

Бургоева М.Н.

ЖАТЫН МОЮНЧАСЫНЫН ЗАЛАЛДУУ ШИШИГИ:
ӨТҮШҮП КЕТКЕН БАСКЫЧЫНДАГЫ ПАЛЛИАТИВДИК ЖАРДАМ

Бургоева М.Н.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ:
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЯХ

M. Burgoeva

MALIGNANT NEOPLASMS OF THE CERVIX UTERI:
PALLIATIVE CARE IN ADVANCED STAGES

УДК: 616-08-039.75

Жатын моюнчасынын залалдуу шишиги менен ооруган Ош шаарынын жашоочуларына көрсөтүлгөн паллиативдик жардамга анализ келтирилген. 2013-2018-жылдардын аралыгында жатын моюнчасынын залаладуу шишиги менен 49 бейтап биздин дарылоодо жана көзөмөлдө турган. Паллиативдик терапиясын жүргүзгөнө чейин, оорунун курч симптомун жана паллиативдик жардамга муктаждыгын билүү үчүн бейтаптарга бланкалык анкетирлөө жүргүзүлгөн. Сурамжылоо анкетасы клиникалык сүйлөшүү убагында, ошондой эле бейтапты үйүндө биринчи кароодон өткөргөн убакта толтурулган. Баардык бейтаптарда оорунун бүт периодунда тынчсыздандырган, ар кандай дэңгээлдеги өнөкөт оору синдрому байкалган. Ооруну калтыруу үчүн наркотикалык эмес жана наркотикалык анальгетиктерди колдонуу менен үч ступенкалык ыкма (ВОЗ, 1998) колдонулган. Анальгетиктерди жана ко-анальгетиктерди туруктуу колдонуу менен баардык учурларда жакшы эффект болгон, оорунун деңгээлинин жана оорунун башка физикалык симптомдорунун төмөндөгөнү байкалган.

Негизги сөздөр: залалдуу шишик, жатын моюнчасы, стадиялар, оору синдрому, паллиативдик жардам, анальгетиктер, ко-анальгетиктер.

Приведен анализ оказания паллиативной помощи жительницам г. Ош при запущенных стадиях рака шейки матки. В 2013-2018 гг. под нашим наблюдением и лечением находились 49 больных со злокачественными новообразованиями шейки матки. До проведения паллиативной терапии было проведено бланочное анкетирование больных, с целью выяснения преобладающих симптомов болезни и нуждаемости их в паллиативной помощи. Анкеты-опросники заполнялись во время клинической беседы, а также во время первичного осмотра больных на дому. У всех пациентов наблюдался хронический болевой синдром различной интенсивности, беспокоящий их в течение всего периода болезни. Обезболивание проводилось по трехступенчатой методике (ВОЗ, 1998) с применением ненаркотических и наркотических анальгетиков. При регулярном применении анальгетиков и ко-анальгетиков был достигнут во всех случаях хороший эффект, отмечено уменьшение интенсивности боли и другие физические симптомы болезни.

Ключевые слова: рак, шейка матки, стадии, болевой синдром, паллиативная помощь, анальгетики, ко-анальгетики.

An analysis of the provision of palliative care to residents of Osh in the advanced stages of cervical cancer is given. In 2013 - 2018 we observed and treated 49 patients with cervical malignant neoplasms. Prior to palliative therapy, a blanket survey of patients was carried out in order to determine the prevailing symptoms of the disease and their need for palliative care. Questionnaires were filled out during a clinical interview, as well as during the initial examination of patients at home. All patients had chronic pain syndrome of varying intensity, disturbing them throughout the entire

period of the disease. Anesthesia was carried out according to a three-step method (WHO, 1998) using non-narcotic and narcotic analgesics. With the regular use of analgesics and co-analgesics, a good effect was achieved in all cases, a decrease in the intensity of pain and other physical symptoms of the disease was noted.

Key words: cancer, cervix, stages, pain syndrome, palliative care, analgesics, co-analgesics.

По распространенности рак шейки матки (РШМ) занимает 2-е место (до 33%) среди опухолей половых органов. Частота встречаемости РШМ в различных странах колеблется в значительных пределах, ежегодно составляя в среднем 10-20 новых случаев на 100 000 женщин [1].

В мире каждый год регистрируется около 0,5 млн. новых случаев злокачественных новообразований (ЗН) шейки матки (ШМ) из них около 300 тыс. больных умирает. Среди женщин ЗН ШМ занимают 2-е место и, что особенно важно, уносит жизни молодых, трудоспособных женщин, имеющих семью, детей [2,3,14].

В развивающихся странах Азии и Африки в структуре онкологической заболеваемости и смертности у женщин РШМ является одним из ведущих, а также в экономически развитых странах мира является важной медицинской и социальной проблемой [4].

В 2016-2018 гг. заболеваемость РШМ среди женщин Кыргызской Республики (КР) зарегистрирована на 2-м месте (14,7⁰/0000, 15,6⁰/0000, 15,3⁰/0000 соответственно), после рака молочной железы (19,2⁰/0000). В динамике показатели заболеваемости растут как в целом по КР, так и по регионам.

В г.Ош показатели заболеваемости РШМ среди женщин резко увеличилось с 6,6⁰/0000 в 2010 г. до 21,4⁰/0000 в 2016г. и эти показатели были выше по сравнению с показателями Ошской области (12,0⁰/0000) и по республике (14,8⁰/0000). В 2017 г. отмечается снижение заболеваемости РШМ до 19,6⁰/0000, а 2018г. Составила 11,2⁰/0000.

По КР в структуре смертности РШМ занимал 3-е место (7,2⁰/0000), а одногодичная летальность в 2016 г. составила 22,9%, 2017г. - 26,2%, 2018г. - 29,5% [5].

По г. Ош смертность составила в 2016 г.- 7,6⁰/0000, в 2017г. - 7,4⁰/0000, в 2018г. - 7,9⁰/0000. В основном у

большинства больных выявляется III-IV стадии. Показатели запущенности III-IV стадии по г. Ош в 2016г. составила 58%, в 2017г. - 31%, а в 2018г. - 23,4%. Это контингент больных, которые даже после радикальной операции часто погибают в первый год взятия на учет (одногодичная летальность). Одногодичная летальность в 2016г. составила 25,0%, в 2017г. - 22,5%, а в 2018г. - 17,2% [2, 6, 12].

Цель исследования: оценить эффективность оказания паллиативной помощи пациентам с терминальными стадиями рака шейки матки на дому.

Материалы и методы. В группе исследования были 49 пациенток с запущенными формами РШМ, состоявшие на диспансерном учете в Ошском межобластном центре онкологии (ОМОЦО) с 2013-2018 гг. При первичном обращении во время клинического обследования на каждого больного заполнялась анкета-опросник, которая специально разработана сотрудниками ОМОЦО. Также заполнение анкеты-опросника осуществлялись при первичном осмотре пациентов в домашних условиях. Целью анкетирования является определение преобладающих симптомов заболевания среди больных, имеющих онкологическую патологию, и нуждаемость их в паллиативной помощи, доступности медицинских и социальных ресурсов. Методы обезболивания проводилось всем больным строго по трехступенчатой лестнице (ВОЗ 1998). Всем больным паллиативная терапия проводилась в центре паллиативной медицины г.Ош и на дому. В динамике о данных паллиативной помощи регулярно записывалась в медицинские карты каждого пациента.

При обработке результатов анкет-опросников выявлено, что из 49 больных с раком шейки матки состояли в браке 34 женщины, разведены – 6, были вдовами – 9. У больных женщин среднее количество детей было – 5 (от 1 до 9). Среднее количество медицинских абортот было 4 (от 1 до 8) и самопроизвольных выкидышей – 3 (от 1 до 5). Средний возраст составил 57 лет (от 33 года до 80 лет). Распределение больных по национальности: кыргызы – 21 больных (42,8%), узбеки – 17 (34,6%), русские – 5 (10,2%), татары – 4 (8,1%) и азербайджанки – 2 (4,0%).

Больные по стадиям были распределены: III стадия - 14 больных (28,5%), IIIa стадия - 11 (22,4%), IIIб стадия - 16 (32,6%), IV - 8 (16,3%). У 23 (46,9%) больных установлен плоскоклеточный неороговевающий рак, у 16 (32,6%) – плоскоклеточный ороговевающий рак, у 6 (12,2%) – эпидермоидный рак, а у 4 (8,1%) – аденокарцинома.

Ранее 32 (65,3%) пациенткам в различные сроки были проведены различные методы лечения: комбинированные и комплексные: химиолучевая (17), операция+лучевая (5), операция+химиолучевая (4), операция+химиотерапия (6) специализированная по-

мощь. 10 (20,4%) пациентов получили паллиативный курс полихимиотерапии (цисплатин, 5-фторурацил). После специального метода лечения у 32 пациентов в различные сроки были выявлены рецидивы (19) и продолжение болезни (13). В связи с этим, проводить дальнейшее специальное противоопухолевое лечение им не было показано. В связи с поздним обращением в ОМОЦО, с установлением IV стадии опухолевидного процесса, имеющий противопоказания к специализированному лечению 7 (14,2%) больным с РШМ, не проводились никакие специальные противоопухолевые лечение.

Результаты и обсуждения. Известно, что *паллиативная помощь* – это лечение, направленное, в основном, на облегчение состояния, уменьшение симптомов, вызываемых злокачественным новообразованием, а не на излечение. Паллиативная помощь может способствовать более комфортабельной жизни больных; это неотложная гуманитарная потребность всех людей в мире, страдающих от онкологических заболеваний и других хронических смертельных болезней. Она особенно необходима в местах с высокой долей больных с терминальными стадиями заболевания и с низкой вероятностью излечения. При оказании паллиативной помощи можно обеспечить облегчение физических, психосоциальных и духовных проблем более чем у 90% больных с поздними стадиями рака [9].

Принципы паллиативной помощи:

- удовлетворение эмоциональной, социальной и духовной поддержки;
- помощь в контроле хронической боли и других физических симптомов;
- оказание поддержки тем, кто осуществляет уход;
- помощь в подготовке к смерти с достоинством.

Многие аспекты паллиативной помощи можно применить на ранних стадиях болезни параллельно с проводимым специальным противоопухолевым лечением [10].

Болевой синдром в 90% случаев связан с распространением опухолевого процесса и его лечением, и лишь в 10% причиной боли являются сопутствующие заболевания. Хроническая боль в 70% случаев возникает из-за поражения костей, прорастания или сдавления нервных структур, обструкции протоков, сосудов и поражения слизистых оболочек, болевой синдром связан с диагностическими и лечебными процедурами - 20% случаев (биопсия, послеоперационная боль, боль после лучевой и химиотерапии) и около 10% - с паранеопластическими процессами, запорами, пролежнями и спазмами гладкомышечных органов [7, 8, 13].

Боль всегда субъективна, и независимо от оценки ее врачом, пациент должен сам уметь оценить свою боль, под контролем медицинского персонала одновременно осуществляя мониторинг боли. В настоя-

щее время рекомендованы различные шкалы и вопросники для оценки боли, использующиеся в специализированных центрах лечения хронической боли [11].

В процессе терапии необходимо сочетать наркотические анальгетики и препараты, которые усиливают их анальгетический эффект, - адьювантные средства. К адьювантам относятся спазмолитики, трициклические антидепрессанты, антиконвульсанты, транквилизаторы, противосудорожные средства, местные анестетики, стероидные препараты и др. С применением их происходит медленное повышение дозы наркотических анальгетиков, тем самым усиливается обезболивающий эффект, уменьшаются побочные эффекты, способствуют улучшению уровня «качества жизни» пациентов [7,8].

По данным анкеты-опросника все пациенты отметили наличие хронического болевого синдрома различного характера интенсивности, которые наблюдаются на протяжении всего периода болезни. Если в момент опроса наблюдался болевой симптом, больного просили отмечать, какой он интенсивности (слабой, умеренной или сильной). У больше половины больных отмечались потеря аппетита, похудания и слабость, у остальных пациентов отмечались наличие тошноты и рвоты, также отмечались запоры у 27 (55,1%) больных, патологические выделения из половых путей у 16 (32,6%), кандидозы полости рта у 9 (18,3%), пролежни у 11 (22,4%).

Слабый симптом был оценен в 1 балл, умеренный – в 2 балла, сильный – в 3 балла. Для оценки тяжести испытываемых больными симптомов, была суммирована общая оценка преобладающего симптома. Хронический болевой синдром преобладал среди всех симптомов.

В основном обезболивание проводилось по трехступенчатой методике (ВОЗ, 1998) с использованием не опиоидных и опиоидных препаратов и вспомогательных препаратов. Были назначены, согласно схеме, препараты I, II или III ступени, исходя от локализации, иррадиации и интенсивности хронической боли (умеренная, сильная, очень сильная).

При сильной боли у 31 (63,2%) больным были рекомендованы препараты II ступени (слабые наркотические препараты – трамадол по 200 мг в сутки, кодеин по 240 мг в сутки), из них у 27 (55,1%) больных хроническая боль иррадировала в поясницу, нижние конечности, в связи с этим были одновременно назначены нестероидные противовоспалительные препараты – диклофенак натрия по 150 мг в сутки, ибупрофен по 600 мг в сутки, кеторолак по 120 мг в сутки, ксефокам по 16 мг в сутки.

При отсутствии желаемого эффекта от препаратов I и II ступени у 18 (36,7%) больным при очень сильных хронических болях были назначены препа-

раты III ступени (сильные наркотические – морфин гидрохлорид по 120 мг в сутки). Также одновременно использовались ко-анальгетики (антибиотики, снотворные, кортикостероиды, противорвотные, трициклические антидепрессанты, спазмолитики, и др.) с целью повышения обезболивающего действия анальгетиков. А также кроме анальгетиков у 11 (22,4%) больных при пролежнях использованы мазевые средства (вазелин, мазь Левомеколь, цинковая мазь). Были использованы при запорах (27 больных) бисакодил по 10 мг на ночь, секнидазол – по 2 гр в сутки, листья сены – 1-2 гр в сутки. У 9 больных при кандидозах во рту использовались таблетки нистатина по 1млн. МЕ для присыпки очагов кандидоза, метронидазол по 0,75 мг в сутки, флуконазол по 150 мг в сутки.

Больные с психологическими нарушениями бывает более склонны к восприятию боли. Учитывая это, больные проходили консультации у врача невропатолога. 22 (42,3%) больным с нейропатической болью одновременно назначали антидепрессанты (амитриптилин). Amitриптилин назначили с начальной дозой от 10 (13 пациентам) до 25 мг (9 пациентам) на ночь, перед сном, при отсутствии желаемого эффекта суточную дозу повысили на 10-25 мг через каждые 3-7 дней до максимальной, составляющей от 75 мг до 150 мг. Лечение проводилось в течении 1-2 месяцев с постепенным прекращением приема препаратов.

При использовании ненаркотических и наркотических препаратов по схеме и ко-анальгетиков у всех пациентов (n=49) наблюдалось значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома и перестали беспокоить тошнота, рвота, кандидозы и стоматиты во рту, запоры, у 6 больных пролежневые раны полностью зажили, а у 5 значительно уменьшились в размерах, которые доставляли страдания пациентам.

Члены семьи больных, ухаживающие лица одновременно были обучены основам и принципам общего ухода за постельными больными (санация полости рта, кормление, смена постельного и нательного белья, массаж и др.).

Из 49 пациентов 29 (59,1%) пациентов находились в наблюдении и лечении в среднем 3 месяца (от 1 до 6 месяцев), с наступлением смерти было прекращено дальнейшее наблюдение. У 19 пациентов хронический болевой синдром стабильно купировалась при регулярном использовании препаратов трехступенчатой методике, а у 10 хроническая боль хорошо купировалась при использовании морфин гидрохлорида до конца жизни. В связи с переездом в сельскую местность после 1-месячного наблюдения у 5 (10,2%) больных, наблюдение прекратилось. По настоящее время находятся в наблюдении и лечении 15 (30,6%) пациентов, которые получают паллиативное лечение (обезболивающие и вспомогательные препараты) и медико-психологическую помощь.

Таким образом, одним из выборов устранения высоко тягостных симптомов заболевания и поддержания максимального качества жизни больного в последние дни, является оказание комплексной паллиативной помощи больным с терминальными стадиями РШМ.

Выводы:

1. Больные с раком шейки матки в запущенных стадиях нуждаются в паллиативной помощи, психологической, духовной и социальной поддержке.

2. У всех больных при назначении трехступенчатой методики обезболивания наблюдалось снижение интенсивности хронической боли и других симптомов болезни.

3. Больным с запущенными стадиями РШМ для улучшения возможного качества жизни часто является единственным реальным выбором – это оказание паллиативной помощи на дому, для облегчения боли и страдания.

Литература:

1. Черенков В.Г. Онкология. - Москва, 2017. - С. 211-212.
2. Джемуратов М.А., Уметова Дж.А., Ташиева Г.С. и др. Злокачественные новообразования шейки матки: динамика распространённости в г. Ош и Ошской области (2010-2016 гг.). Вестник ОшГУ. 2017;(3): 40-48 с.
3. Гинекология. Национальное руководство //под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. ГЭОТАР. Медиа. - М., 2009; 1150. ISBN: 978-5-9704-1046-2
4. Букуев Н.М. Эффективность различных методов лечения рака шейки матки на ранних стадиях заболевания/ Н.М. Букуев; Автореф. дис. канд. мед. наук. Бишкек. 2011; 3 с.
5. Отчет отдела эпидемиологии и профилактики злокачественных новообразований Национального центра онкологии и гематологии о состоянии онкологической службы в Кыргызской Республике за 2016-2018 гг. – Бишкек, 2018.
6. Ормонова Ж.А. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в южном регионе Кыргызской Республики / Ж.А. Ормонова; Автореф. дис. к.м.н. – Бишкек, 2012. - 22 с.
7. Каграманян И.Н. "Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях", Метод. реком. (Прилож. 2015 г. МЗ РФ). Письмо от 26 февраля 2015 года n 17-7/10/1-797.
8. Когония Л.М., Волошин В.Г., Когония Л.М. и др. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических больных», Практ. реком. (Версия 2016).
9. Рак. Информационный бюллетень ВОЗ №297 Всемирный доклад о раке. - 2014. - 3-4 с.
10. Введенская Е.С. Паллиативная помощь новое направление общественного здравоохранения. / Нижегородский медицинский журнал. 2004;(2): 151-158 с.
11. Бургоева М.Н. Лечение хронического болевого синдрома у больных с запущенными формами рака шейки матки в амбулаторных условиях. Опухоли женской репродуктивной системы. 2019; 15(2): 67-70 с.
12. Бургоева М.Н., Жумабаев А.Р., Ажимаматова Ж.Т. Распространенность рака шейки матки в запущенных стадиях. Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2017. №. 6. С. 21-22.
13. Paice J.A., Bell R.F., Kalso E.A., Soyannwo O.A. Cancer pain: from molecules to suffering. - IASP Press 2010; 354 p.
14. Ferlay J. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: / J. Ferlay, I. Soerjomataram, M. Ervik, R. Dikshit et al. IARC CancerBase. – Lyon, France: 2013;(11).
15. Ванинов А.С., Болбачан О.А. Качество жизни женщин с злокачественными новообразованиями шейки матки в Кыргызской Республике. / Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2019. №. 8. С. 45-48