

НОВЫЕ МЕТОДЫ

© Соловьев В.И., 2004
УДК 616-006.04-08

АЛГОРИТМ МЕТОДОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОСНОВНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

В.И. Соловьев

Смоленский областной онкологический клинический диспансер

В основу работы положены результаты паллиативного лечения 881 больного злокачественными новообразованиями. Рассмотрены основные методы, применяемые при различных локализациях опухолей, и их влияние на продолжительность и качество жизни пациентов.

Достижения современной онкологии принципиально повлияли на идеологию в определении показаний к паллиативной помощи в целом и существенно изменили стратегию и тактику паллиативного лечения больных распространенными формами злокачественных новообразований [1, 4]. Коллективный клинический опыт убедительно доказывает целесообразность применения широкого арсенала методов паллиативного лечения (химио-, лучевая терапия, иммунотерапия, паллиативные хирургические вмешательства и др.), которые не только улучшают качество жизни данного контингента больных, но и достоверно увеличивают ее продолжительность [2, 3, 5].

Для изучения эффективности различных методов паллиативного лечения в предыдущих главах нами подробно были проанализированы результаты различных его вариантов в зависимости от локализации опухоли.

В структуре методов паллиативного лечения преобладали хирургический (41,0%), химиотерапевтический (22,0%), лучевой (15,1%), а также их сочетания: х/т+хир. - 3,5%; л/т+хир. - 10,6%; х/т+л/т - 4,2%. Комплексное лечение и другие мето-

ды использовались крайне редко (табл. 1).

При сравнении результатов было отмечено, что проведение паллиативного лечения независимо от метода воздействия позволяет увеличить среднюю продолжительность жизни больных распространенными формами ЗНО до 15,2 месяца, тогда как при оказании лишь паллиативной помощи этот показатель был равен 7,5 месяца ($p < 0,05$).

Проведенное исследование позволило нам определить возможности различных методов в улучшении качества жизни онкологических больных, важной составляющей которого является степень физической активности.

Доказано, что до лечения лишь 20,1% пациентов могли себя обслуживать, тогда как после их число возросло до 43,4% ($p < 0,05$). Кроме того, отмечено, что если до паллиативного лечения только 4,9% больных сохраняли нормальную активность и могли продолжать работать (100% по шкале Карновского), то после проведения адекватного паллиативного лечения уже 19,3% сохраняли нормальную жизненную активность ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 1

Структура методов паллиативного лечения в зависимости от локализации первичной опухоли

Локализации Опухоли	Методы лечения									
	Хир. (%)	х/г (%)	л/г (%)	х/г + хир (%)	л/г + хир (%)	х/г + л/г (%)	Горм. (%)	Хир + горм (%)	Им-муно-тер (%)	Хир + им-мун. (%)
Пищевод	52,8	-	27,2	-	20,0	-	-	-	-	-
Желудок	61,4	-	13,5	-	25,1	-	-	-	-	-
Прямая кишка	68,4	-	15,8	-	15,8	-	-	-	-	-
Легкое	14,0	30,7	38,0	-	-	17,3	-	-	-	-
Почка	34,4	-	-	-	-	-	-	-	28,1	37,5
Мол. железа	15,0	55,0	-	14,0	-	16,0	-	-	-	-
Яичники	25,4	42,3	-	32,3	-	-	-	-	-	-
Предст. железа	25,4	-	18,9	-	-	-	28,3	28,3	-	-

Таблица 2

Динамика степени физической активности больных распространенными формами ЗНО в процессе проведения паллиативного лечения и оказания паллиативной помощи

Степень физической активности по шкале Карновского (%)	Количество пациентов							
	Паллиативное лечение				Паллиативная помощь			
	до		после		до		после	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
100	43	4,9	170	19,3	-	-	-	-
90 – 80	177	20,1	382	43,4	180	15,2	62	5,3
70 – 60	607	68,9	284	32,2	940	79,5	563	47,6
50 – 40	54	6,1	45	5,1	57	4,8	374	31,5
30 – 10	-	-	-	-	6	0,5	184	15,6
Всего	881	100	881	100	1183	100	1183	100

Практически противоположная картина сложилась при оказании паллиативной помощи. Если на момент установления диагноза 80,0% пациентов имели степень физической активности соответствующей 60-70% по шкале Карновского (... обслуживает себя самостоятельно...), а 15,2% - были способны «...к нормальной активности с небольшим усилием...», то уже через 2 месяца, несмотря на применение самых

современных средств, произошло перераспределение групп больных: количество пациентов со степенью физической активности 60% и более уменьшилась на 41,8% ($p < 0,05$), причем 15,6% из них перешли в группу с признаками тяжелой инвалидности и необходимостью постоянного постороннего ухода.

Одним из показателей адекватности проведенного паллиативного лечения является динамика хронического

болевого синдрома. Установлено, что до лечения 35% больных страдали сильной и нестерпимой болью. В процессе лечения произошло перераспределение больных из групп с сильной и

нестерпимой болью в группы с умеренной и слабой, а удельный вес пациентов, которых болевой синдром не беспокоил, увеличился в 1,3 раза (табл. 3).

Таблица 3

Динамика степени выраженности ХБС* у больных распространенными формами ЗНО в процессе проведения паллиативного лечения и оказания паллиативной помощи

Уровень ХБС (в баллах)	Количество пациентов							
	Паллиативное лечение				Паллиативная помощь			
	до		после		до		после	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Нет боли (0)	133	15,1	173	19,7	122	10,3	-	-
Слабая боль (1)	396	44,9	485	55,0	510	43,1	236	19,9
Умеренная боль (2)	48	5,4	159	18,1	403	34,1	360	30,5
Сильная боль (3)	264	30,0	64	7,2	97	8,2	415	35,1
Нестерпимая боль (4)	40	4,6	-	-	51	4,3	172	14,5
Всего	881	100	881	100	1183	100	1183	100

* ХБС – хронический болевой синдром.

В группе же больных, которым оказывалась лишь паллиативная помощь, удельный вес пациентов, страдающих сильной и нестерпимой болью, увеличился с 12,5% до 49,6% ($p < 0,05$).

При анализе динамики изменения продолжительности ночного сна выявлено, что на момент установления IV клинической группы, каждый четвертый пациент отмечал значительное и полное нарушение сна (3-4 балла), что было связано с болевым синдромом, беспокойством за свое здоровье и жизнь. После проведения паллиативного лечения произошли существенные изменения: количество лиц, у которых сон составлял менее 50% ночного времени сократилось на 12,7% или 2,7 раза, стало меньше пациентов с умеренными нарушениями ночного сна. Кроме того, на 32,5% увеличилось количество больных с нормальным

сном или незначительным его нарушением. При оказании паллиативной помощи на фоне естественного прогресса заболевания, усиления болевого синдрома и нарастания тревожного состояния динамика ночного сна изменялась в сторону его ухудшения. Уже через месяц с момента постановки диагноза количество лиц, страдающих значительным и полным нарушением сна на фоне оказания паллиативной помощи увеличилось в 1,9 и 1,3 раза соответственно, а число пациентов с полноценным ночным сном снизилось на 10,3% (табл. 4).

Переходя к оценке эффективности методов паллиативного лечения опухолей основных локализаций, следует отметить, что их роль и место в улучшении качества жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований неоднозначна.

Таблица 4

Динамика изменения продолжительности ночного сна у больных в процессе проведения паллиативного лечения и оказания паллиативной помощи

Степень нарушений ночного сна	Количество пациентов							
	Паллиативное лечение				Паллиативная помощь			
	до		после		до		после	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сон не нарушен (0)	97	11,0	176	19,9	178	15,0	55	4,7
Незначительное нарушение сна (1)	168	19,1	374	42,6	237	20,0	156	13,2
Умеренное нарушение сна (2)	396	44,9	266	30,1	448	37,9	400	33,8
Значительное нарушение сна (3)	177	20,1	65	7,4	260	22,0	494	41,7
Полное нарушение сна (4)	43	4,9	-	-	60	5,1	78	6,6
Всего	881	100	881	100	1183	100	1183	100

Для удобства оценки качества жизни после проведенного паллиативного лечения было введено условное понятие «удовлетворительное качество жизни», которое включало в себя:

- степень физической активности не ниже 60%-го значения шкалы Карновского;
- степень выраженности хронического болевого синдрома по ШВО менее 3-х баллов;
- степень нарушения ночного сна менее 2-х по пятибалльной шкале.

При распространенном раке яичников оптимальным оказалось сочетание паллиативной химиотерапии с последующими циторедуктивными хирургическими операциями. Пациентки, подвергшиеся данному виду лечения, в 77,8 % случаев отмечали удовлетворительное качество жизни и 85% из них сохраняли его на протяжении 18 месяцев, а 37,5% - до 21-го месяца.

Кроме того, было установлено, что

проведение химиотерапии с последующим выполнением хирургического этапа лечения независимо от объема операции увеличивает среднюю продолжительность жизни до 22,2 месяца, а 15,3% пациенток пережили двухлетний рубеж (рис. 1).

Наиболее часто применяемыми методами паллиативного лечения распространенного рака пищевода были хирургическое лечение и лучевая терапия. При оценке их эффективности оказалось, что методом выбора следует считать хирургический в объеме тунелизации опухоли. Уже через месяц после проведения хирургического лечения 60% пациентов отмечали значительное улучшение самочувствия, а 95% пациентов сохраняли нормальную жизненную активность до 17 месяца наблюдения. Средняя продолжительность жизни при тунелизации составила 10 месяцев, а двухлетний рубеж пережили 15% пациентов (рис. 2).

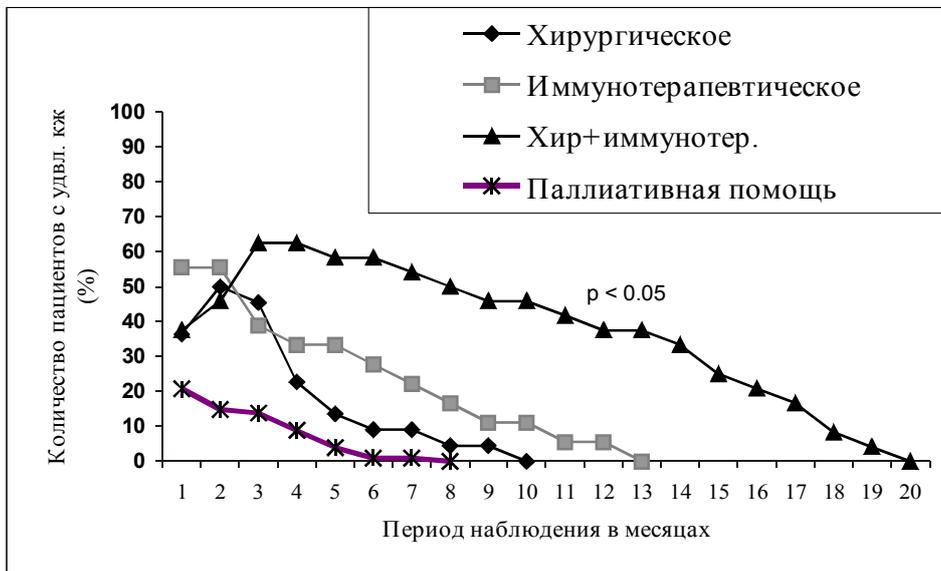


Рис. 1. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями яичников в зависимости от вида паллиативного лечения.

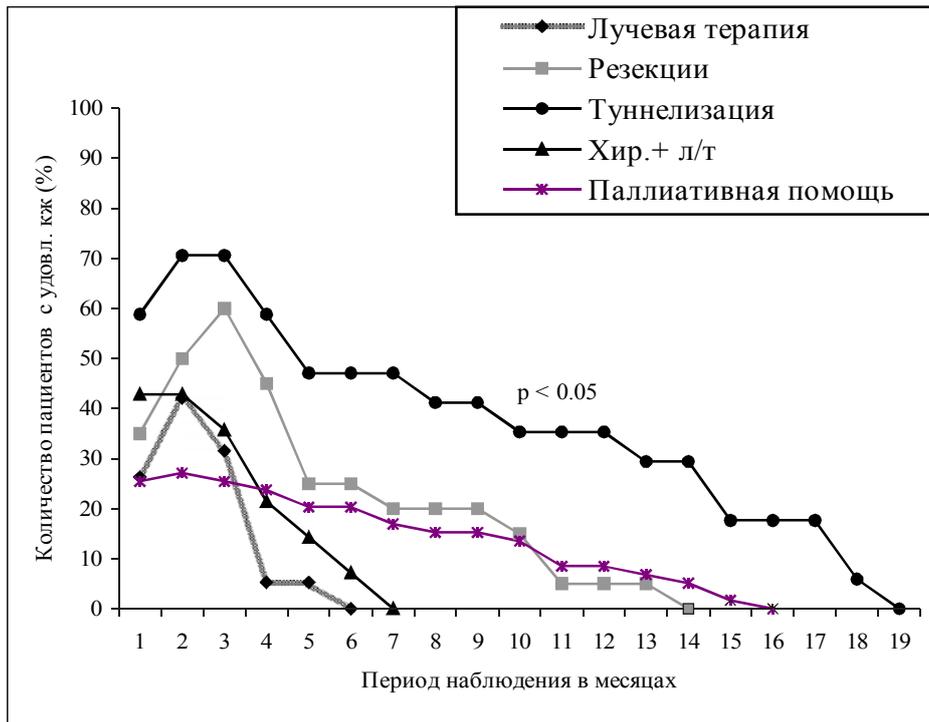


Рис. 2. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями пищевода в зависимости от вида паллиативного лечения.

В процессе исследования установлено, что при диссеминированном раке желудка хирургический метод является методом выбора, достоверно увеличивая не только продолжительность жизни, но и улучшая ее качество. Если при оказании паллиативной помощи средняя продолжительность жизни пациентов составляла 3,9 месяца, то после выполнения паллиативных операций она возросла до 10,5 месяца. Кроме того, результаты проведенного исследования позволили ($p < 0,05$) установить зависимость степени физической активности больных от характера проведенного оперативного лечения. Критерием оценки служил удельный вес больных, степень физической активности которых, равнялась или превышала 60% значения (...требует периодическую помощь, но способен себя обслуживать ...) шкалы Карновского. 98% пациентов, перенесшие гастрэктомию, этого уровня достигли уже через три с половиной месяца, и 59,5% из них сохраняли его в течение 13 месяцев, а после выполнения паллиативных резекций больные могли полностью себя обслуживать в течение 7 месяцев, приобретая эту возможность в те же сроки. В то же время, мероприятия паллиативной помощи оказались способными улучшить качество жизни 23,5% пациентов, и то на непродолжительное время.

Динамика степени выраженности болевого синдрома также говорит в пользу хирургического метода лечения.

Качество жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований в значительной степени зависит от интенсивности хронического болевого синдрома, обусловленного наличием диссеминированной опухоли. Поэтому был проведен анализ зависимости уровня хронической боли

от вида хирургического паллиативного вмешательства. Установлено, что только у 10% лиц, перенесших резекции желудка сохранялся выраженный болевой синдром (3-4 балла по шкале вербальных оценок), после гастрэктомий – у 25%, однако, удельный вес пациентов, страдающих им даже в терминальной стадии не превышал 50%, тогда как у больных, получавших паллиативную помощь, ХБС прогрессивно возрастал у 90% пациентов. Все это отражается и на продолжительности ночного сна, который также является одной из характеристик качества жизни больных.

Если до начала лечения степень нарушения ночного сна соответствовала 2-м баллам (... пациент не спит менее 50% ночного времени), то после проведения вышеперечисленных паллиативных хирургических вмешательств, у 80% больных сон практически нормализовался и соответствовал 1 баллу (... незначительное нарушение сна, периодические просыпания). При оказании только паллиативной помощи количество лиц с резкими нарушениями ночного сна прогрессивно увеличивалось (рис. 3).

Наиболее эффективным методом лечения распространенного рака прямой кишки является хирургический в объеме брюшно-промежностной экстирпации с одномоментным удалением солитарных метастазов в печени или легком. При выполнении данного объема, несмотря на то, что нормальную жизненную активность 67% пациентов приобретали лишь к третьему месяцу после операции, тем не менее сохраняли ее в течение года, и могли в это время не только полностью себя обслуживать, но и в каждом четвертом случае вернуться к прежней профессиональной деятельности (рис. 4).

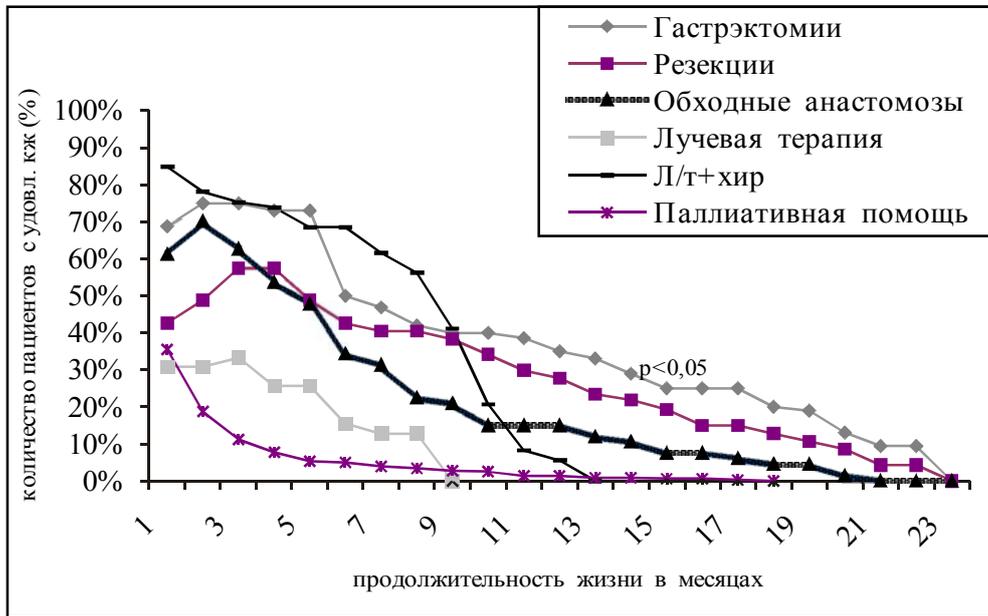


Рис. 3. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями желудка в зависимости от вида паллиативного лечения.

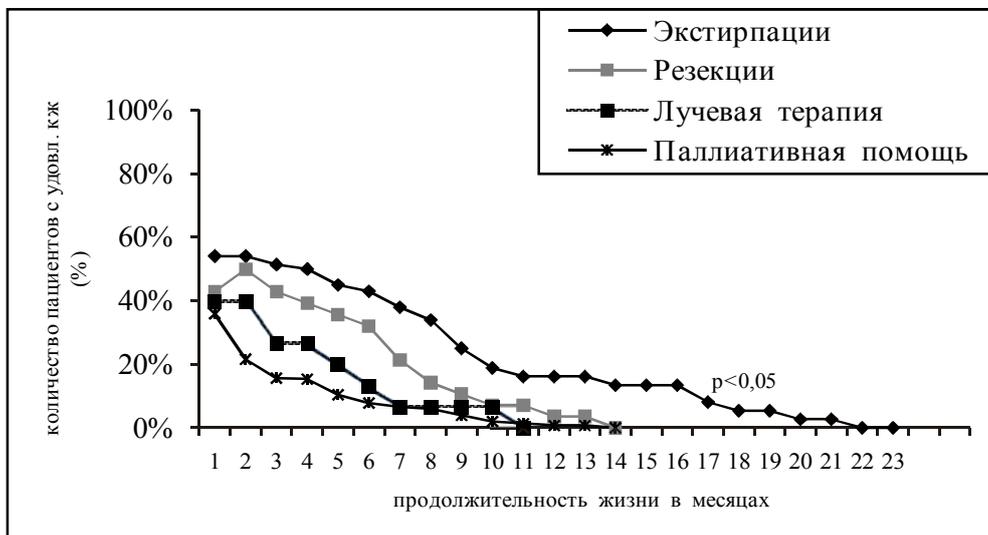


Рис. 4. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями прямой кишки в зависимости от вида паллиативного лечения.

Лекарственное лечение - один из основных методов терапии, который дает надежду и на увеличение продолжительности жизни, и на улучшение ее качества путем индукции ремиссии и сдерживания прогресса заболевания.

Химиотерапия является методом выбора при распространенном раке молочной железы, мелкоклеточном раке легкого и яичников, уступая в последнем случае лишь сочетанию химиотерапии с дальнейшим оперативным вмешательством.

В процессе исследования установлено, что основным методом, достоверно увеличивающим продолжительность жизни и

улучшающим ее качество у больных распространенным раком молочной железы, является химиотерапевтический.

Через месяц от начала паллиативной химиотерапии 48% пациенток уже имели удовлетворительное качество жизни и на протяжении 16 месяцев сохраняли способность к самообслуживанию, а каждая четвертая пациентка через три месяца смогла вернуться к прежней профессиональной деятельности.

Средняя продолжительность жизни при данном виде лечения составила 19,4 месяца, а 18,2% пациенток жили более 3-х лет (рис. 5).

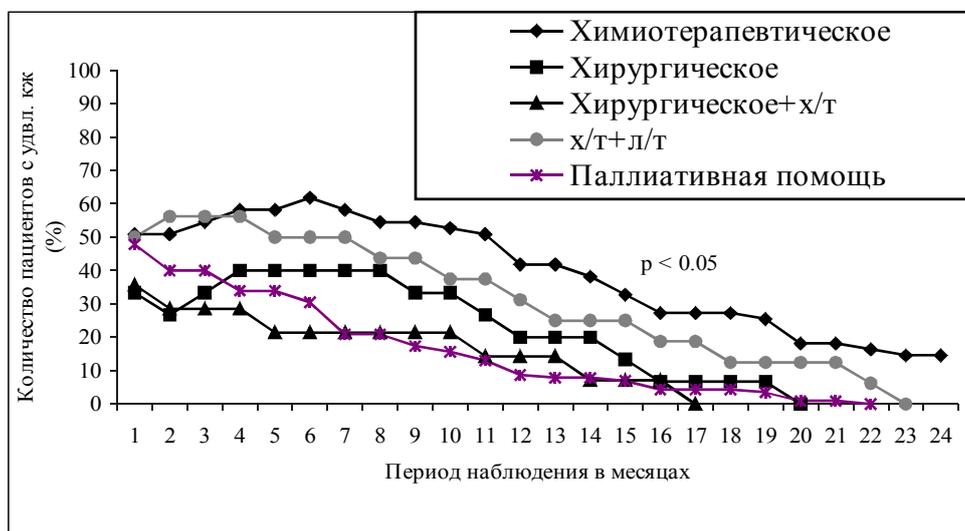


Рис. 5. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями молочной железы в зависимости от вида паллиативного лечения.

Методом выбора при распространенном раке легкого (мелкоклеточный вариант) также была паллиативная химиотерапия, которая у 85,4% позволяла сохранить удовлетворительное качество жизни до 16 месяцев. Средняя продолжительность жизни при данном виде лечения равнялась 19,8 месяца, а 5,8% пациентов пережили двухлетний рубеж.

При немелкоклеточных вариантах

распространенного рака легкого, наиболее эффективным методом, достоверно улучшающим качество жизни пациентов, является лучевая терапия. К третьему месяцу наблюдения уже 83,3% больных соответствуют удовлетворительному показателю качества жизни и 56,5% на протяжении года не нуждались в применении наркотических анальгетиков, седативных средств и других сильнодействующих препаратов. Что каса-

ется средней продолжительности жизни, то данный показатель равнялся 14 месяцам, а 6,9% больных прожили более двух лет, что достоверно превышает данные выживаемо-

сти при использовании других методов паллиативного лечения распространенного рака легкого ($p < 0,05$) (рис. 6).

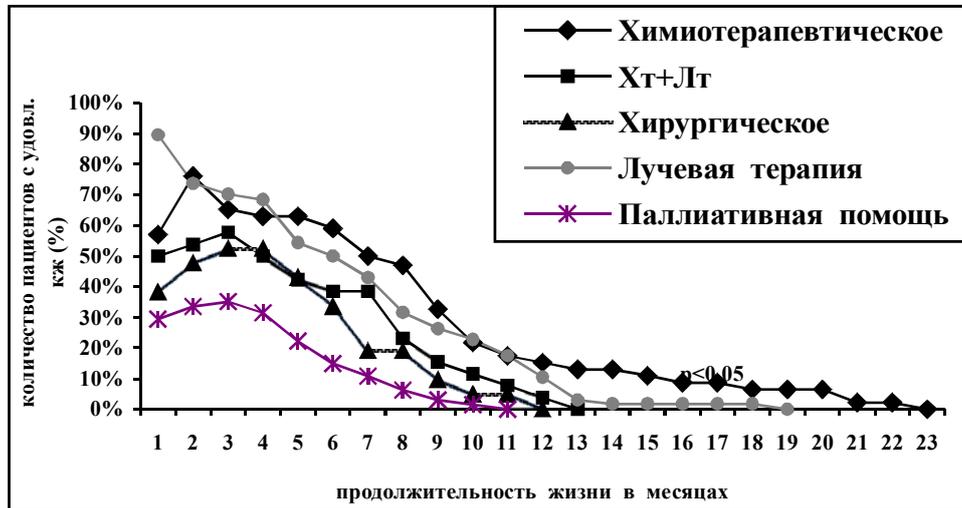


Рис. 6. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями легких в зависимости от вида паллиативного лечения.

Наиболее выраженное влияние на изменение качества жизни больных с опухолями предстательной железы ока-

зывало проведение трансуретральной резекции с последующей гормонотерапией (рис. 7).

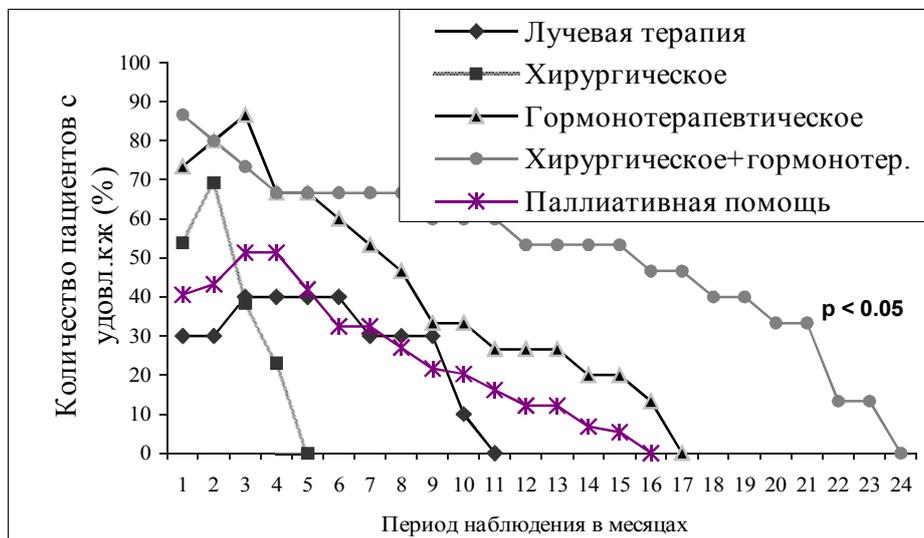


Рис. 7. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями предстательной железы в зависимости от вида паллиативного лечения.

Данное сочетание уже с первого месяца после паллиативного лечения позволяло 85,5% пациентов полностью себя обслуживать, не испытывая при этом боли, дизурии и других мучительных симптомов, а с 5-го по 9-ый месяцы не нуждались в посторонней помощи уже все пациенты данной группы.

До 20-го месяца наблюдения 73,6% лиц оценивали уровень качества жизни как «удовлетворительный». Средняя продолжительность жизни при сочетании ТУР с гормонотерапией была 26,2 месяца, причем 45% прожили 23 месяца, а 12,5% - более трех лет.

Результаты исследования показали, что частота применения хирургического

лечения, лучевой и иммунотерапии распространенного рака почки примерно одинакова, но с наибольшим успехом достичь ожидаемого эффекта возможно лишь при сочетании паллиативной нефрэктомии с последующей иммунотерапией. Эта комбинация позволяет у 60% пациентов уже к третьему месяцу наблюдения иметь удовлетворительное качество жизни и сохранять его на протяжении 1,5 лет, а 20% пациентов сохраняли его 19 месяцев. Достоверно увеличивалась и средняя продолжительность жизни, составляя 20,2 месяца, причем 29,5% пациентов жили более 2,5 лет (рис. 8).

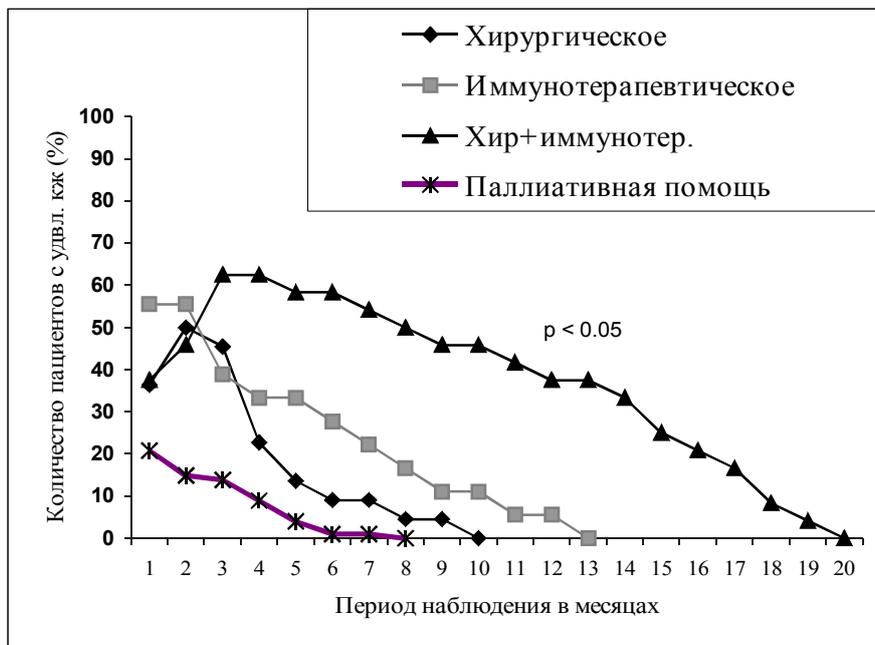


Рис. 8. Качество жизни больных злокачественными новообразованиями почки в зависимости от вида паллиативного лечения и помощи.

Для оценки адекватности выбора наиболее эффективных методов паллиативного лечения онкологическим больным, прогнозирования соотношения длительности и качества жизни этого контин-

гента, в рамках проведенного исследования разработана автоматизированная экспертная система, которая способна извлекать информацию из первичных данных, выполнять структурный анализ форми-

руемых моделей лечения, предоставлять возможности выбора конфигурации системы, анализировать эффективность проведенного паллиативного лечения опухолей конкретной локализации, прогнозировать эффективность лечения как по групповым, так и по индивидуальным показателям с целью планирования общей стратегии паллиативного лечения в рамках региона. Кроме того, данная система обладает гибким механизмом структурной адаптации, алгоритмами дополнительного обучения моделей, что позволяет применять ее в каждом отдельном регионе с минимальными затратами и учетом специфики системы здравоохранения. Описанная экспертная система реализована в виде совокупности программных модулей, официально зарегистрированных РОСПАТЕНТОМ, которые могут быть ус-

тановлены на любом IBM-совместимом компьютере при наличии операционной системы Windows 98/2000/XP/. Разработанная экспертная система абсолютно функционально совместима с канцер-регистром и обладает дополнительными сервисными возможностями:

- проведение стандартных процедур статистической обработки данных с учетом особенностей исследования;
- использование численной регрессии;
- многомерная визуализация при необходимости сопоставления совокупности критериев оценки качества жизни больных распространенными формами опухолей.

Пример функционирования автоматизированной экспертной системы приведен на рис. 9.

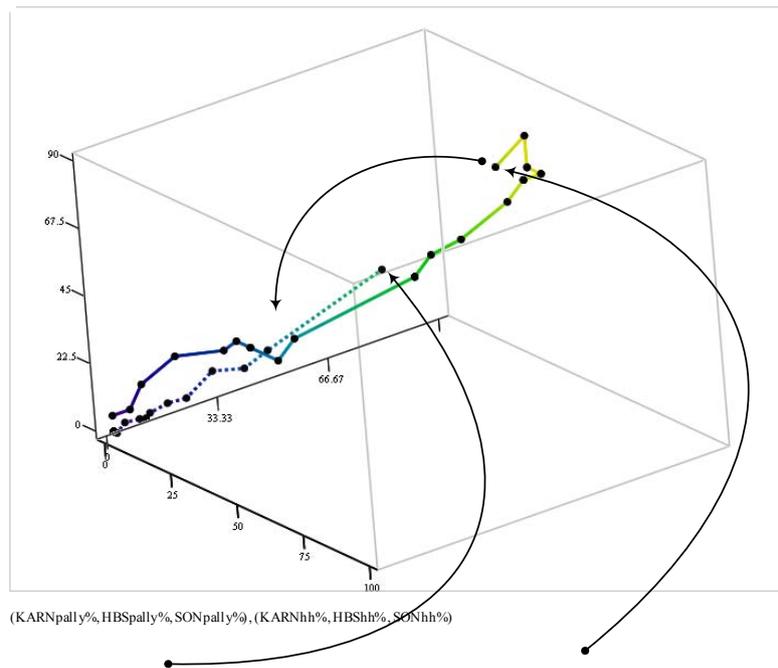


Рис. 9. Модель качества жизни больных распространенным раком яичников для различных видов паллиативного лечения.

Таким образом, на большом клиническом материале проведен скрупулезный ретроспективный анализ результатов паллиативного лечения онкологических больных в специализированных и общепрофильных ЛПУ, разработаны методологические подходы комплексной оценки эффективности методов воздействия в улучшении качества жизни этого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брахиотерапия в паллиативном лечении онкологических больных / А.В. Бойко, А.В. Черниченко, С.Л. Дарьялова и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2003. - №2. - С. 91-92.
2. Важенин А.В. Паллиативная онкология, как социальный заказ в настоящее время / А.В. Важенин // Тез. докл. Пленума правления Всерос. науч. мед. о-ва онкологов. – Ростов н/Д, 1999. – С.294-296.
3. Михновская Н.Д. Роль и место службы хосписа в организации онкологической помощи / Н.Д. Михновская и др. // Сб. науч. работ V Всерос. конф. «Паллиативная помощь в онкологии». - М., 2001. - С.11.
5. Модников О.П. Организация модели паллиативного лечения, анализ развития в Ульяновской области / О.П. Модников и др. // Сб. науч. работ III конгр. с Междунар. участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении». – Анталия, 2000. - С.13.
6. Cancer statistics / American Cancer Society // CA. - 1989. - Vol.39. - P.3-20.

THE MODEL OF PALLIATIVE TREATMENT METHODS USED FOR PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF BASIC LOCALIZATIONS

V.I. Solovyov

In a basis of work results of palliative treatment 881 patients malignant новообразованиями are fixed. The basic methods used are considered at various localizations of tumours and their influences on duration and quality of life of patients.