

АО «Медицинский Университет Астана»

*Тема: Диагностика и лечения неотложных состояний в онкологии.*

*Выполнил: Рацектаева.Т.В*



*Астана 2016*

# **КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ОНКОЛОГИИ**

---

- 1. Патологические состояния, связанные с онкологическим процессом.
- 2. неотложные состояния, развившиеся у онкологических больных в связи с проведенным лечением.

# **ВЫДЕЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ОНКОЛОГИИ:**

- ▣ 1. Перфорация опухоли полых и паренхиматозных органов.
- 2. Пенетрация (проращение) опухоли.
- 3. Обтурация (стеноз) полого органа.
- 4. Кровотечение из опухоли полых и паренхиматозных органов.
- 5. Разрыв опухоли.
- 6. Перекрут опухоли, некрозы.
- 7. Внутренние и наружные свищи (кишечные, желчные, межкишечные).
- 8. Компрессия опухолью смежных органов.
- 9. Сочетание осложнений (перфорация, кровотечение и пр.).



# КОМПРЕССИЯ СПИННОГО МОЗГА

- Компрессия спинного мозга - тяжелое и частое осложнение **онкологического заболевания**. Ранний диагноз и быстрое начало лечения являются решающими факторами предотвращения повреждения функции спинного мозга, характеризующегося парезами/параличами и/или нарушением деятельности органов малого таза.



# КЛИНИКА КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕТРАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ:



болями, слабостью, дисфункцией вегетативной нервной системы (нарушением функции тазовых органов), нарушением чувствительности

# ДИАГНОСТИКА КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА

---

- Неврологическое и физикальное обследование [9]: перкуссия позвоночника, оценка двигательной и сенсорной слабости, пассивное сгибание шеи, подъем выпрямленной ноги, ректальное обследование (оценка тонуса сфинктера), «булавочная» проба от пальцев стопы до головы для установления уровня чувствительности.
- Рентгенографическое исследование. При рентгенографии в прямой проекции характерные изменения тел позвонков на уровне компрессии спинного мозга выявляются у 91% больных с эпидуральными метастазами.
- Радиоизотопное исследование костного мозга.
- Компьютерная томография позвоночного столба с введением контрастного вещества.
- Магнитно-ядерно-резонансная томография с контрастированием обладает самой высокой чувствительностью и специфичностью для определения компрессии спинного мозга и является стандартом для его диагностики

# ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА

- Как только диагноз ясен, необходимо начать лечение, так как нередко выраженная слабость в течение нескольких часов может перейти в необратимую параплегию.
- Неотложные мероприятия.
- Иммобилизация позвоночника, если таковой не было, с помощью жесткого щита, специальных ортопедических корсетов, воротников.
- Назначение кортикостероидных гормонов, способствующих уменьшению отека спинного мозга (высокие дозы дексаметазона по следующей схеме: однократное введение 20 мг дексаметазона внутривенно с последующим применением препарата перорально по 8 мг (16 таблеток) в сутки первые 10 дней, затем по 4 мг (8 таблеток) в сутки в течение 2 нед, затем - поддерживающая доза по 2 мг (4 таблетки) постоянно. Некоторыми авторами [18] предлагается использовать следующий режим введения дексаметазона: 100 мг препарата внутривенно болюсно в первые сутки и в последующем - введение дексаметазона по 4 мг внутривенно через каждые 6 ч.
- Параллельно с дексаметазоном назначаются мочегонные, препараты калия, средства, улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон), сосудистые препараты (трентал).

# СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

- Синдром верхней полой вены (СВПВ) - неотложное состояние, связанное с нарушением кровообращения в бассейне верхней полой вены. В последнее время это состояние встречается несколько чаще в связи с увеличением числа больных раком легкого, который является основной причиной данного состояния [3].
- СВПВ - наиболее употребительный термин, которым принято обозначать патологию.





# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ



Клиническое течение СВПВ может быть острым или медленно прогрессирующим. Жалобы больного крайне разнообразны: головная боль, тошнота, головокружение, изменение внешности, осиплость голоса, кашель, дисфагия, боли в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка, сонливость, обмороки, судороги. При физикальном обследовании обнаруживаются наиболее характерные признаки СВПВ: расширение, набухание вен шеи, грудной стенки и верхних конечностей, отек лица, шеи или верхнего

# ДИАГНОСТИКА

Для диагностики СВПВ может быть достаточно данных клиники и физикального обследования.

- При отсутствии морфологического диагноза необходимо проведение всех возможных исследований для верификации патологического процесса: цитологическое исследование мокроты, бронхоскопия с биопсией и цитологическим исследованием смывов из бронхов, медиастиноскопия с биопсией, биопсия лимфатического узла, стеральная пункция и т. д.
- Рентгенография грудной клетки в прямой и боковых проекциях и томография показаны всем больным в случаях неотложных состояний или с подозрением на нарушение проходимости верхней полой вены. Рентгенологическое исследование позволяет выявить патологический процесс в средостении, степень его распространения и определить границы для последующей лучевой терапии.
- Компьютерная томография с контрастированием позволяет уточнить контуры опухолевого процесса, степень поражения лимфатических узлов средостения [3].
- Доплеровское ультразвуковое исследование сонных или надключичных вен может оказать помощь для дифференциальной диагностики между тромбозом и обструкцией извне [3].
- Не рекомендуется введение радиоcontrastных или других веществ в вену пораженной конечности ввиду высокого риска экстравазации. Однако в редких случаях проводят флебографию для выявления локализации и степени нарушения проходимости верхней полой вены. Флебография оказывается полезной для дифференциальной диагностики сосудистого и внесосудистого характера поражения, решения вопроса об операбельности, определения протяженности пораженного сегмента.

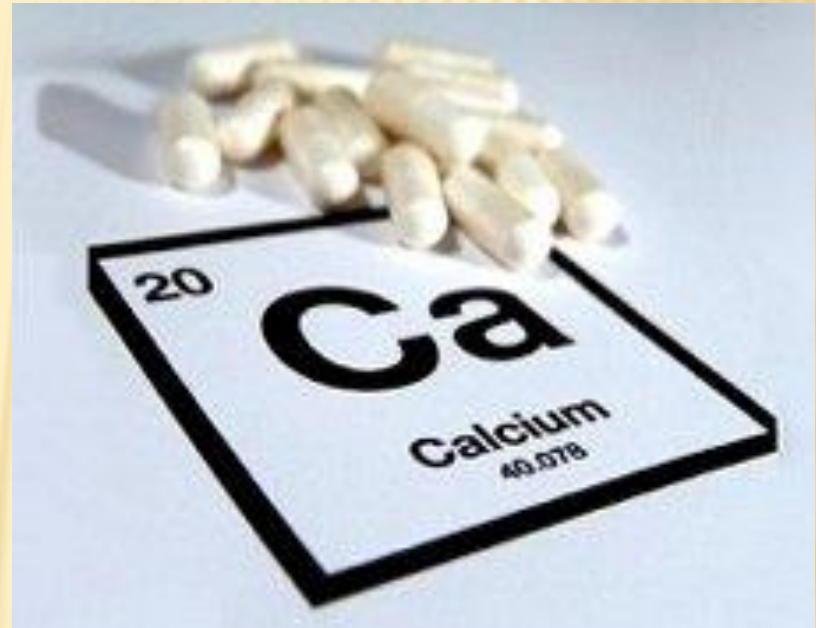
# ЛЕЧЕНИЕ

Оптимальное лечение зависит от причин, вызвавших СВПВ, и скорости развития симптомов прогрессии.

- В острой ситуации лечение можно начинать, не имея точного морфологического диагноза. Экстренные симптоматические мероприятия направлены на спасение жизни больного, они необходимы, чтобы обеспечивать поступление воздуха в легкие, ликвидировать непроходимость верхней полой вены и сдавление органов средостения. Кроме покоя, возвышенного положения, кис-лородотерапии, иногда могут потребоваться трахеостомия, интубация, введение противосудорожных средств. Показано применение диуретиков (фуросемид, маннитол) и кортикостероидов. Рекомендуется введение гидрокортизона от 100 до 500 мг внутривенно с последующим снижением дозы каждые 6-8 ч с учетом клинической картины [5] или назначение преднизолона 6090 мг внутривенно, затем по 40-60 мг в сутки перорально.
- Лучевая терапия крупными фракциями является высокоэффективным методом лечения СВПВ, особенно при немелкоклеточном раке легкого. Эффективность ее достигает 70-90% [3]. Облучение грудной клетки должно начинаться как можно раньше. Проведение неотложной лучевой терапии требуется при дыхательной недостаточности (в том числе стридорном дыхании) или при наличии симптомов со стороны центральной нервной системы [5].
- Химиотерапевтическое лечение в качестве первой линии предпочтительнее проводить при наличии опухолей, высокочувствительных к цитостатикам (лимфопро-лиферативные заболевания, миелома, герминогенные опухоли, рак молочной и предстательной желез) [8, 13].
- Комбинированная терапия (химиотерапия и лучевая терапия) показана при мелкоклеточном раке легкого, лимфопролиферативных заболеваниях. Однако одновременное проведение химиотерапии и лучевой терапии часто связано с увеличением числа осложнений (дисфагия, нейтропения) [3], поэтому предпочтительнее поэтапная комбинированная терапия (сначала лечение цитостатиками, а затем облучение или наоборот).
- Лечение антикоагулянтами или фибринолитическими препаратами показано при тромбозе вены. Но эти препараты не должны назначаться стандартно, за исключением тех случаев, когда на флебографии диагностируется тромбоз верхней полой вены или отсутствуют признаки улучшения при лечении другими методами

# ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ

- Гиперкальциемия у онкологических больных - наиболее частое угрожающее жизни нарушение метаболизма, как правило, обратимого характера, возникающее при распространенных злокачественных опухолях.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ:



общие симптомы - обезвоживание, слабость, усталость, снижение массы тела, жажда; центральная нервная система - головная боль, гипорефлексия, проксимальная миопатия, апатия, заторможенность, психические нарушения, судороги, спутанность сознания, кома; желудочно-кишечный тракт - анорексия, тошнота, рвота, запоры, кишечная непроходимость, панкреатит, метеоризм, увеличение желудочной секреции и секреции пепсина; сердечно-сосудистая система - брадикардия, гипотония, короткий QT-интервал, широкий зубец T, пролонгированный PR-интервал, аритмия, асистолия; мочевыделительная система - полиурия, азотемия, почечная недостаточность, кома

# ЛЕЧЕНИЕ

---

- Больные с гиперкальциемией требуют постоянного мониторинга показателей:
- гемодинамики,
- диуреза,
- водного и электролитного баланса,
- центрального венозного давления,
- креатинина, мочевины крови.
- Проводимая терапия включает восстановление объема циркулирующей крови (регидратация) и фармакологическую коррекцию гиперкальциемии путем повышения экскреции кальция и блокирования костной резорбции.

# СИНДРОМ РАСПАДА ОПУХОЛИ

- Лечение противоопухолевыми агентами приводит к гибели клеток и влечет за собой высвобождение большого количества продуктов распада опухоли. В протоплазме клеток содержится много калия, фосфора, пуринов и других веществ, которые наводняют межклеточные пространства после лизиса клеток злокачественной опухоли. Такое внезапное поступление большого количества продуктов клеточного распада может превысить способность организма к их выделению, что, естественно, приводит к острому нарушению электролитного и кислотно-щелочного равновесия.

- Синдром распада опухоли - ургентное состояние, характеризующееся развитием лактатацидоза и электролитных нарушений [8]:
  - гиперурикемии,
  - гиперкалиемии,
  - гиперфосфатемии,
  - гипокальциемии.





- Клиническая картина складывается из симптомов электролитных, кислотно-щелочных нарушений. Для синдрома распада **опухоли**характерны следующие основные симптомы:
- со стороны нервной системы: нарушение сознания (вплоть до комы), парестезии, тетанические, эпилепти-формные судороги;
- со стороны сердечно-сосудистой системы: брадикардия, аритмия, фибрилляция желудочков, диастолическая остановка сердца, ЭКГ-признаки: высокий Т-зубец, сглаженный Р-зубец, расширение комплекса QRS, удлинение интервала Q-T;
- со стороны желудочно-кишечного тракта: спазмы гладкой мускулатуры, кишечная непроходимость;
- со стороны мочевыделительной системы: азотемия, почечная недостаточность.

## Профилактика и лечение синдрома распада опухоли

---

- Перед началом химиотерапии по поводу лейкозов, лимфом или солидных опухолей с большим объемом опухолевой массы необходимо рекомендовать обильное питье, регидратационную терапию в течение 24-48 ч, введение аллопуринола по 300 мг/сут в течение нескольких дней.
- Во время проведения химиотерапии желателен мониторинг диуреза, гемодинамики, содержания в сыворотке крови мочевой кислоты, креатинина, калия, кальция, фосфора, ЭКГ, коррекция любых метаболических нарушений

# ГИПЕРКАЛИЕМИЯ

---

- Необходимо прекратить поступление препаратов калия в организм. В неотложных ситуациях показаны следующие лечебные мероприятия.
- 1. Инфузия кальция глюконата 10% раствора 10-30мл (при отсутствии дигитализации) внутривенно в течение более 2-5 мин.
- 2. Введение 50 мл 50% раствора глюкозы внутривенно с добавлением 10 ЕД цинк-инсулина внутривенно в течение более 5 мин.
- 3. Инфузия раствора 4,2-8,4%  $\text{NaHCO}_3$  200-300 мл. При резком метаболическом ацидозе доза увеличивается.
- 4. Препарат Kay-Exalate (ионно-обменная смола) 25,0-50,0 г внутрь, запить 50 мл 70% раствора сорбито-ла, или 50,0 г этого препарата в прямую кишку в 20% растворе сорбитола.
- 5. При нарушении функции почек - перитонеальный диализ или гемодиализ.

# ЛИТЕРАТУРА

---

- 1. Кондратьев В.Б., Мартынюк В.В., Ли Л.А. Метастазы в кости: осложненные формы, гиперкальциемия, синдром компрессии спинного мозга, медикаментозное лечение//Практ. онкол. - 2000. - №2. - С. 43-45.
- 2. Моисеенко В.М., Семиглазов В.Ф., Тюляндин С.А. Современное лекарственное лечение местно-распространенного и метастатического рака молочной железы. - СПб., 1997. - С. 180-181, 197-200.
- 3. Ярбо У. Д., Борнстейн Р.С. Срочная медицинская помощь в онкологии. Пер. с англ. - М., 1985. - С. 49- 75, 196-243.
- 4. Abeloff M.D. Clinical oncology, 2nd ed. - New York: Churchill Livingstone, 1999.
- 5. Abraham J., Allegra C. Bethesda handbook of clinical oncology. -Philadelphia (USA), 2001. - P. 483-493.
- 6. Bilezikian J.P. Management of acute hypercalcemia// New Engl. J. Med. - 1992. - Vol. 326. - P