Международный медицинский конгресс
«Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации и стран СНГ»
15 — 16 июня 2015 года , Москва, Россия

ГБОУ ВПО Минздрава России
«Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики

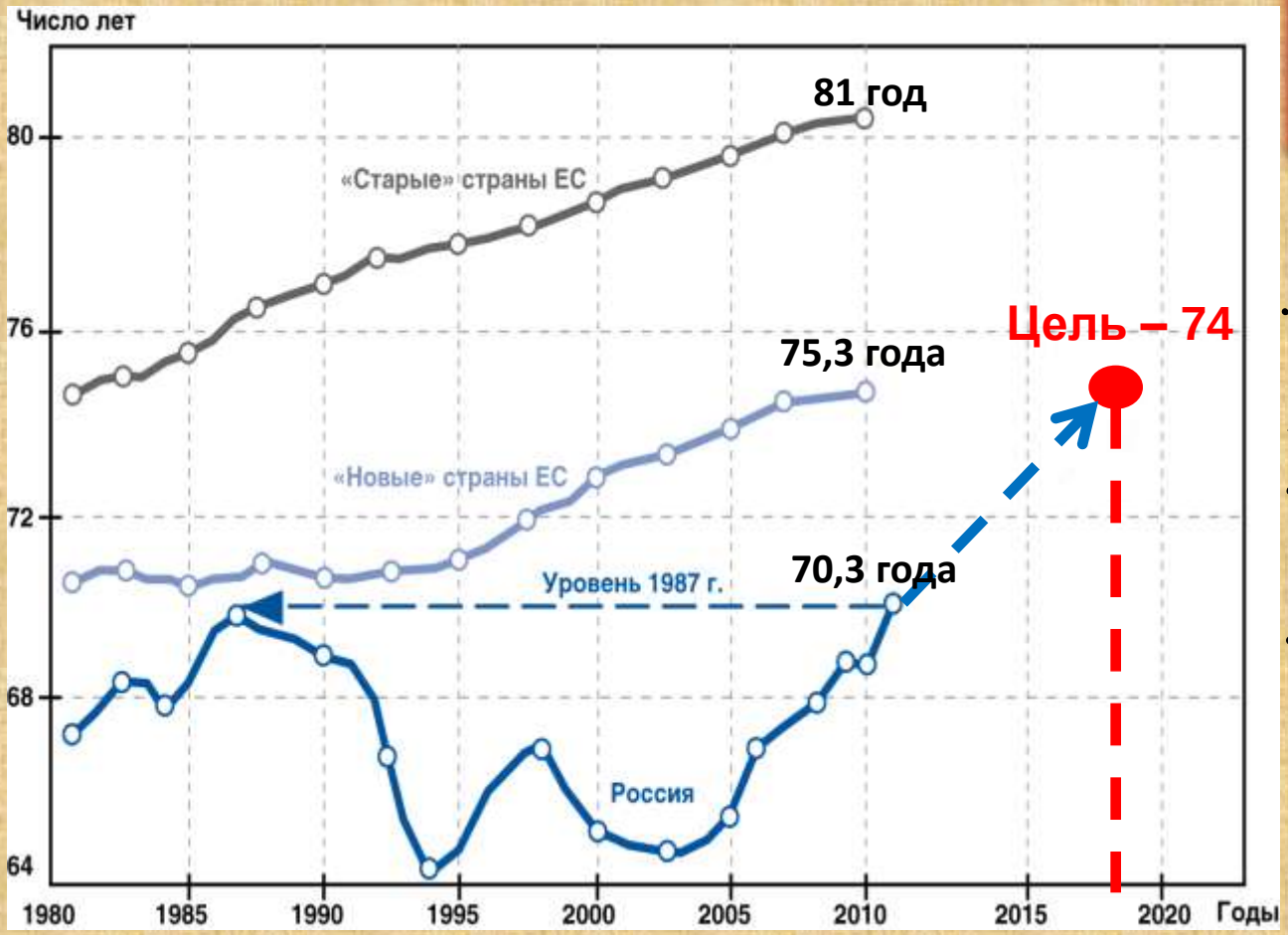
ГБУ «Рязанский областной клинический онкологический диспансер»

« Хирургические аспекты в паллиативной помощи и улучшении качества жизни онкологическим больных»

Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Мерцалов А.С., Головкин Е.Ю., Клевцова С.В.

Указы Президента РФ от 07.05.2012

- «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»

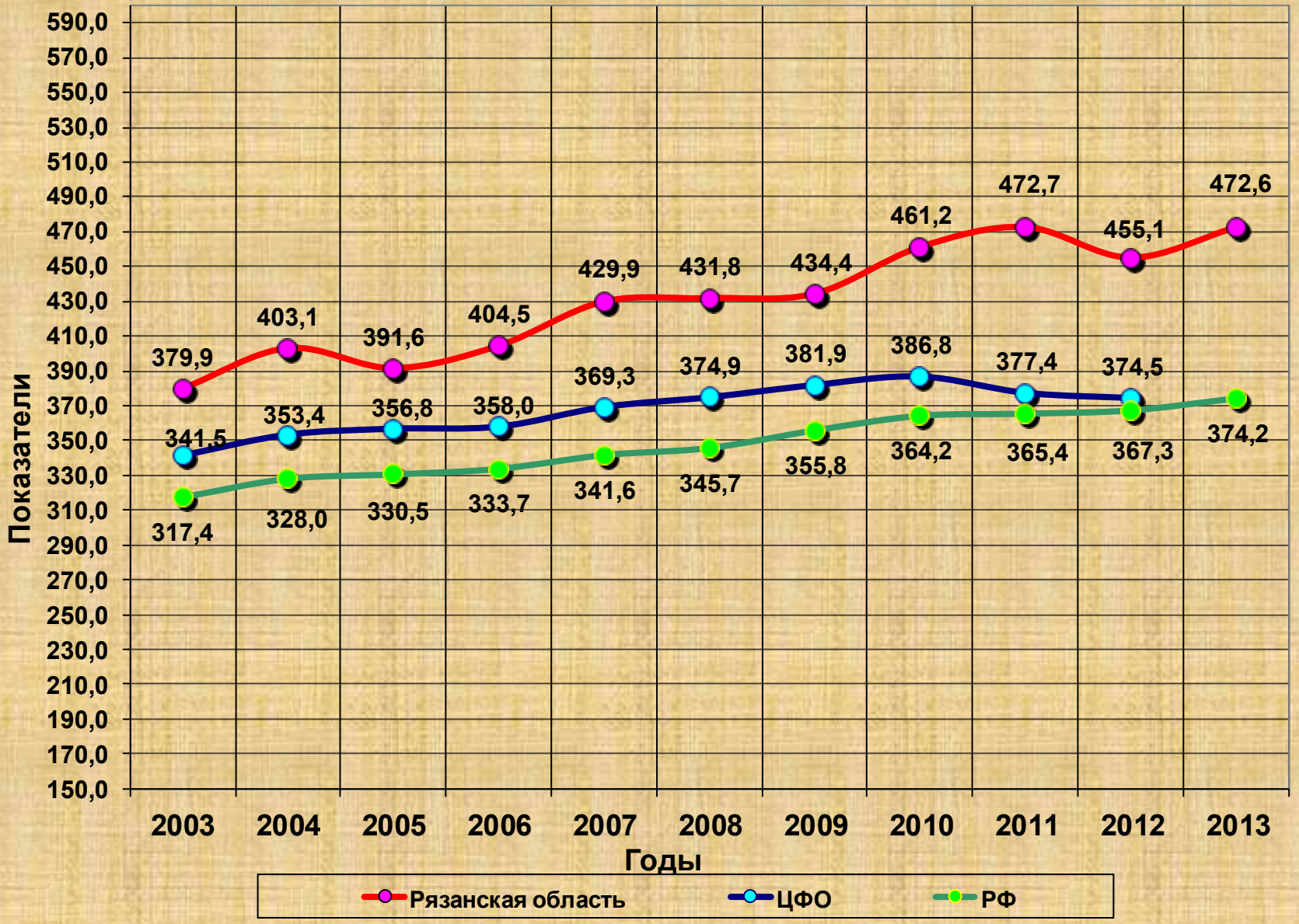




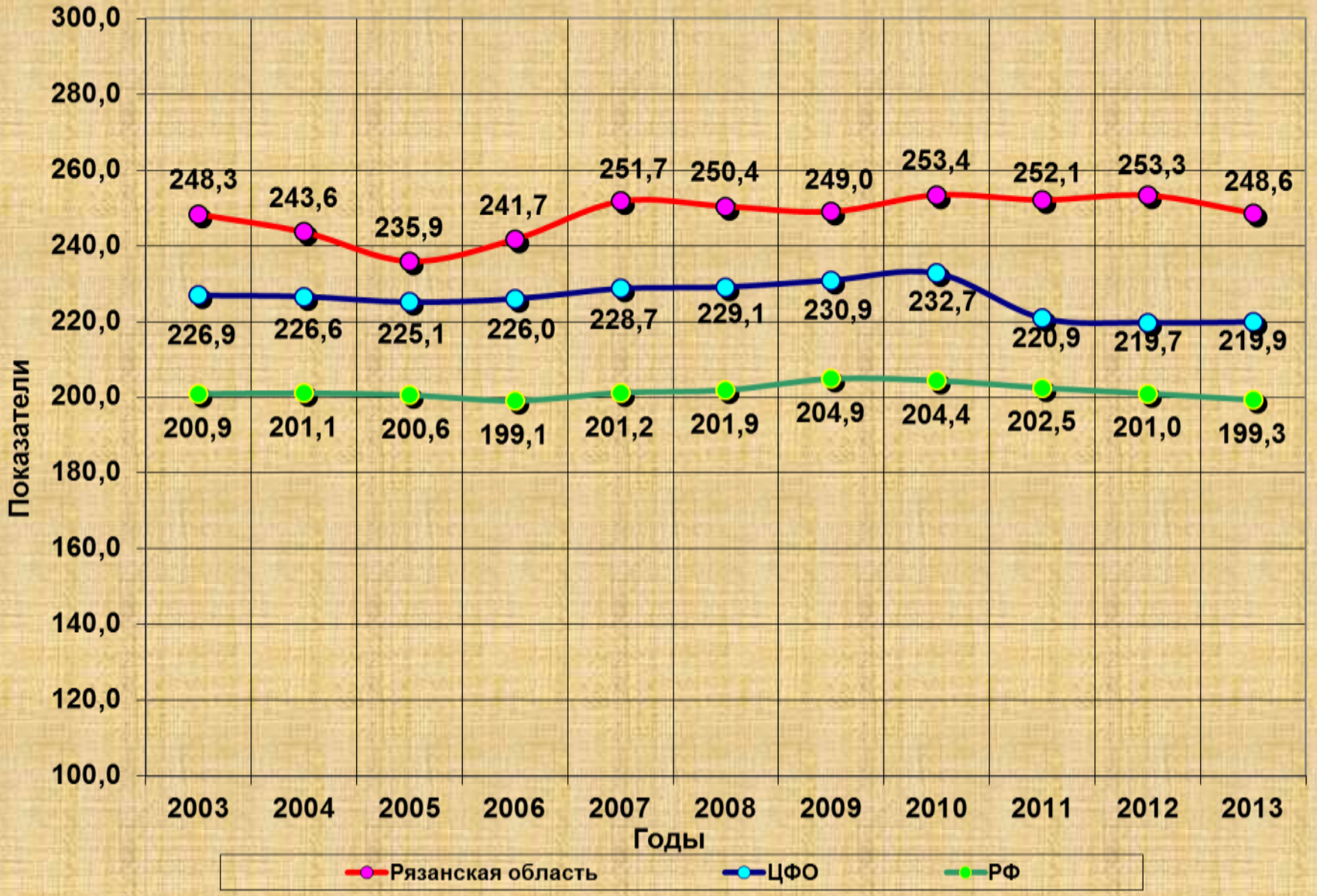
…Обеспечить увеличение к 2018 году ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации до 74 лет…

..снижение смертности от всех заболеваний на 15%

Динамика заболеваемости ЗНО в Рязанской области в сравнении с РФ и ЦФО за 10 лет (на 100 тыс. населения)



Динамика смертности от ЗНО в Рязанской области в сравнении с РФ и ЦФО за 10 лет (на 100 тыс. населения)

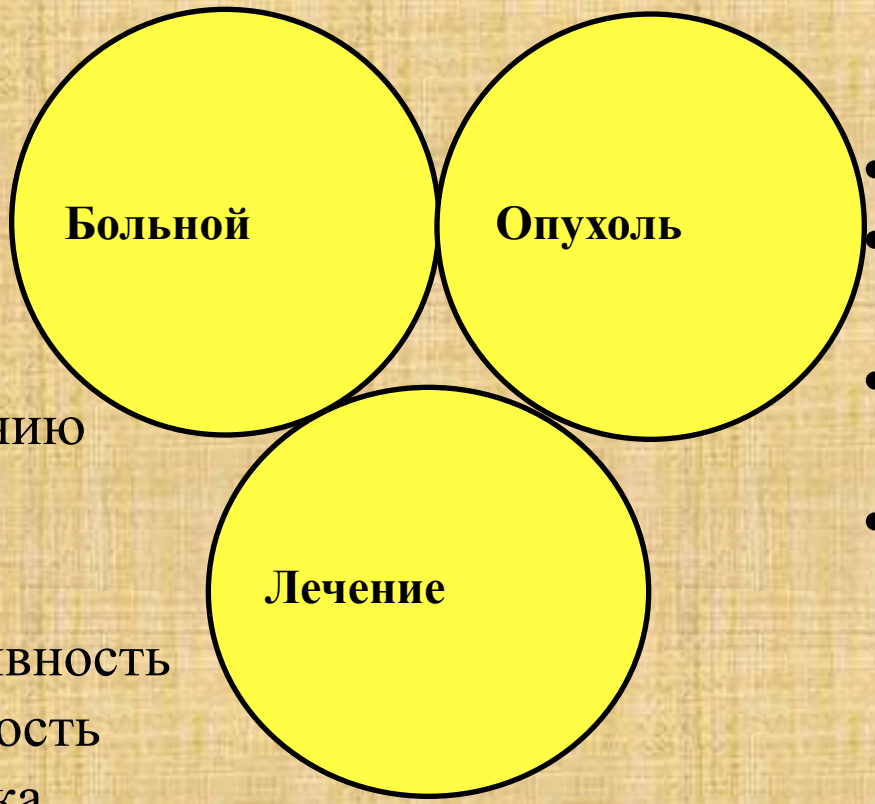


Динамика стадийности ЗНО в Рязанской области за 5 лет (%)



Стадия IV (отдаленные метастазы)

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С IV St



- возраст
- общее состояние
- сопутствующие заболевания
- отношение к лечению

- резектабельность
- выраженность симптомов
- объем опухолевой массы
- клиническое течение

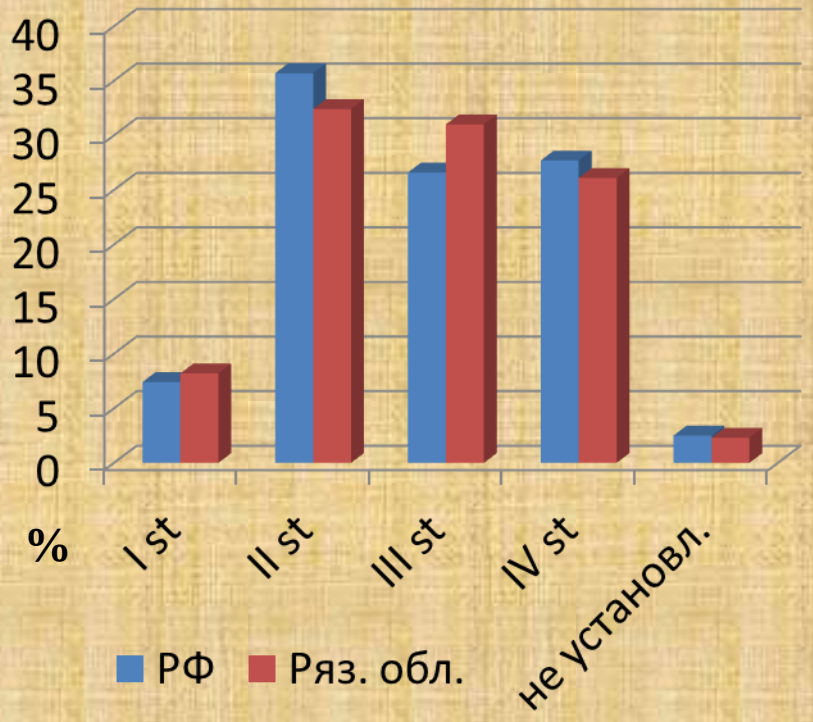
- эффективность
- токсичность
- логистика
- стоимость

Sobrero A., ESMO ,2010

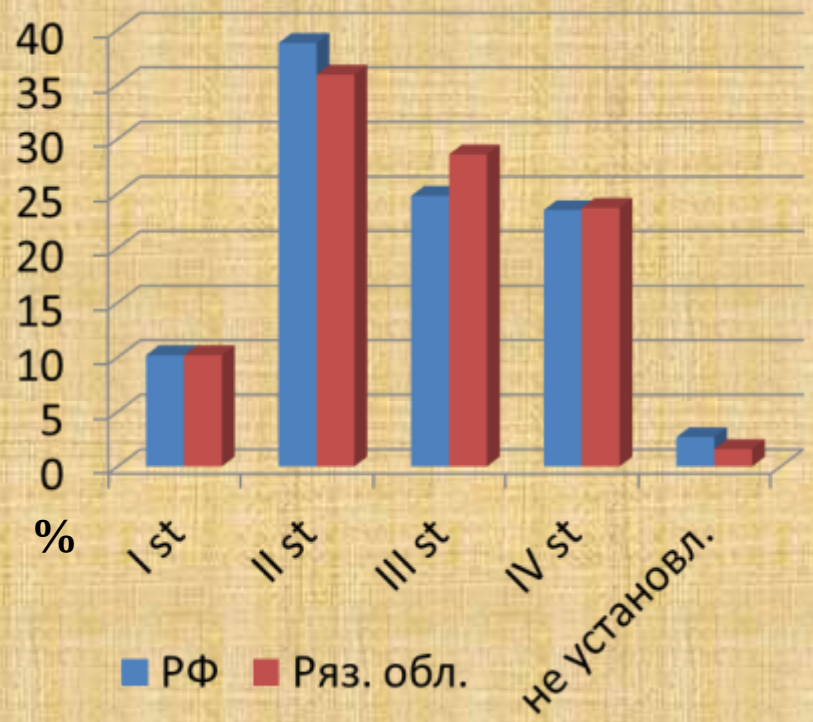
КРР распределение по стадиям 2014год

Выявлено новых случаев за 2014 год (абс.)
РОК : РФ – 35089 ; Рязанская обл. – 352
РПК : РФ – 26785; Рязанская обл. – 245

РОК



РПК



КРР Стадия IV

Цель паллиативного хирургического вмешательства:

1. **Устранение фатальных осложнений: кишечной непроходимости, распада опухоли с развитием гнойно-септических осложнений, кровотечения**
2. **Увеличение продолжительности жизни**

Варианты тактики паллиативного хирургического лечения при КРР IV ст.

Стома ?

Обходной анастомоз ?

Паллиативная резекция ?

Паллиативныные операции: резекция или стома/ анастомоз ?

- Почти у 70% больных РОК к моменту выполнения операции устанавливают III и IV стадию заболевания, а у каждого третьего – отдаленные метастазы в печень и легкие.
- Развитие кишечной непроходимости вынуждает прибегать к симптоматическим вмешательствам – колостомии, наложению обходного анастомоза у больных с IV ст. заболевания.
- Многими ставится под сомнение целесообразность выполнения паллиативной резекции или ГКЭ из-за частоты послеоперационных осложнений и летальности.
- Однако, дальнейший рост неудаленной опухоли и продолжающееся лимфогенное метастазирование приводят к соответствующим осложнениям опухолевого процесса (гнойно-септические, распад опухоли с образованием калового свища, кровотечение), поэтому **паллиативная резекция толстой кишки или ГКЭ, предпочтительнее чем колостомия или обходной анастомоз.**

Паллиативныные операции: резекция или стома/ анастомоз ?

European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress 2012

(15-17 апреля 2012 Прага)

Дискуссия о необходимости удаления первичной опухоли при диссеминированном КРР (M. Koopman и J.Garsia Aguilar) .

В ряде появившихся в последние годы публикаций было показано отсутствие преимущества в выполнении циторедуктивных операций у этой категории пациентов. Тем не менее при детальном анализе проведенных исследований оказалось, что у всех пациентов после удаления первичной опухоли отмечалась выраженная тенденция к повышению общей выживаемости.

Принимавшие участие в обсуждении специалисты пришли к выводу:

Удаление первичной опухоли должно оставаться стандартом первого этапа лечения пациентов с диссеминированным колоректальным раком, и любое изменение этого правила возможно только после детального обсуждения в рамках мультидициплинарной команды !

Паллиативныеные операции: лимфодиссекция да или нет ?

- Средняя выживаемость больных РОК с T4N0-2M0 после неполной циторедукции R1-2 составляет 9 мес., после паллиативных операций – 4 месяца *(Helfritzscb H. Bomb B. 2002)*
- Таким образом, для улучшения отдаленных результатов лечения крайне важна полная циторедукция, что диктует необходимость выполнения расширенных и комбинированных операций у больных с распростра-ненными формами РОК, которые составляют более половины из впервые выявляемых на сегодняшний день пациентов.
- Рост неудаленных лимфогенных метастазов неизбежно приводит к поражению мочеточников, брюшной аорты, НПВ, хвоста поджелудочной железы – гидронефрозу, кровотечению, кишечной непроходимости.

ДА! Лимфодиссекция

Необходимо учитывать как общее состояние больного так и степень диссеменации опухоли !

Кишечная непроходимость: анастомоз? Объем?

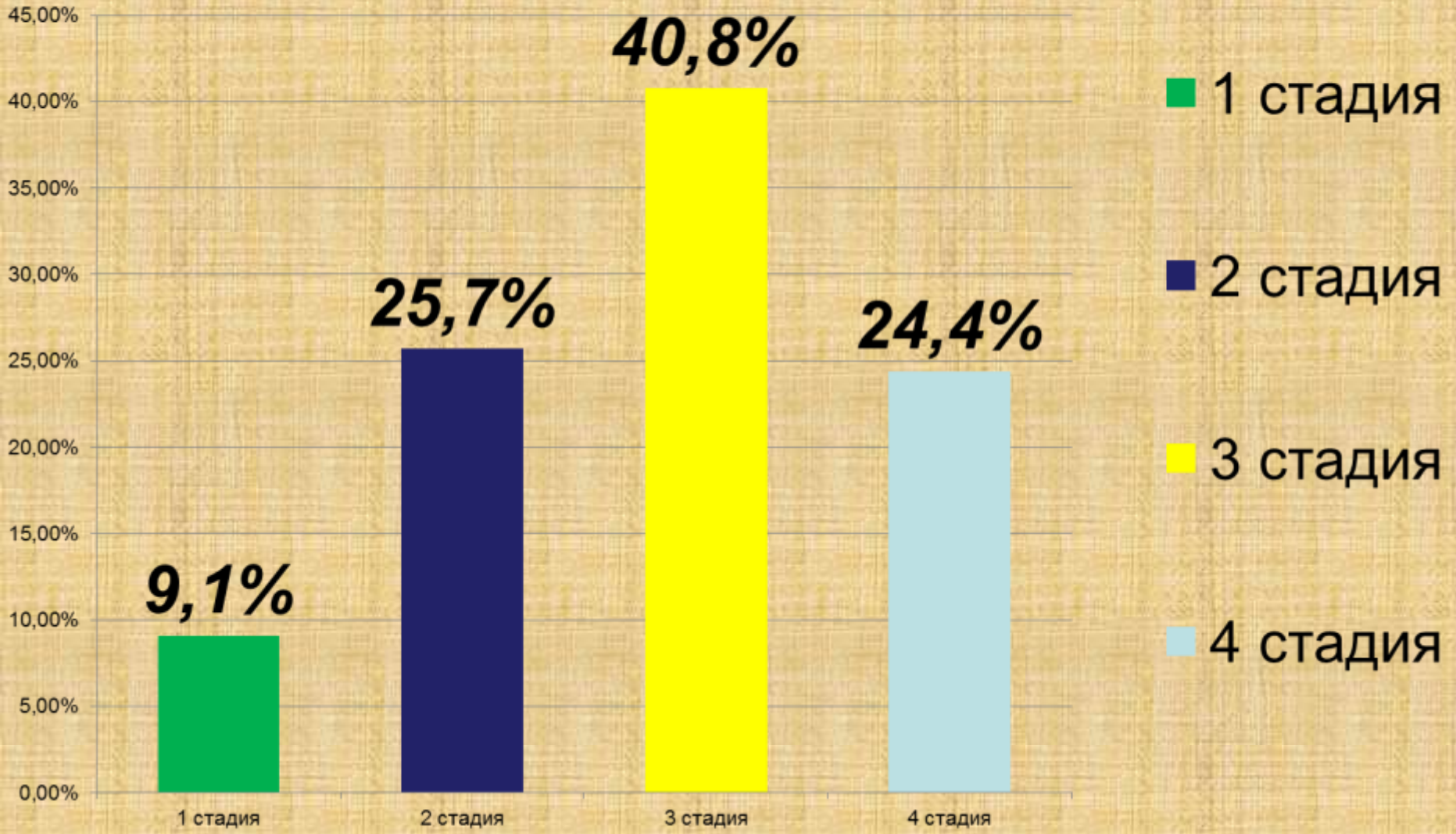
Переосмысление показаний к выполнению 2-х этапных операций

2-х этапные операции оправданы лишь у ослабленных пациентов с декомпенсированной кишечной непроходимостью.

- При опухолях правого фланга при любой форме кишечной непроходимости после адекватной подготовки **показано выполнение правосторонней ГКЭ с первичным швом анастомоза**.
- При опухолях левого фланга при компенсированной и субкомпенсированной обтурационной непроходимости **показано выполнение левосторонней ГКЭ с первичным швом анастомоза**
- При опухолях левого фланга при декомпенсированной кишечной непроходимости возможно (при отсутствие некоррегируемых метаболических нарушений) **возможно формирование первичного анастомоза за счет расширения объема хирургического вмешательства до тотальной или субтотальной колэктомии с формированием илео- или цекосигмоанастомоза.**

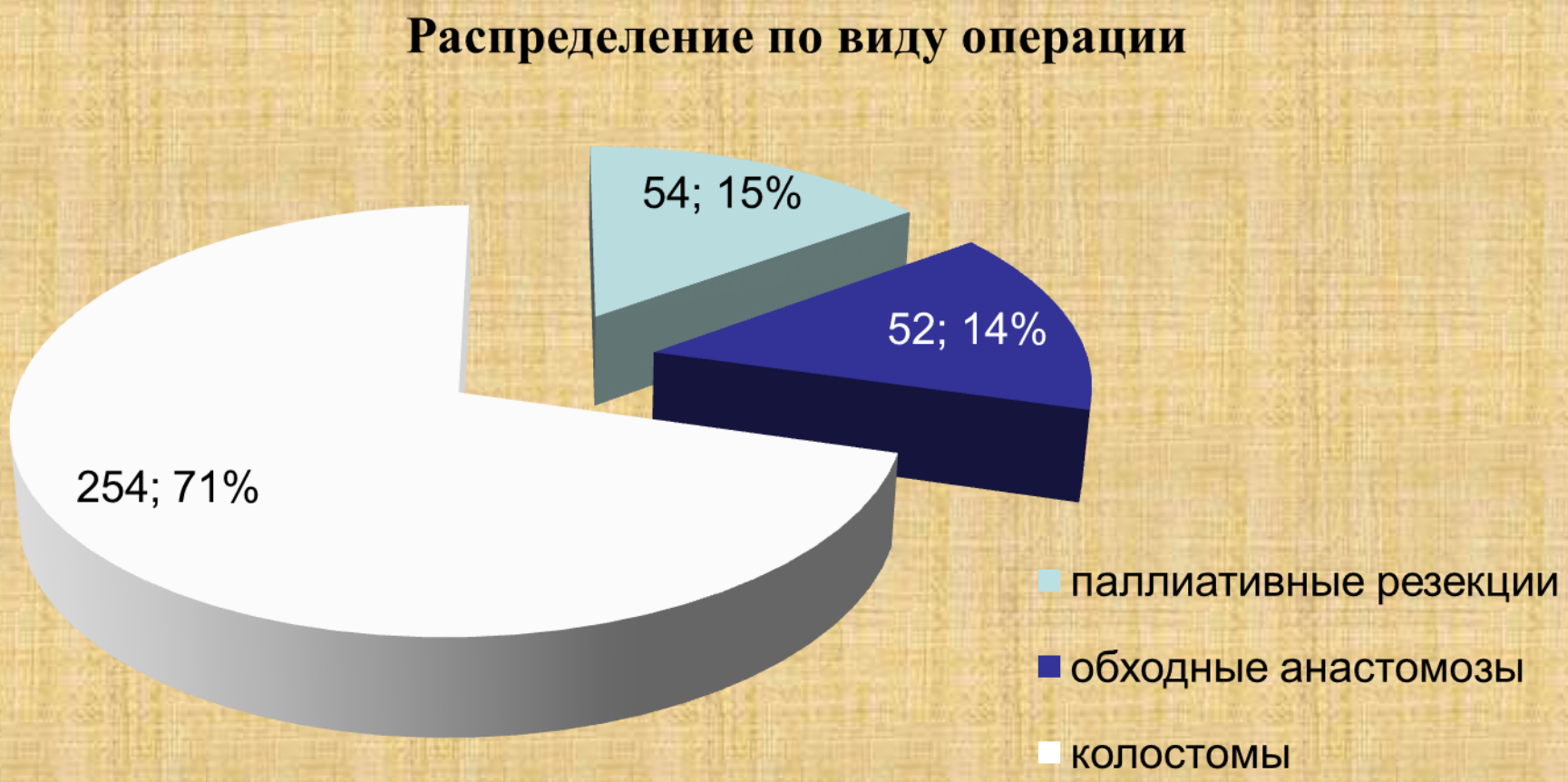
КРР Стадия IV Собственные результаты (1)

Распределение по стадиям больных КРР выявленных в Рязанской обл. 2013 г.



КРР Стадия IV Собственные результаты (2)

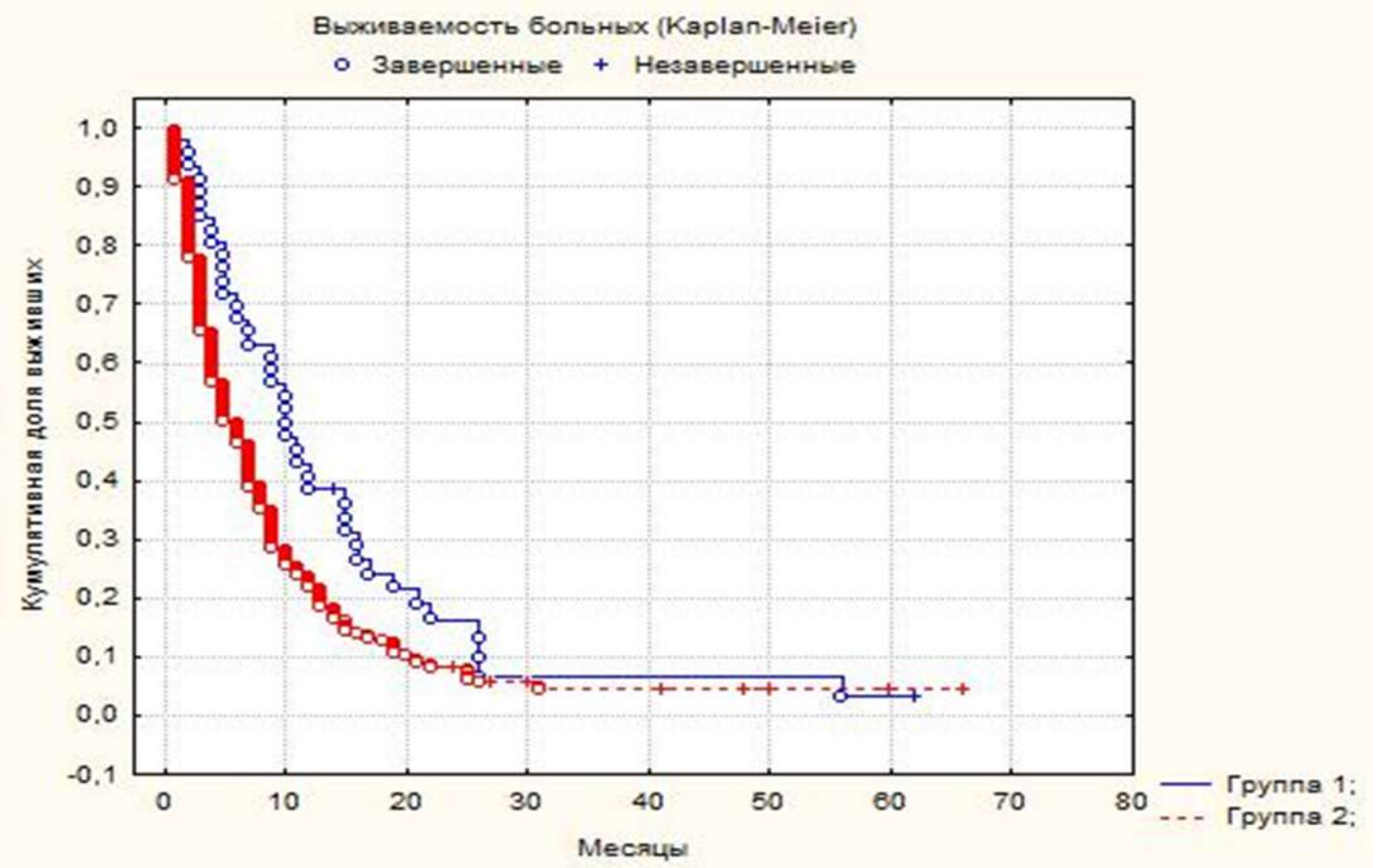
За период 2007 – 2013 в Рязанской области выполнено 364 паллиативные операции, включая стомы, обходные анастомозы, паллиативные резекции



КРР Стадия IV Собственные результаты (3)

Послеоперационная летальность в группе симптоматических операций (стомы + обходные анастомозы) составила 30%; ПОЛ в группе паллиативных резекций 4,7%

Средняя продолжительность жизни после паллиативных (1 группа) и симптоматических (2 группа) операций

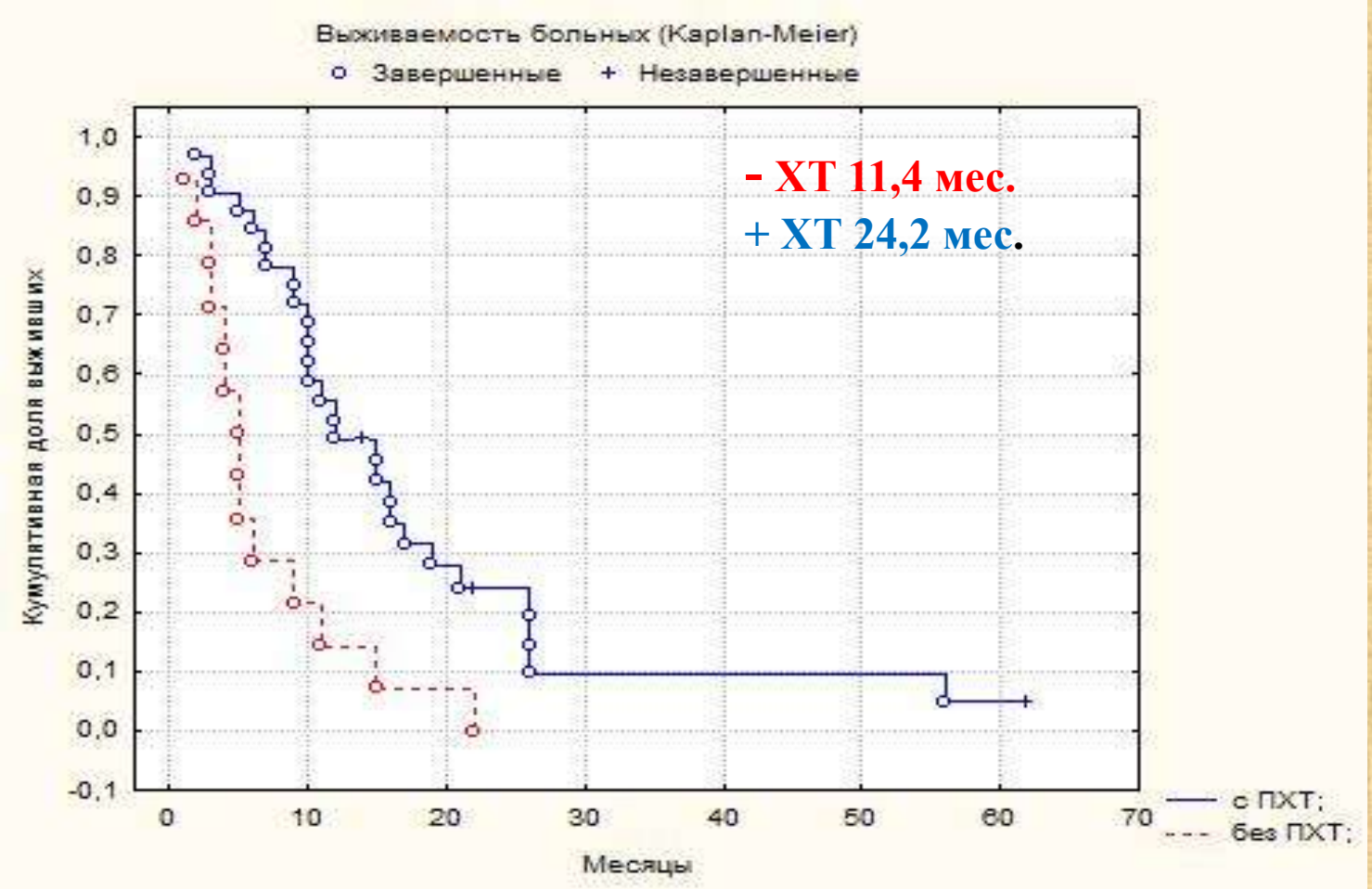


$p < 0,05$

КРР Стадия IV Собственные результаты (4)

У 32 больных в группе паллиативных резекций после операции проводилась химиотерапия в различных режимах

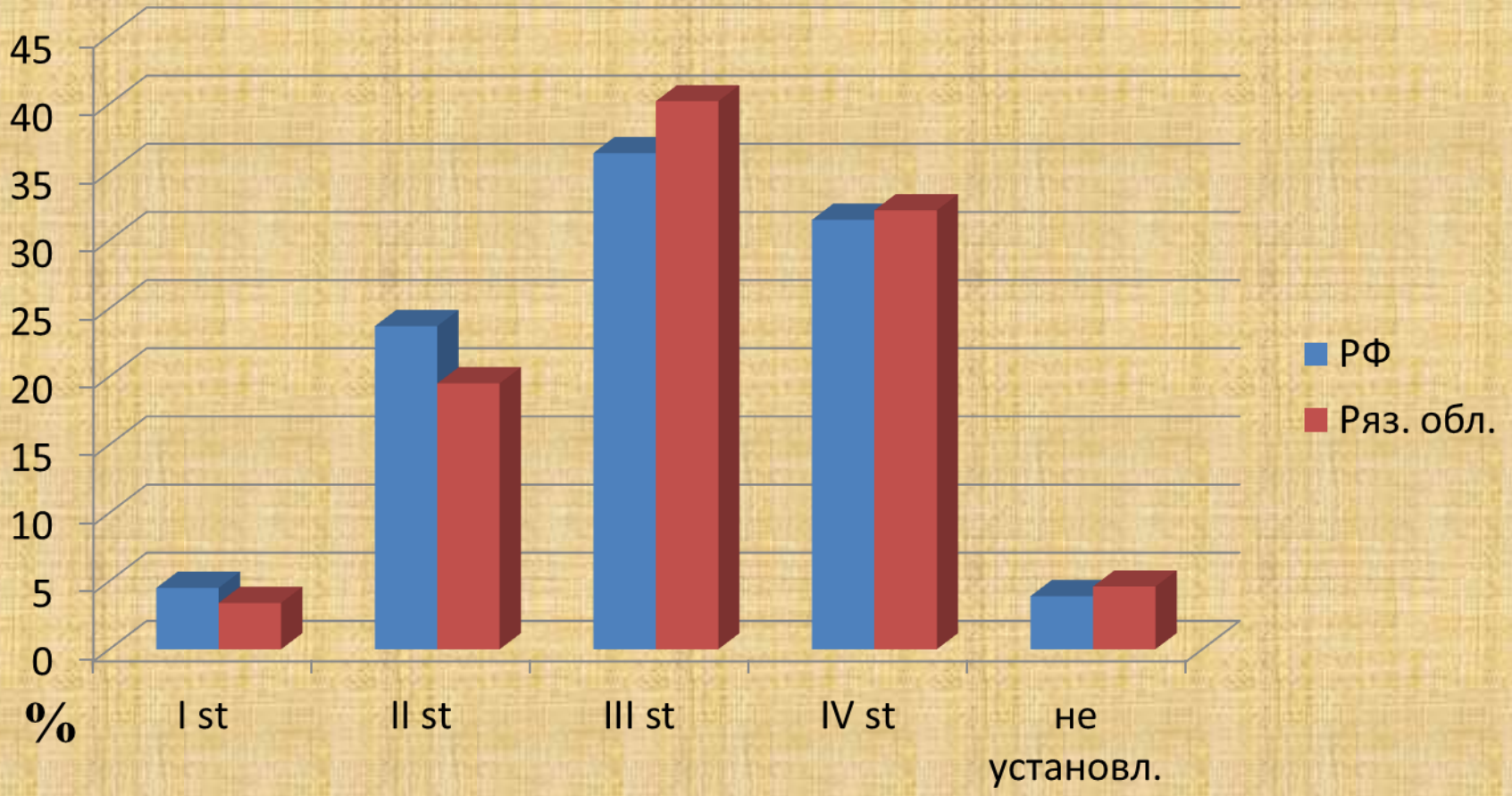
Средняя продолжительность жизни после паллиативных резекций ХТ



$p < 0,05$

Рак пищевода распределение по стадиям 2014год

Выявлено новых случаев за 2014 год
РФ – 7133 ; Рязанская обл. - 87



Рак пищевода Стадия III - IV

- ✓ Ежегодно в России регистрируется 6,8 новых случаев рака пищевода на 100 тысяч населения
- ✓ 60-70% больных раком пищевода являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелой сопутствующей патологии
- ✓ Основным клиническим симптомом распространенного рака пищевода является ***дисфагия***, возникающая при сужении просвета на 50-75%
- ✓ Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией составляет 90 дней

*Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. – М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2007

Рак пищевода Стадия III - IV

Цель паллиативного хирургического вмешательства:

1. Устранение фатальных осложнений (дисфагии, распада опухоли с формированием трахеопищеводного свища и развитием гнойно-септических осложнений)
2. Увеличение продолжительности жизни

Варианты паллиативного эндоскопического лечения при РП III-IV ст.

- **Бужирование**
- **Балонная дилатация**
- **Деструкция:**
  - химический некролиз
  - лазерная коагуляция
  - аргоноплазменная коагуляция
  - фотодинамическая терапия
- **Стентирование**

Варианты тактики паллиативного хирургического лечения РП IV ст.

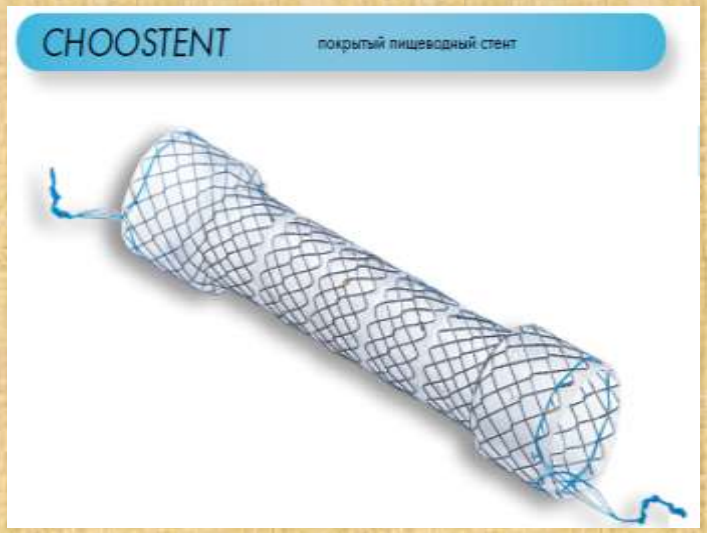
- **Гастро/еюно стома?**
- **Шунтирующие операции?**
- **Паллиативная резекция ?**

Рак пищевода Стадия III – IV стентирование

Наименее травматичное и наиболее эффективное эндоскопическое вмешательство, позволяющее полностью купировать дисфагию на достаточно длительный срок.







Рак пищевода Стадия III - IV Собственные результаты (1)

РОКОД с 2011 по 2014 год стентирование пищевода проведено 59 пациентам РП

Ближайшие осложнения после стентирования

- Боли в грудной клетке - возникали у 100% пациентов в ближайшем периоде после стентирования.
- У 94% пациентов болевой синдром был незначительной степени выраженности и его удавалось купировать приемом ненаркотических анальгетиков; лишь 3 пациентам понадобилось назначение наркотических анальгетиков.
- Также у 4 пациентов (5%) наблюдалась миграция стента.
- Других осложнений не наблюдалось.

Рак пищевода Стадия III - IV Собственные результаты (2)

123 пациента неоперабельным РП наблюдавшихся в ГБУ РО ОКОД с 2011 по 2014 год из них у 59 проведено стентирование

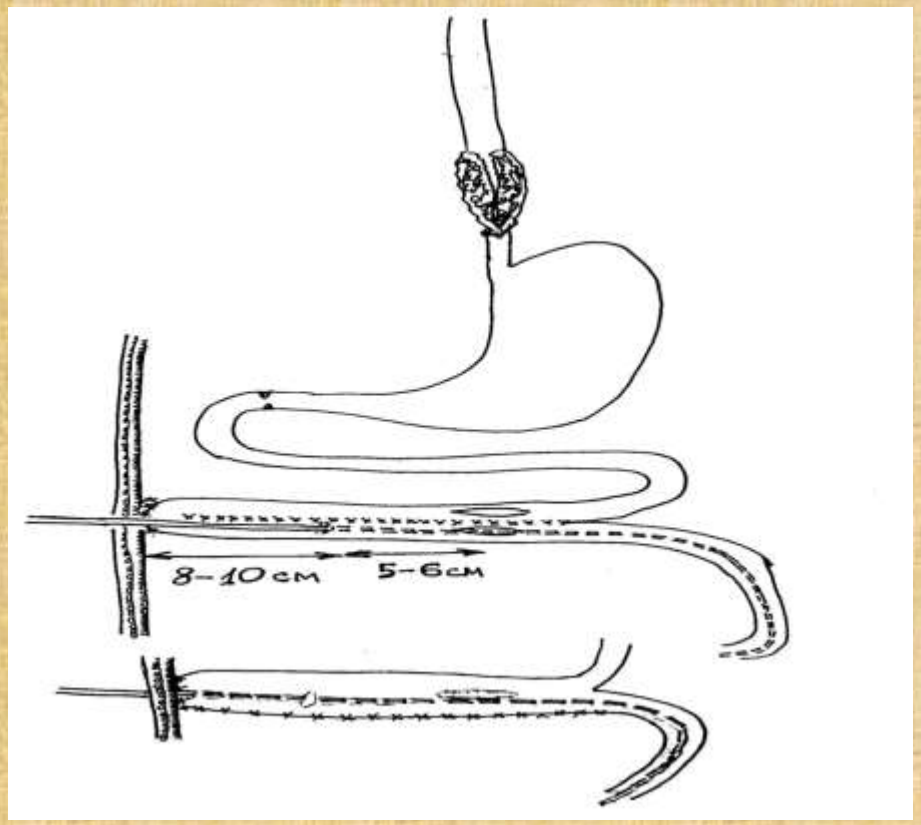
Группы пациентов	Медиана (месяцы)	P
Больные с III, IV ст. РП, стентирование	7	0,003 (p<0,05)
Больные с III, IV ст. РП, без стентирования	3	
III стадия, стентирования	8	0,029 (p<0,05)
III стадия, без стентирования	4	
IV стадия, стентирование	4	0,02 (p<0,05)
IV стадия, без стентирования	2,5	
III стадия, стентирование + ЛТ/ХЛТ	11	0,0327 (p<0,05)
III стадия, стентирование	8	

Рак пищевода Стадия III – IV Собственные результаты (3)

гастростома / еюностома

- В клинике ГБУ РО ОКОД показанием для наложения гастро- / еюностомы является невозможность выполнения эндоскопического стентирования при нерезектабельности процесса
- За последние 5 лет отказались от наложения гастростомы в пользу еюностомы.

Схема методики формирования еюностомы принятая в нашей клинике



Рак пищевода Стадия III - IV Собственные результаты (4)

РОКОД с 1998 по 2014 год по поводу РП I - IV стадий выполнено 122 субтотальные резекции пищевода с одномоментной гастропластикой или колопластикой, в том числе 2 эзофагогастрэктомии с одномоментной колопластикой.

Ближайшие послеоперационные осложнения и летальность

Торакальные осложнения (n=85)		
Вид осложнения		**Лет-ть (абс./отн.)**
Кровотечение	1 (1,2%)	**1 (1,2%)**
НША	***3 (3,6%)***	-
Некроз трансплантата	3 (3,6%)	**2 (2,4%)**
Экссудативный плеврит	13 (**16%**)	-
Пневмоторакс	4(4,8%)	-
Парез голосовых связок	4 (4,8%)	-
Эмпиема плевры	1 (1,2%)	-
Подкожная эмфизема	2 (2,4%)	-
Хилоторакс	1 (1,2%)	-
Перфорация трахеи	1 (1,2%)	-
Трахеопищеводный свищ	1 (1,2%)	-
Итого	34 (40%)	**3 (3,6%)**

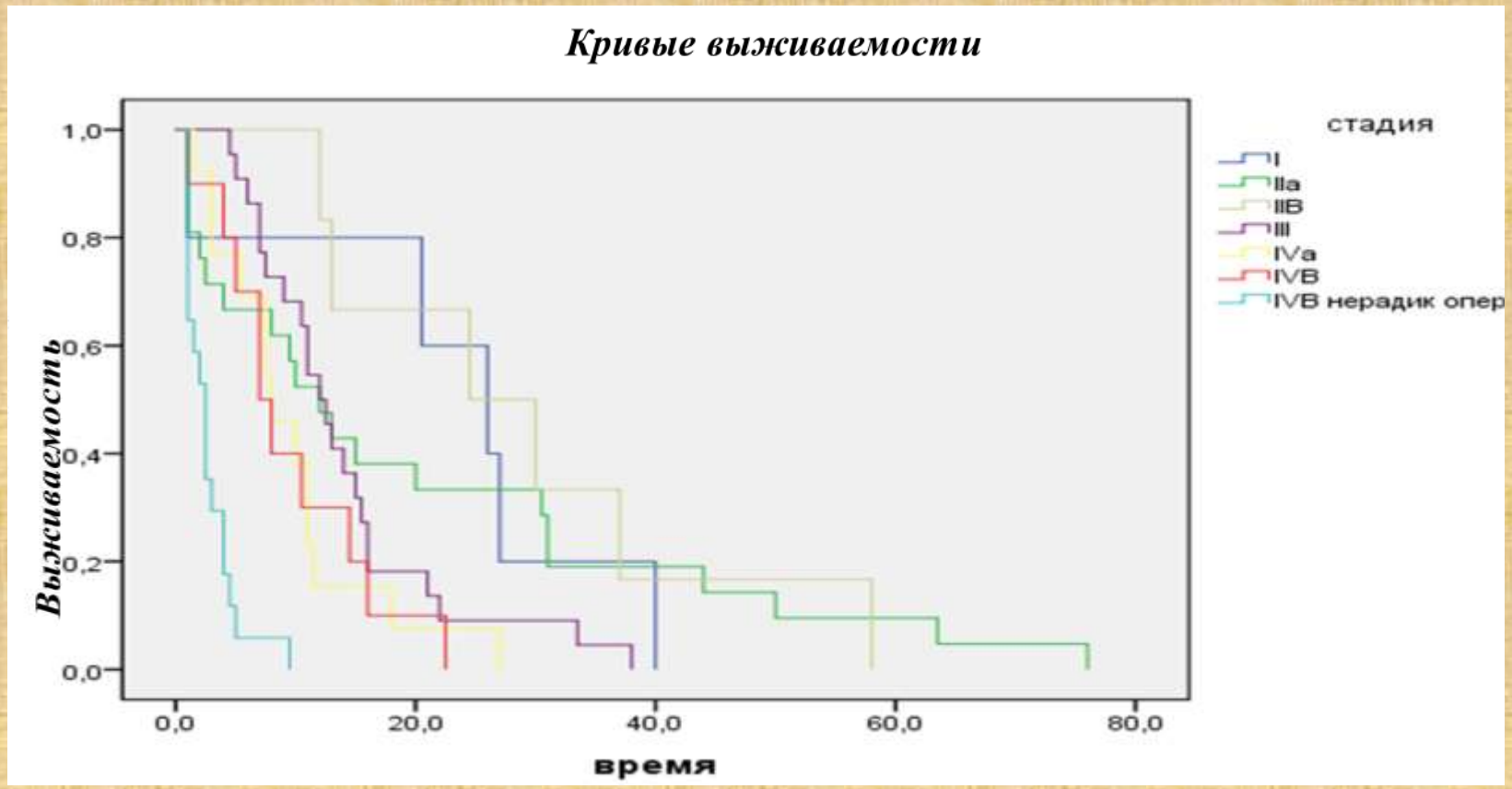
Абдоминальные осложнения (n=85)		
Вид осложнения		**Лет-ть(абс.(отн.))**
Кровотечение	3 (3,6%)	**1 (1,2%)**
Панкреатит	**14 (17%)**	-
Эвентрация	1 (1,2%)	-
Нагноение раны	1 (1,2%)	-
Итого	19(23%)	**1 (1,2%)**

С учетом хирургических и нехирургических осложнений послеоперационная летальность после субтотальных резекций пищевода составила 6,8%.

Это позволило нам применять паллиативные резекции пищевода при лечении больных раком пищевода IV стадии. Выполнено 38 паллиативных резекций у пациентов с IV стадией РП

Рак пищевода Стадия III - IV Собственные результаты (5)

Отдаленные результаты хирургического лечения в зависимости от стадии



Медиана продолжительности жизни при IV стадии:

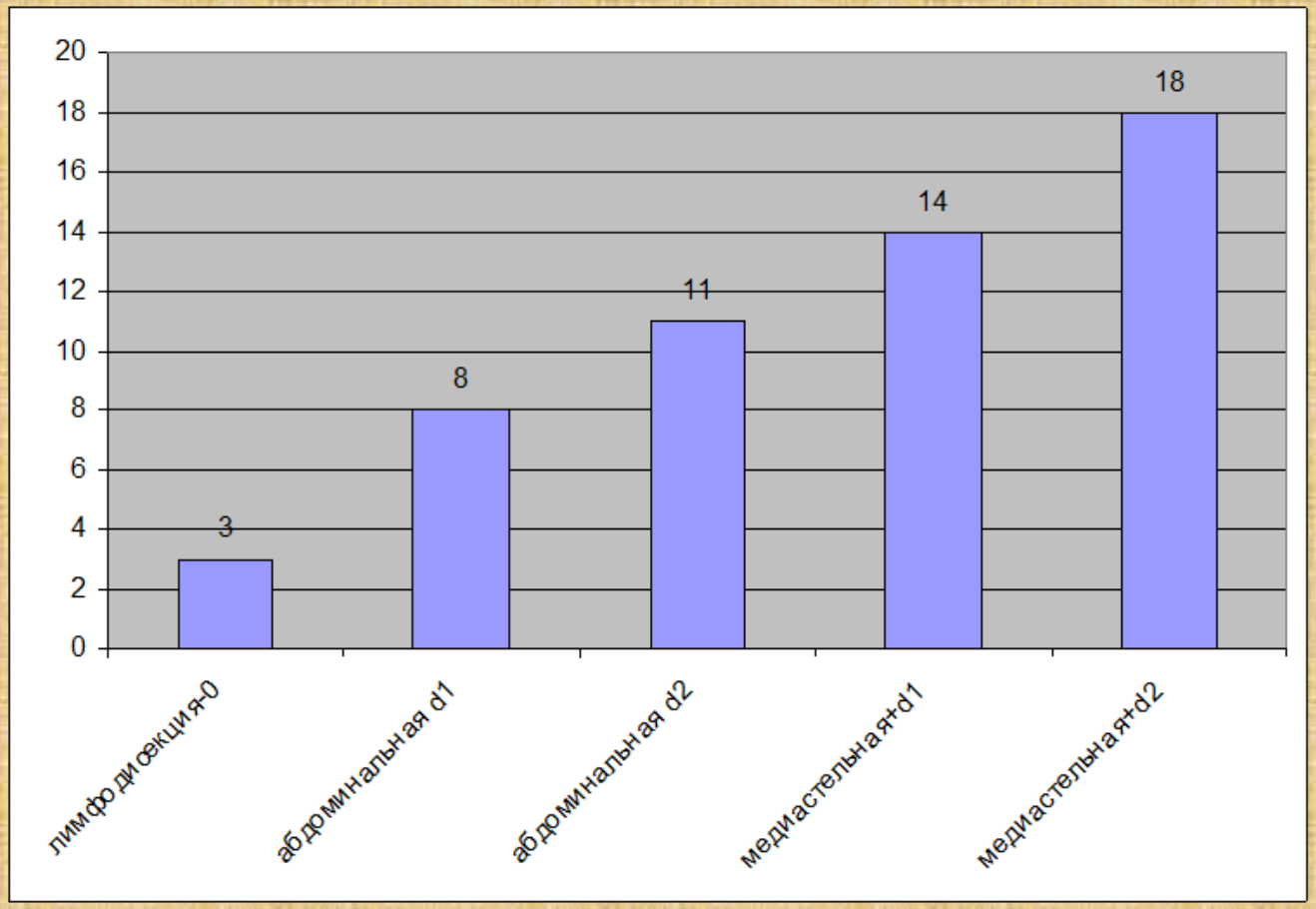
Лапаротомия / гастростомия – 2,8 месяца

Паллиативная резекция при IVB – 13,8 мес

Паллиативная резекция при IVA – 17,2 мес

Рак пищевода Стадия IV Собственные результаты (6)

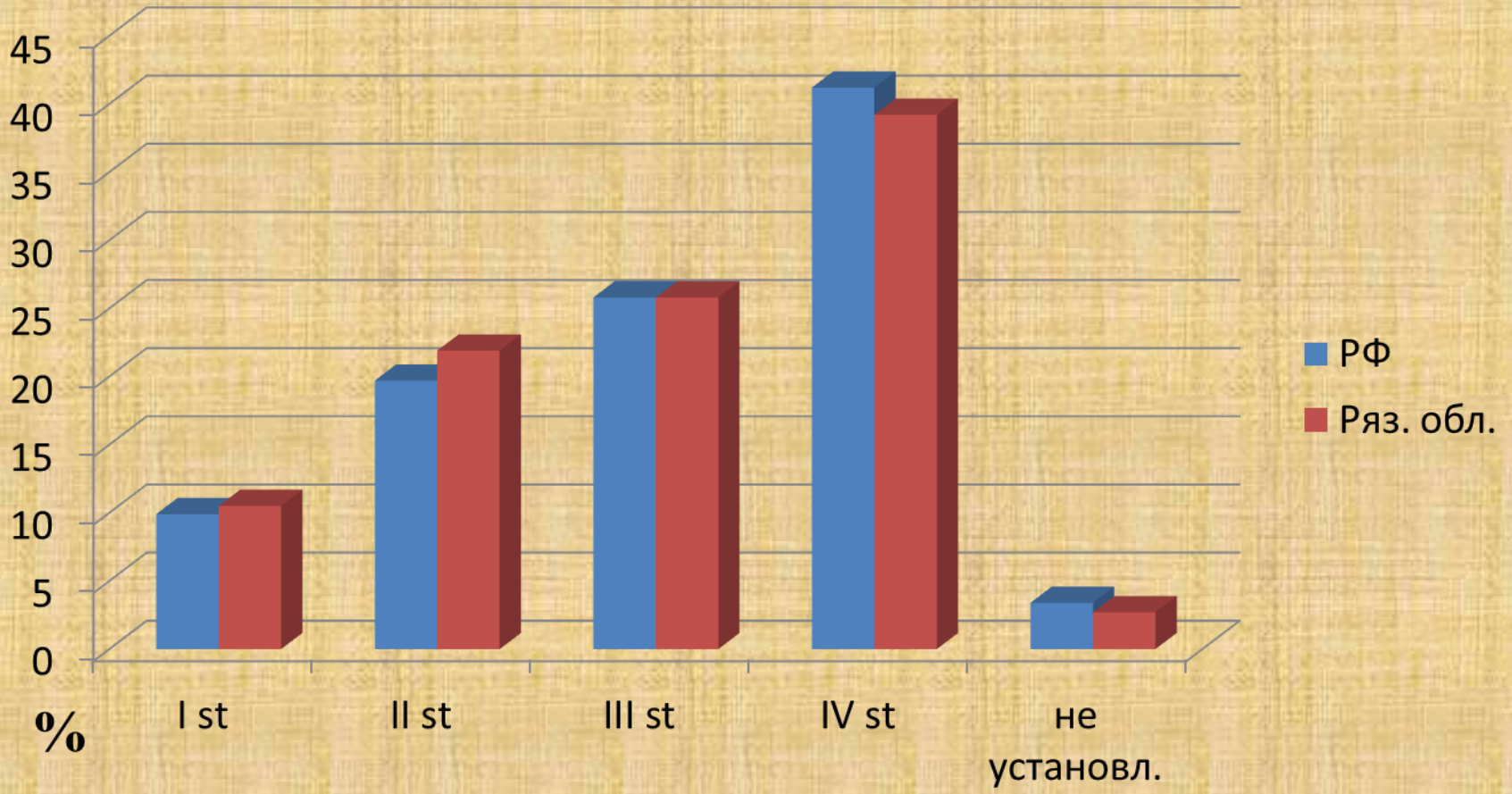
Медиана продолжительности жизни после паллиативной резекции пищевода в зависимости от объема лимфодиссекции (мес.)



Расширенная двухзональная лимфодисекция при резекции пищевода эффективна у больных раком грудного отдела пищевода IV стадии, т.к. значительно увеличивает продолжительность жизни

Рак желудка распределение по стадиям 2014год

Выявлено новых случаев за 2014 год
РФ – 35496 ; Рязанская обл. - 411



Рак желудка Стадия IV

Цель паллиативного хирургического вмешательства:

1. Устранение фатальных осложнений (дисфагии, стеноза выходного отдела желудка, кровотечения, перфорации с развитием гнойно-септических осложнений)
2. Увеличение продолжительности жизни

Варианты тактики паллиативного хирургического лечения при РЖ IV ст

Ушивание перфорации ?

Прошивание, лигирование кровеносных сосудов?

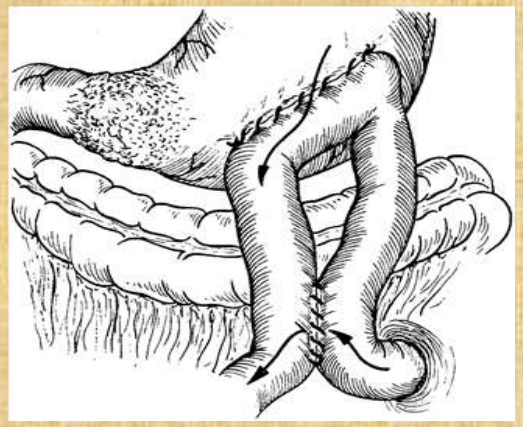
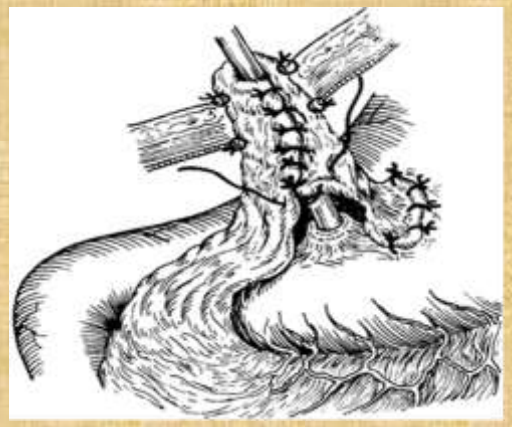
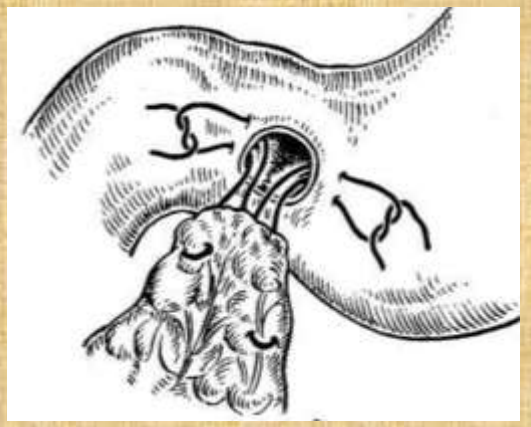
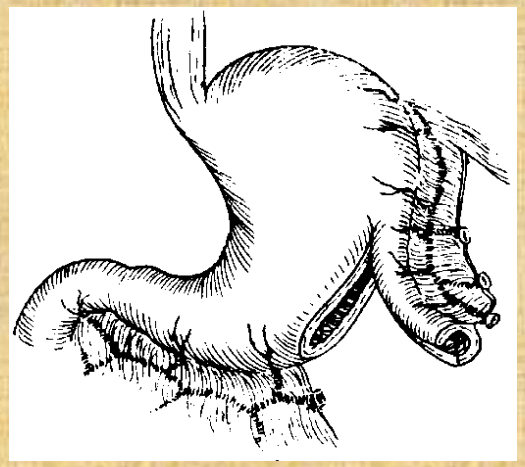
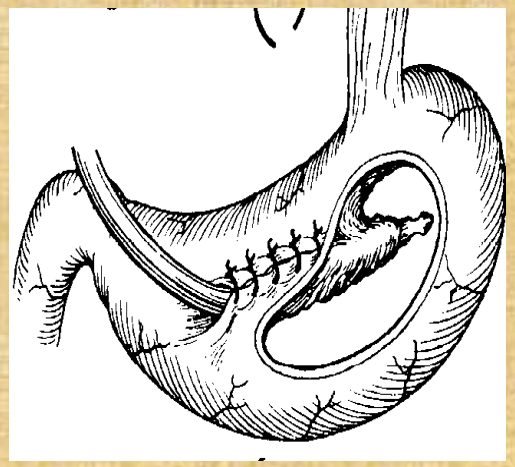
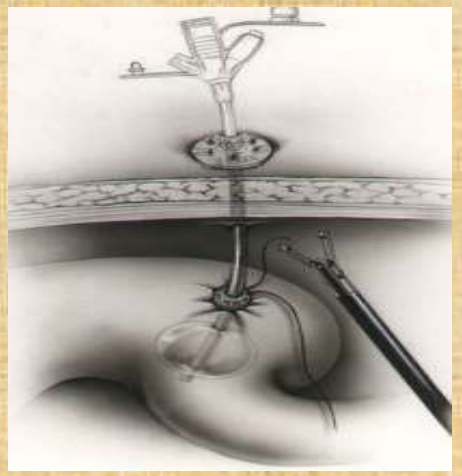
Стентирование, интубация опухоли?

Гастро/еюно стома?

Обходной гастро-энтеро анастомоз?

Паллиативная резекция, гастрэктомия?

Рак желудка Стадия IV (симптоматические операции)

Гастростомия и еюностомия обладают глубокими косметическими дефектами и не дают перспективы социальной реабилитации.

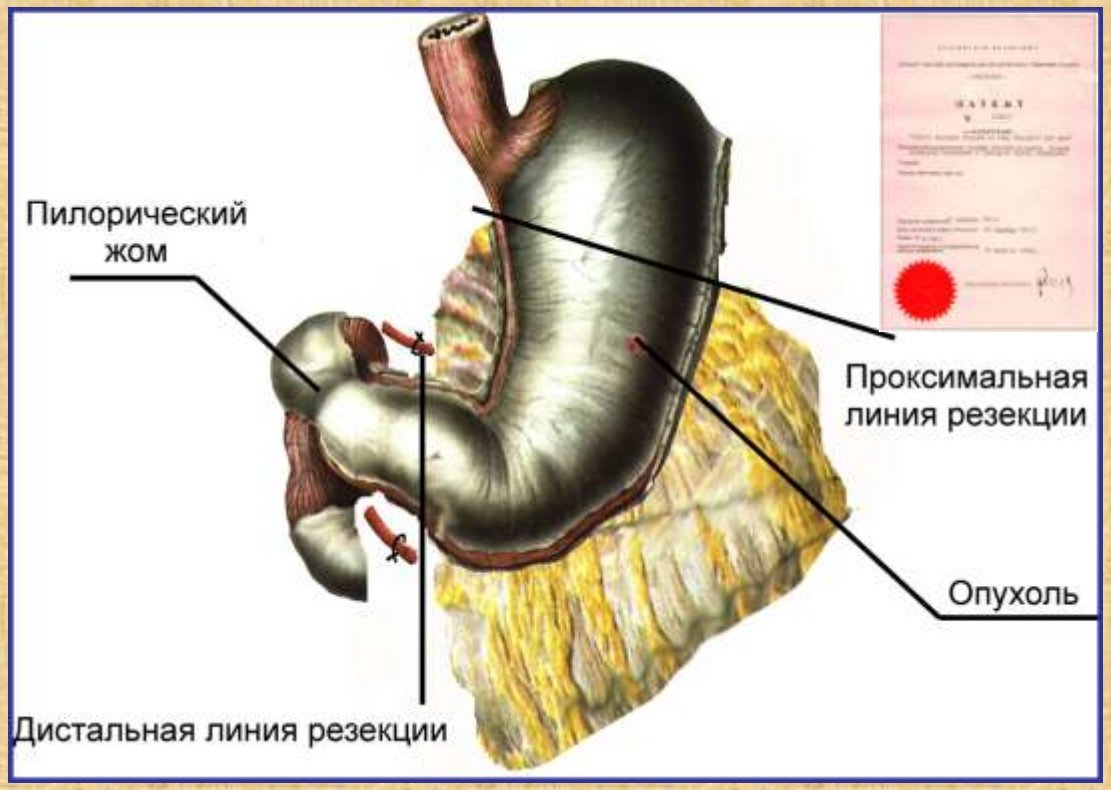
Опухоль, не удаленная после наложения обходных анастомозов остается источником кровотечения, интоксикации и гнойно-септических осложнений

Рак желудка Стадия IV Собственные результаты (1)

Понятие паллиативной резекции при РЖ

- Резектабельная опухоль, при наличии неудалимых метастазов
- Опухоль технически полностью не удалима, кровотечение, стеноз, перфорация
- Резекция 2/3 желудка, без лимфодиссекции – целесообразный объем операции

Резекция желудка с сохранением пилорического жома



Методика разработана в нашей клинике в 1991 г. для радикального лечения РЖ
Опыт выполнения более 200 операций
ПОЛ< 1,5%
Порционный тип эвакуации из желудка

Метод выбора для паллиативной резекции

Рак желудка Стадия IV Собственные результаты (2)

Паллиативные комбинированные резекции и гастрэктомии

- За период 2005 по 2010 годы в ГБУ РО ОКОД выполнены 37 паллиативные комбинированные операции и 34 симптоматических операций и пробных лапаротомий
- После эксплоративных и симптоматических операций 1-годичная выживаемость составила 3,2%
- После паллиативных комбинированных резекций (21), гастрэктомий (16) 1-годичная выживаемость 48,4%, 3-х летняя – 4,7%, 5-летняя – 0.
- Частота ПОО (28%) и ПОЛ(2,7%) после комбинированных паллиативных резекций и гастрэктомий не превысила аналогичные показатели поле радикальных операций
- В настоящее время большинству пациентов, перенесших паллиативные резекции/гастрэктомии проводим послеоперационную химиотерапию и терапию сегидрином, которые по предварительной оценке увеличивает показатели 1-, 2-х и 3-х летней выживаемости (наблюдение продолжается)

Сегидрин® ФАРМАКОДИНАМИКА

- ✓ **Препарат подавляет рост опухолей**
  - ✓ Оказывает влияние на ряд биохимических показателей
  - ✓ Ингибирует моноаминооксидазную активность
  - ✓ Снижает проницаемость мембран клеток и биомембран субклеточных структур
  - ✓ Является ингибитором метаболизма ксенобиотиков

- ✓ **<u>Симптоматическое лечебное действие при злокачественных новообразованиях</u>**

Сегидрин® Противоопухолевое действие отмечено при:

- ✓ **Неоперабельных формах, рецидивах и метастазах опухолей головы и шеи ;**
- ✓ **Первичных опухолях**
  - Головного мозга
  - Рака легкого;
  - Рака желудка и других органов ЖКТ ;
  - Нейробластомы;
  - Злокачественных лимфом;
  - Десмоидов мягких тканей с инфильтративным ростом;
  - Других новообразований.
- ✓ **Может сочетаться с другими химиопрепаратами (производными платины, винбластином, адрибластином, блеомицином)**

Сегидрин ® оказывает паллиативное и симптоматическое действие (в более чем 50% случаев):

- ✓ **Снижает или полностью купирует болевой синдром**
- ✓ **Снижает лихорадку, иногда до нормализации температуры**
- ✓ **Уменьшает кровохарканье, дыхательную недостаточность и отеки**
- ✓ **Нормализует лабораторные показатели**
- ✓ **Улучшает аппетит и снижает проявления кахексии**
- ✓ **Значительно улучшает общее самочувствие, повышает двигательную активность**
- ✓ **Улучшает настроение больного со снижением критической оценки своего состояния** (психостимулирующий, антидепрессивный эффект)

Сегидрин® Сочетает 2 клинически выраженных эффекта: противоопухолевый и паллиативный

- ✓ Вероятность возникновения побочных эффектов сведена к минимуму
- ✓ Спектр возможных побочных эффектов ограничен
- ✓ Может быть рекомендован для амбулаторного лечения
- ✓ Не требует индивидуального подбора и коррекции дозы
- ✓ Способ применения – per os, что определяет удобство применения

Сегидрин® Способ применения и дозы

- ✓ За 1-2 часа до или через 1-2 часа после еды или приема других препаратов
- ✓ 1таблетка (60мг) 3 раза в день
- ✓ Курс - 100 таблеток
- ✓ При плохой переносимости суточную дозу снижают до 2 таблеток в день. Доза на курс лечения при этом может не меняться
- ✓ Повторный курс лечения проводится с интервалом не менее 14 дней. Число курсов не ограничивается, при этом интервалы между курсами увеличиваются на 1-2 недели

Сегидрин® Побочные действия

- ✓ **Возможны диспептические явления (тошнота, рвота, отрыжка), быстро проходящие при снижении дозы или кратковременном (2-3 дня) перерыве в лечении**
- ✓ **При диспептических явлениях назначают вяжущие и противовоспалительные средства (настой ромашки, ромазулон, викалин), спазмолитики и др.**
- ✓ **При нейротоксических эффектах применяют пиридоксин (в 5% растворе по 1,0 мл внутримышечно 1-2 раза в день), тиаминохлорид (витамина В1), поливитаминные препараты внутрь, внутривенное введение 20-40% раствора глюкозы**
- ✓ **Редко - бессонница, общее возбуждение, явления полиневрита**

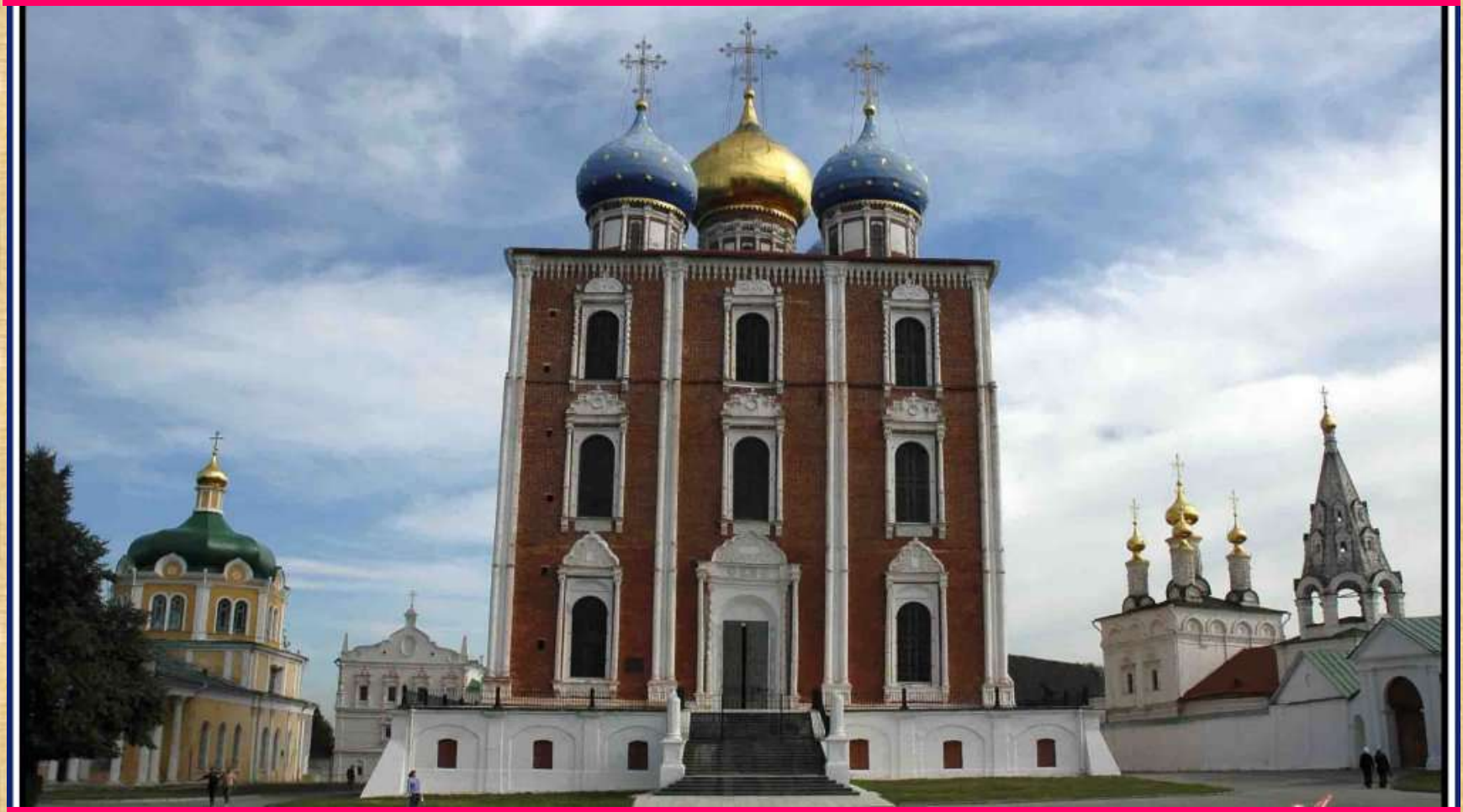
Сегидрин® показан как симптоматический препарат для претерминальных и терминальных онкобольных:

- ✓ **Как поддерживающая терапия по окончании основного лечения опухоли**
- ✓ **При интоксикации, обусловленной прогрессированием опухолевого процесса**
- ✓ **При болевом синдроме**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- **Более половины онкологических больных ЖКТ нуждаются в паллиативных хирургических вмешательствах**
- **Их выполнение значительно улучшает качество жизни, при одновременном увеличении медианы выживаемости**
- **При благоприятных непосредственных результатах паллиативных операций создается возможность проведения специального противоопухолевого лечения, включая терапию сегидрином**

Приглашаем в Рязань 8 октября 2015 г. на Межрегиональную научно-практическую конференцию «Паллиативная медицинская помощь»



Благодарю за внимание !