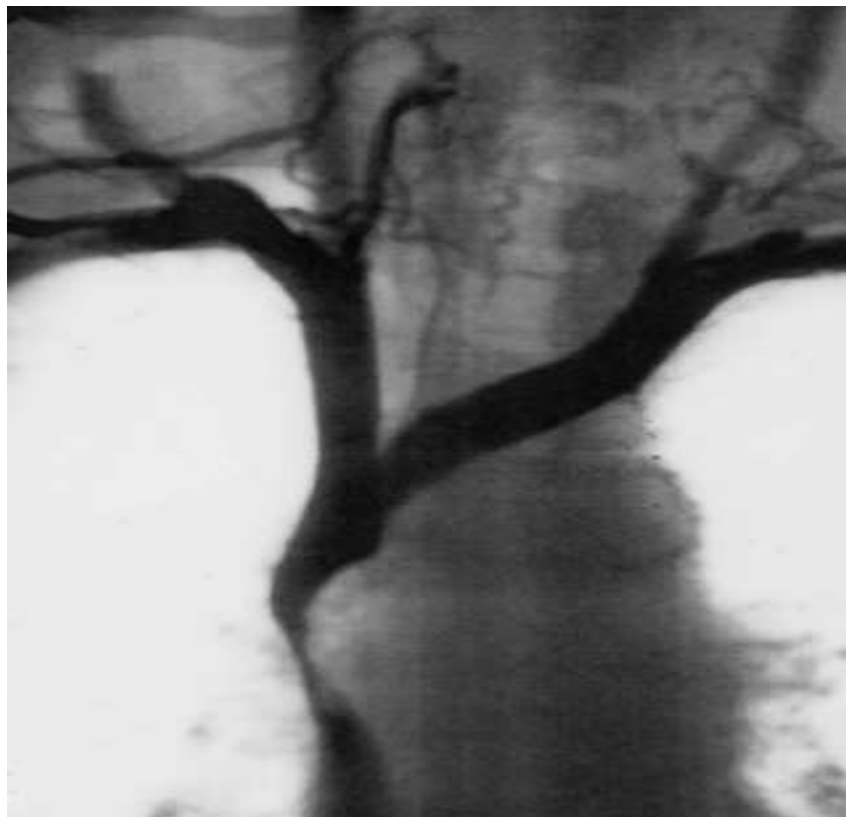
- 1. Техническая простота выполнения оперативного вмешательства.**
- 2. Может применяться у пациентов, отягощённых наличием сопутствующей патологии, других осложнений.**
- 3. Использование ангиографических катетеров:**
  - снижает риск тромбообразования,**
  - позволяет в кратчайшие сроки снизить давление в системе ВПВ**
  - дополнительные инфузионные порты упрощают введение лекарственных средств в просвет шунта.**



*Важенин А.В., Фокин А.А., Фастаковский В.В.*

# Чрезкожное стентирование ВПВ

Впервые использован для лечения ССВПВ в 1978 году



1. Разрешение ССВПВ в 80-100% случаев
2. Возможен к применению в случае рецидива ССВПВ
3. Ограничен к применению по причине отсутствия в онкоклиниках специализированных отделений интервенционной радиологии

*Prommer E., Casciato D., 2008.*

# Лучевой метод лечения

До сих пор дискуссируема проблема о предпочтительных  
схемах лучевой терапии

Лучевая терапия  
крупными фракциями  
4-5 Гр

С. А. Проценко, 2006

Лучевая терапия  
мелкими фракциями  
0.5 – 1.7 Гр

Бабский В.И., Брюсов П.Г., 2004

Ограничен к применению тяжелым общим статусом пациента,  
наличием кровохаркания, распада опухоли, лейкопении.

# Алгоритм лечения ССВПВ в ЧОКОД

СВПВ I ст .

СВПВ II ст .

СВПВ III ст .

Стентирование  
просвета ВПВ

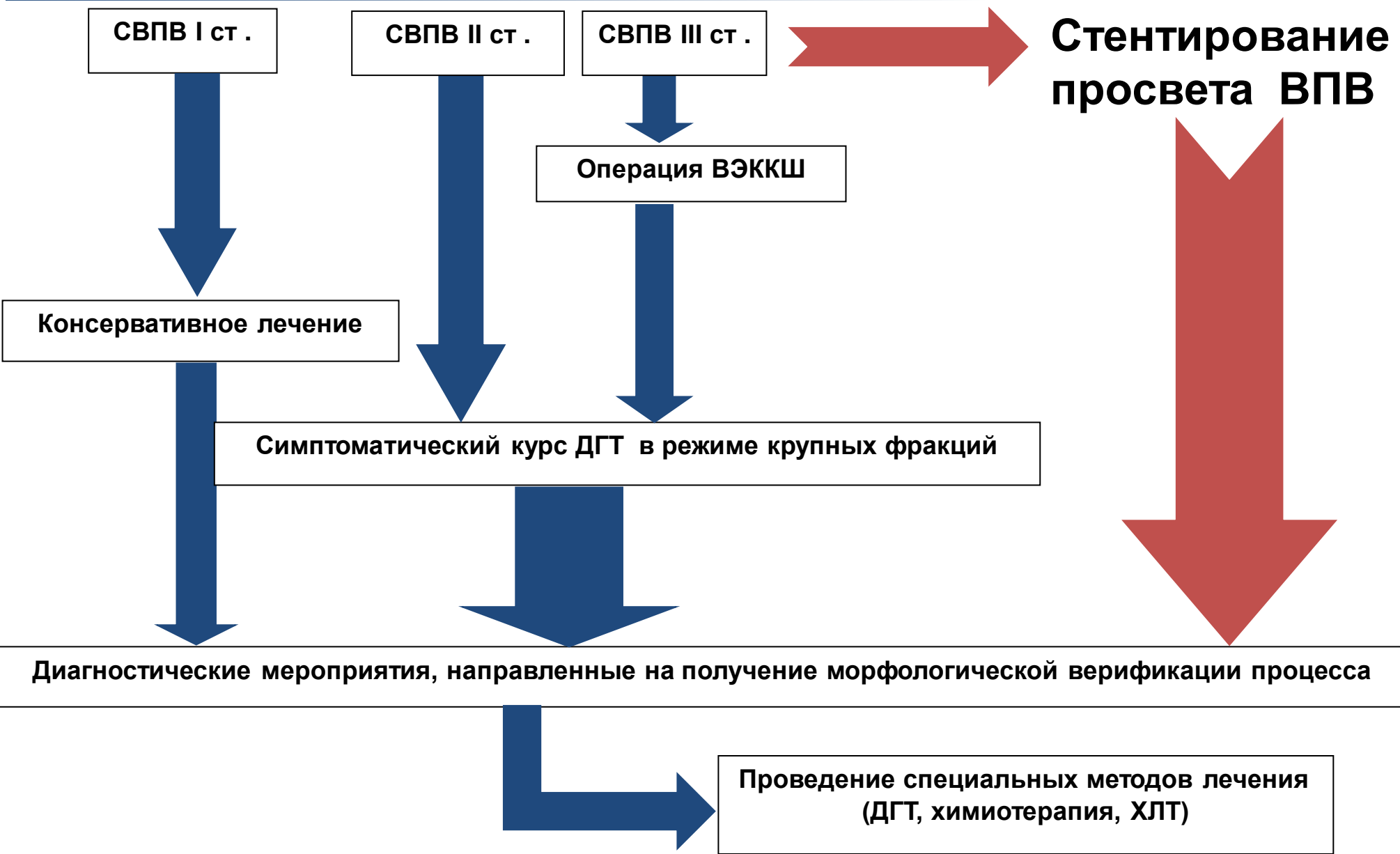
Операция ВЭКШ

Консервативное лечение

Симптоматический курс ДГТ в режиме крупных фракций

Диагностические мероприятия, направленные на получение морфологической верификации процесса

Проведение специальных методов лечения  
(ДГТ, химиотерапия, ХЛТ)



# Легочные кровотечения

- ЛК встречаются в процессе диагностики и лечения у 20% больных раком легкого.
- У 7 – 10% больных ЛК становится первым симптомом рака легкого.
- 3% больных раком легкого гибнут от массивных ЛК.
- Молниеносные легочные кровотечения составляют 5% случаев с летальностью 95%.
- 3- годичная выживаемость составляет менее 2 %

*Witt C., Romaniuk K., 2010; Borges A.C., John M., 2011*



# Классификации легочных кровотечений

## Классификация в зависимости от объема кровопотери:

- малое легочное кровотечение – от 50 до 100 мл/сутки;
- среднее легочное кровотечение – от 100 до 500 мл/сутки;
- тяжелое легочное кровотечение более 500 мл/сутки;
- особо тяжелое – обильное легочное кровотечение более 500 мл, возникающее одномоментно или в течение короткого промежутка времени





# Классификации легочных кровотечений

*Классификация в зависимости от интенсивности кровопотери  
(Е. Г. Григорьев):*

- 1 степень — кровохарканье:
- 1а – 50 мл/сутки;
- 1б – 50-200 мл/сутки;
- 1в – 200-500 мл/сутки.
- 2 степень — массивное легочное кровотечение:
- 2а – 30-200 мл/ч;
- 2б – 200-500 мл/ч.
- 3 степень — профузное легочное кровотечение:
- 3а – 100 мл одномоментно;
- 3б — более 100 мл одномоментно + обструкция трахеобронхиального дерева, асфиксия.



# Хирургическое лечение

- Радикальное и паллиативное хирургическое лечение (стандартные и атипичные резекции, перевязка легочных и бронхиальных артерий парамедиастинальным доступом).
- ✓ определенный источник кровотечения
- ✓ достаточные функциональные резервы пациента
- ✓ отсутствие экстраторакального распространения заболевания;
- ✓ резектабельность опухоли в радикальном (паллиативном) объеме

При отсутствии данных условий постоперационная летальность составляет 50%

**Большинство больных раком легкого (65 – 80%) на момент начала ЛК уже не считаются кандидатами для хирургического лечения, в основном по признаку распространенности процесса.**

*Martinez E., Martinez M., 2004*



# Мероприятия консервативной терапии

- 80-90% ЛК может быть остановлено консервативными мерами лечения.
- ✓ Управляемая гипотензия (снижение АД до уровня 95-85 мм. рт. ст.)
  - снижение АД в легочной артерии.
- ✓ Ингибиторы фибринолиза
- ✓ Активаторы свертывающей системы.
- ✓ Инфузии свежезамороженной плазмы.



# Эндоскопические способы остановки легочного кровотечения

## Эндоскопически определен источник кровотечения

- Эндобронхиальная лазерная фотокоагуляция (эффективность 55- 60%).
- Эндобронхиальная электрокоагуляция (единичные клинические наблюдения).
- Эндобронхиальная аргон-плазменная коагуляция – эффективность может достигать 100% без рецидива при 3-месячном наблюдении.
- Эндоскопическая радиочастотная абляция

## Источник кровотечения при эндоскопическом осмотре не выявлен.

- Интенсивная аспирация с целью коллапса кровоточащего сегмента
- Эндобронхиальная инстилляция (аппликация) вазоконстрикторов (0,001% раствор адреналина, аминокaproновой кислоты, клеевых компонентов)
- Баллонная тампонада бронха.
- Обтурационная тампонада бронхов, клапанная бронхоблокация

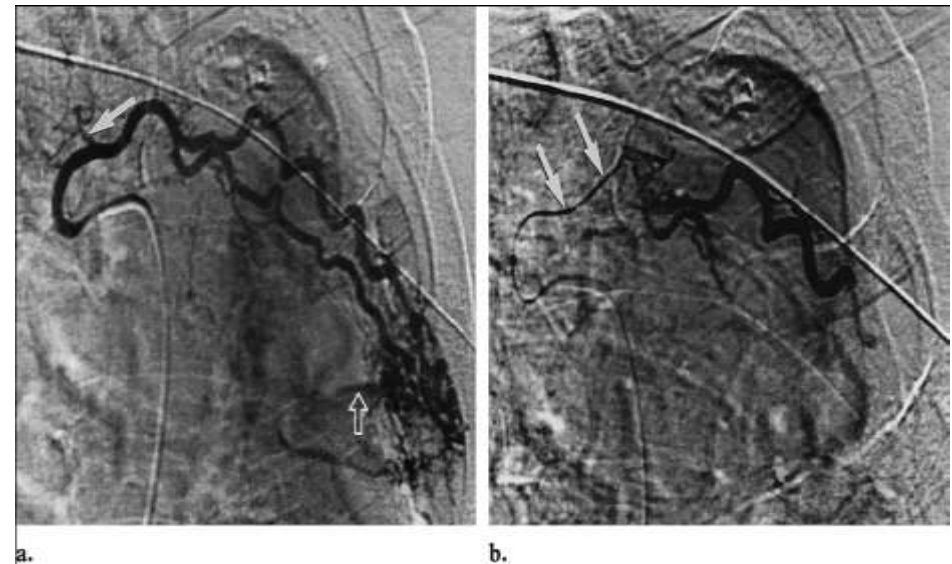
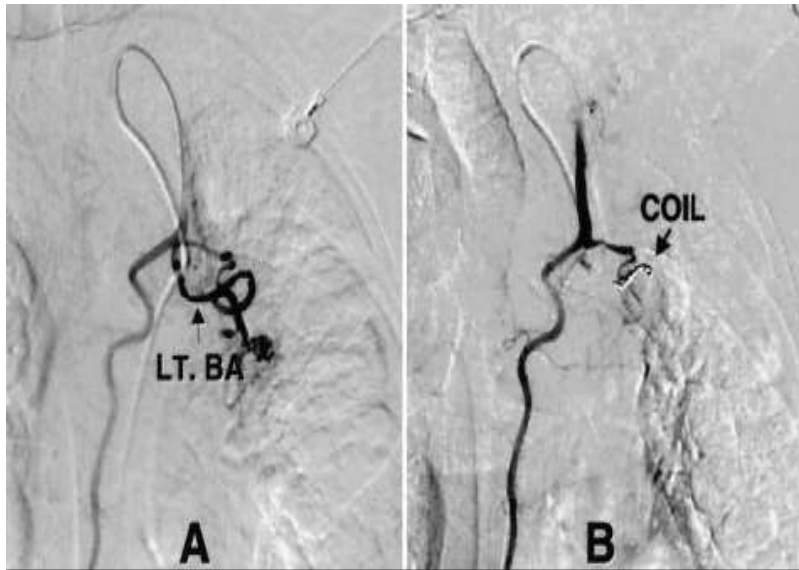


**Мультиmodalный подход к эндоскопической остановке кровотечения позволяет получить 22% 3-х летней выживаемости**

*Keenan R.J., 2006*

# Рентгеноэндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий

- Эффективна в 89-100% случаев.
- Минимальный инвазивный эффект



В то же время эндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий остается недоступным для большинства клиник методом лечения в силу стоимости оборудования и отсутствия специалистов.

# Лучевая терапия

1. В случае легочного кровотечения легкой степени тяжести показана ДГТ, брахитерапия, комбинированный метод.
2. Гемостатическая эффективность лучевой терапии с обычным фракционированием составляет 60-80%
3. Проведение лучевой терапии также показано при достижении гемостатического эффекта вышеуказанными способами

Gejerman G, Mullokandov EA, Bagiella E, Blaivas A, Beitler JJ., 2002



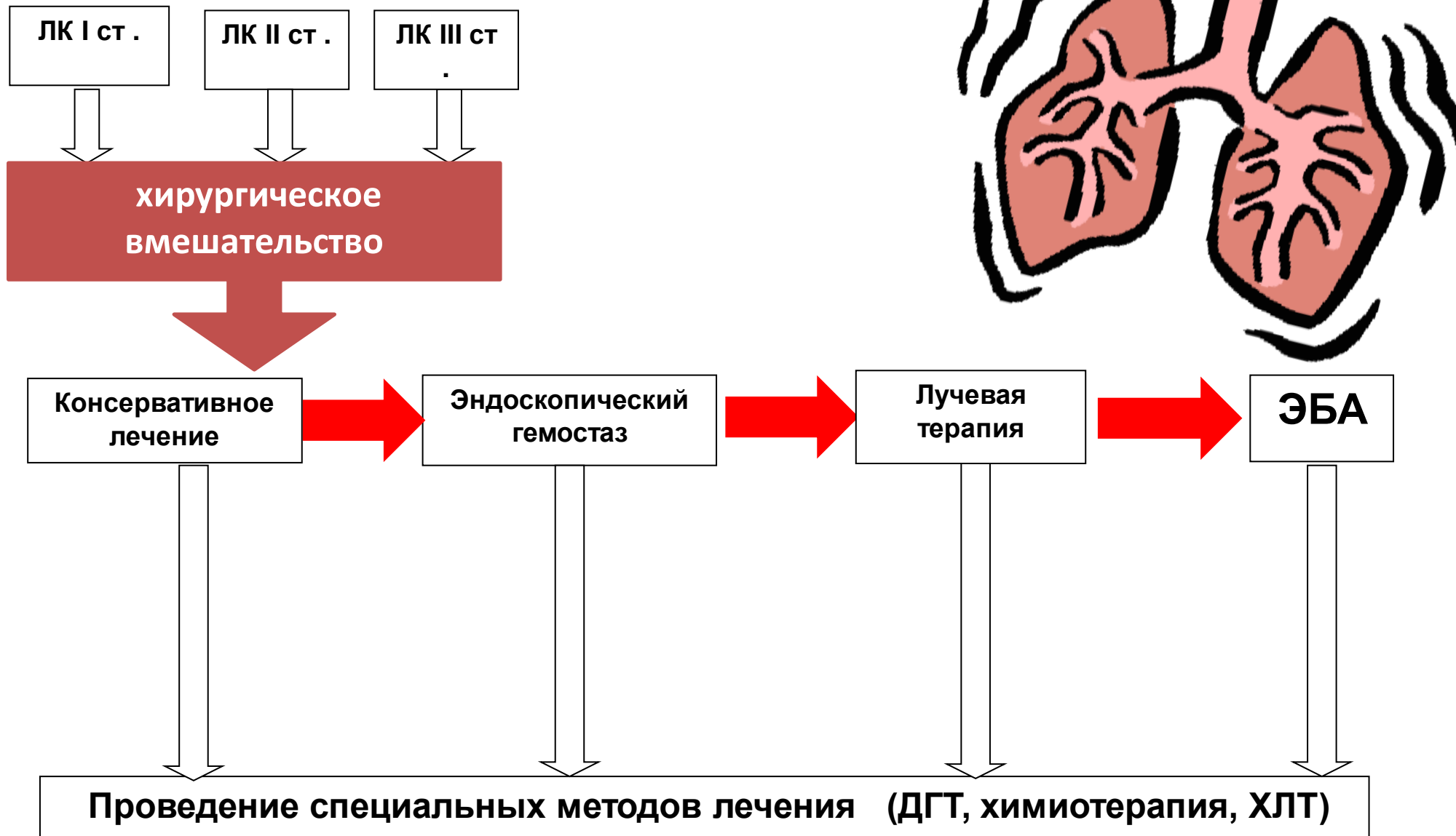
## Системная химиотерапия

Единичные публикации.

Сочетание гемцитабина и цисплатина гемостатически эффективно в 75% случаев, медиана выживаемости составила 11 месяцев у пациентов IIIb-IV ст рака легкого.

*Jasem J. 2004*

# Тактика лечения рака легкого осложненного ЛК



# Гнойно-деструктивные поражения

Обнаружение параканкротических изменений в виде абсцессов легкого привлекало внимание исследователей уже с середины 50-х годов. R. Brock (1952) указывал на их появление в связи с раком легкого у 83 (17,5%) из 477 больных, D. Waterman и соавт. (1957) - у 187 (40,5%) из 464 больных. И. С. Колесников и соавт. (1983) выделяли проявления параканкроза как в форме абсцедирования, так и гангрены пораженного опухолью легкого.





# **Гнойно-деструктивные поражения**

**Данная категория больных нередко поступает для лечения в терапевтические, пульмонологические или хирургические стационары, предназначенные для оказания помощи больным с гнойными заболеваниями легких и плевры.**



# Гнойно-деструктивные поражения

- Параканкрозные изменения не являются поводом для отказа от выполнения расширенных и комбинированных операций.
- Непосредственные результаты лечения осложненных форм рака легкого существенно зависят от целенаправленной предоперационной подготовки, которая позволяет уменьшить количество осложнений и послеоперационную летальность до 30% и 11% соответственно.



*Бисенков Л. Н., Шалаев С.А.*

# Экссудативный плеврит и эмпиема плевры

## Тактика и алгоритм лечения в ЧОКОД:

- Дренирование и санация плевральной полости  
Забор материала на цитологическое исследование
- Диагностическая мини-торакотомия и торакоскопия с целью диагностики и верификации процесса
- При возможности плеврэктомии, проведения ФДТ



# Экссудативный перикардит

## Алгоритм лечения в ЧОКОД:

- Обзорная Rg-графия органов грудной клетки, Эхо-КГ (определение размеров сердца и количества жидкости в полости перикарда)
- Дренирование полости перикарда под Rg-контролем
- Этапная эвакуация экссудата из полости перикарда
- Контроль состояния пациента в динамике





# Алгоритм оказания помощи в ЧОКОД

- Антибактериальная , противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия
- Санация ТБД
- RG органов грудной клетки , КТ-органов грудной клетки, ПЭТ-КТ (распространенность процесса, дифференциальная диагностика злокачественного новообразования и пост воспалительных изменений)
- Определение возможности проведения хирургического лечения
- И/ или лучевая и химиотерапия.



# Рак пищевода и кардиального отдела желудка

- Более 70% больных раком пищевода, встающие на учет, на момент обращения уже страдают от дисфагии I - IV степени  
(Каприн А.Д., 2014)

# Классификация дисфагии (Савицкий А.И.):

- I степень - затруднения при проглатывании твердой пищи
- II степень - затруднения при проглатывании кашицеобразной и полужидкой пищи
- III степень - затруднения при проглатывании жидкости
- IV степень - полная непроходимость



- Необходимость в ее устранении возникает на всех этапах лечения и достигается различными подходами:
- эндоскопическими процедурами (баллонная дилатация, электро-, аргонно-плазменная или лазерная деструкция, фотодинамическая терапия),
- лучевой терапией (дистанционная или брахитерапия), постановкой внутрипросветных стентов.
- Эндоскопические процедуры дают быстрый, но кратковременный эффект и подходят в случаях, когда в ближайшее время будет начато эффективное лечение (хирургия, химиотерапия, лучевая терапия).

*ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ RUSSKO. Версия 2015*





- когда излечение больного невозможно, наиболее оптимальными вариантами коррекции дисфагии является:
- Брахитерапия
- Стентирование пищевода.
- В случае развития пищеводно-бронхиальных или медиастинальных свищей постановка покрытых стентов позволяет купировать данные осложнения у 70-100% больных.

*Практические рекомендации RUSSKO 2015 год*

# Заключение

1. Наличие у пациентов осложненной форм ЗНО органов грудной клетки не является основанием для отказа в проведении специального лечения, которое может быть проведено после лечения осложнения, проведения паллиативной помощи
2. В лечении местнораспространенного рака легкого в настоящее время преимущество получают хирургические методы и их комбинация



# Заключение

3. Использование всех диагностических служб онкологического стационара, оригинальных методик лечения позволяет проводить лечебные и диагностические мероприятия у пациентов с ЗНО органов грудной клетки , достигая хороших непосредственных результатов на этапе паллиативной медицинской помощи



# Заключение

4. Паллиативная медицинская помощь в настоящее время является необходимым компонентом комбинированного и комплексного лечения онкологических больных.

# Заключение

5. Все пациенты с подлежащие специальным методам лечения и пациенты с пограничными состояниями должны направляться в Областные диспансеры для определения тактики, верификации и лечения



# Заключение

- Паллиативная медицинская помощь на современном этапе развития может расширить свои границы для достижения наилучших результатов в комбинированном лечении ЗНО органов грудной клетки в условиях специализированных лечебных учреждениях.

**Спасибо за внимание**

