

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Х.Н. АБДУЛЛАЕВ, Ф.С. НАБИЕВА

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ КЕЧИКТИРГАН БОСҚИЧЛАРИДА БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ВА ЎТКИР ОҒРИҚ СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШ

Х.Н. АБДУЛЛАЕВ, Ф.С. НАБИЕВА

Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шаҳри

TREATMENT OF CHRONIC AND ACUTE PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH DELAYED STAGES OF BREAST CANCER

H.N. ABDULLAYEV, F.S. NABIYEVA

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Замонавий онкология, хусусан онкомаммологиянинг муаммоларидан бири сут беzi саратони билан касалланган беморларда симптоматик ҳамда паллиатив ёрдамни таъкил этиши ва ўткир ва сурункали оғриқ синдроми билан курашиши.

Калим сўзлар: сут беzi саратони, оғриқ синдроми, симптоматик ва паллиатив ёрдам.

One of the problems of modern oncology, in particular oncomammology, is the organization of symptomatic and palliative care for patients with breast cancer and the fight against acute and chronic pain syndrome.

Key words: breast cancer, pain syndrome, symptomatic and palliative care.

Актуальность. Проблема рака молочной железы (РМЖ) на сегодняшний день остаётся чрезвычайно актуальной. Почти во всех экономически развитых странах рак молочной железы является самой распространенной формой онкологических заболеваний у женщин, занимая первое место в структуре онкологической заболеваемости [2, 5, 8, 10].

Заболеваемость раком молочной железы увеличивается на 2% в год, во всех странах [3, 5, 9]. Удельный вес РМЖ в структуре онкологической заболеваемости у женщин в 2007 г. составил 17,9%. Вместе с тем, улучшения ранней диагностики РМЖ за последнее десятилетие, не отмечено: в 2007 году выявляемость на I и II стадии составила 62,3%, а доля запущенных форм (III и IV стадии) - 36,8% [1, 4].

Материал и методы. За год (2017 г) по Бухарской области вновь выявлено 250 больных женщин (РМЖ). Из них I стадия у 29 – больных (11,3%), II стадия у 151 – больных (59,0%), III стадия у 43 – больных (16,8%), IV стадия у 24 больных (9,4%). Среди сельского населения вновь выявлено 176 больных, среди городского населения 180 больных.

Население по области – 1870557 человек из них женщин составляет – 934765 (50%). Мы изучили историю болезни и амбулаторные карты больных, получавших симптоматическую и паллиативную помощь в течение трех лет включая 2017 г. При этом выяснилось, что боли возникают

в основном в запущенных случаях, при метастазах в кости, внутренние органы, в тоже время до 20% случаев встречаются у больных получающих химиолучевое лечение [5, 8, 11].

Как известно боль является самым тяжелым и угрожающим осложнением. По происхождению боли бывают острые продолжительностью до 3-х месяцев и хронические более 3-х месяцев [2, 7, 9].

Для лечения болевого синдрома у онкологических больных эксперты ВОЗ применяют трехступенчатый метод. В применение этого метода лекарственные препараты максимально вводятся каплей часами. Введенные препараты предупреждают боль [1, 4, 8, 12].

В этом методе для лечения боли применяли ненаркотические анальгетики, препараты, обладающие слабым наркотическим действием и в случае неэффективности, применяли наркотический препараты до утихания боли. В данной статье мы излагаем лечение хронического и острого болевого синдрома у больных РМЖ в терминальной стадии заболевания лекарственных препаратов, когда все методы специального противоопухолевого лечения исчерпаны и больных беспокоит в основном болевой синдром. После осмотра больной, сбора анамнеза, общего состояния оценивали влияние боли на настроение, аппетит, сон, вырабатывали лечебную тактику индивидуально. Боль оценивали по общеизвестной балловой системе: 0- нет боли; 1- слабая боль; 2-средняя боль; 3-сильная боль; 4-очень сильная боль.

Все применяемые противоболевое лечение больных РМЖ применяли в начале ненаркотических анальгетиков, в последующем по показаниям опиоидного ряда и вспомогательных препаратов (трехступенчатое лечение). Из лекарств, входящих в группу ненаркотических при болях слабой и средней интенсивности на первом этапе заболевания применяли с интервалом 3 часа ацетилсалициловая кислота от 250-500 мг. до 1,5 г, парацетамол 600-800 мг, индометацин 25-50 мг, метиндол 25-50 г., волтеран 25-50 мг. Подобные эффекты лекарств тщательно наблюдались, в случае выявления осложненный применяли предупреждающие меры.

Из противовоспалительных препаратов применяли бруфен, индометацин, напросин. Бруфен применяли по 400-600 мг 4-6 раз в сутки. Применяли препарат сегидрин по 1 таблетке 3 раза в день. После приема у 25% больных боли заметно уменьшились благодаря чему уменьшилось количество применения наркотических препаратов в сутки.

Когда лимит противоболевого действия ненаркотических анальгетиков истощивает свое действие, боли усиливаются несмотря на повышение дозы переходили на второй этап лечения хронической и острой боли назначали слабые наркотические препараты.

Применение ненаркотических и близких к ним анальгетиков как правило начинали со слабых и постепенно переходили на более сильные препараты. Из наркотических препаратов трамол (трамадол) в виде капсул, капель, свечей и в ампулах можно применять в домашних условиях в связи с чем имеет большую популярность среди населения. Также применяли промедол, пентанил и другие наркотические средства. В тех случаях, когда применение ненаркотических анальгетиков не дает должного эффекта, боль продолжает усиливаться переходили к применению третьей ступени, более сильных препаратов морфин, морфинон, просидол, норфин, дюрогекс и т.д.

В процессе лечения больных с болевом синдромом обратили внимание на следующие моменты:

- Происхождение боли, причины и условия появления болезни и болевого синдрома
- Топографию болевого синдрома, зоны иррадиации, висцеральных и соматических болей (например: при разрушении костной ткани шейной, плечевой, лопаточной областях, а при висцеральных разрушениях боли бывают в области диафрагмы, печени желчного пузыря в угол толстого кишечника)
- Механизм болей (неврогенный, симптоматический висцеральные или после разрушение костной ткани.
- Характер и интенсивность болей.

- Изучали пути введения и эффективность анальгетических препаратов.

Кроме этого против болей применяли следующие методы:

1. Регионарная блокада-эпидуральная, интестинальная, пресакральная ганглиарная и блокада нервных волокон. Эти методы использовали как с диагностической, так и с лечебной целью.

2. Нейрохирургические вмешательства применяли в случаях не эффективности других методов лечения.

3. Гипнотический метод-применяли при хроническом болевом синдроме одновременно с применением психотропных препаратов с учетом психоэмоционального статуса больных.

Побочные действия наркотических препаратов особенно сильных проявляется тошнотой, рвотой, остановкой дыхания, запоры, депрессией и отмечается часто галлюцинации у пожилых людей.

Тошнота и рвота – в основном это эффект является результатом раздражения рецепторов продолговатого мозга. Если рвота и тошнота не проходят самостоятельно, назначали антиэметики (метоклопрамид).

Результаты. Депрессия наблюдалась при применении высоких доз препаратов. Удовлетворительный эффект наблюдали от применения антидепрессантов (амитриптилин). Угнетение функции дыхательного центра является грозным осложнением. Запоры возникают в результате угнетения желудочной, панкреатической и билиарной секреции, снижения перистальтики и тонуса гладкой мускулатуры кишечника, мочевыводящих путей. Нелеченные запоры могут привести к кишечной непроходимости. Для предупреждения этих осложнений с профилактической целью больным рекомендуют употреблять продукты, регулирующие функцию кишечника. Сонливость в основном проявляется в начале применения опиоидов и в последующем проходит самостоятельно.

Другие побочные эффекты – головокружение, задержка мочеиспускания, потеря сознания – эти осложнения обычно купируются после применения соответствующего симптоматического лечения

Наркомания развивается у онкологических больных получающих противоболевое лечение наркотическими препаратами, крайне редко. В нашем случае в течении трех лет наблюдали у одной больной получавшей симптоматическое противоболевое лечение в больших дозах. Несмотря на большую редкость этого осложнения, у медицинских работников, работающих в онкологических учреждениях оно вызывает большое опасение, что приводит к снижению дозы нарко-

тических препаратов, а иногда и отказу в них больному.

В процессе лечения наряду с анальгетиками в борьбе с хронической болью у онкологических больных применялись кортикостероиды, антидепрессанты, противосудорожные, антигистаминные и другие лекарства. Эти препараты дали хороший эффект для уменьшения и снятия болей вместе с анальгетиками. При лечении боли невропатической природы с инфильтрацией или компрессией нервных структур наблюдались улучшение общего состояния, уменьшение болей, повышение аппетита. Особенно эти симптомы проявлялись у больных с метастазами в головной мозг.

В процессе лечения хронической боли у incurable больных соблюдали следующие общеизвестные принципы:

- Применение препаратов по часам, а не по требованию больной или родственников.

- Лечение начинали с применения ненаркотических анальгетиков, при необходимости переходили к слабым, а затем сильным наркотикам (опиатам).

- Строго соблюдалась адекватная доза и режим, это обеспечивала основу эффективного анальгетического действия;

- Адекватное лечение и предупреждение побочных эффектов анальгетиков.

Выводы. Лечение хронического болевого синдрома и избавление от боли у incurable больных является важной и единственной повышением качества жизни этой категории пациентов.

Литература:

1. Андреева Е. А., Албутова М. Л. Факторы риска развития заболеваний молочной железы в практике акушера-гинеколога //Электронный научный журнал. – 2017. – С. 11.
2. Имянитов Е. Н. Наследственный рак молочной железы //Практическая онкология. – 2010. – Т. 11. – №. 4. – С. 258-266.
3. Карпова М. С. и др. Возможности магнитно-резонансной маммографии в диагностике неинвазивного протокового рака молочной железы (обзор литературы и собственный опыт использования) //Радиология-практика. – 2017. – №. 6. – С. 60-70.
4. Румянцев А. А., Иванов В. Г. Иксабепилон в современной терапии резистентного рака молочной железы //Злокачественные опухоли. – 2018. – Т. 8. – №. 1. – С. 55-60.

5. Садыков С. С. и др. Исследование маркерного водораздела для выделения области рака молочной железы //Алгоритмы, методы и системы обработки данных. – 2013. – №. 1. – С. 56-64.

6. Семиглазов В. Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы //Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. – №. 3. – С. 288-291.

7. Хасанов Р.Ш. и др. Организационные методики снижения смертности от злокачественных новообразований визуальных локализаций //Поволжский онкологический вестник. – 2010. – №. 1.

8. Хамитова Г. В., Хуснутдинов Ш. М., Леонтьева О. С. Морфологические изменения в опухоли после ультразвукового воздействия //Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №. 4.

9. Alberini J. L. et al. Multimodal in vivo imaging of tumorigenesis and response to chemotherapy in a transgenic mouse model of mammary cancer //Molecular Imaging and Biology. – 2016. – Т. 18. – №. 4. – С. 617-626.

10. Berardi D. E. et al. Involvement of protein kinase C α and δ activities on the induction of the retinoic acid system in mammary cancer cells //Molecular carcinogenesis. – 2015. – Т. 54. – №. 10. – С. 1110-1121.

11. Matic S. et al. The rat ErbB2 tyrosine kinase receptor produced in plants is immunogenic in mice and confers protective immunity against ErbB2 mammary cancer //Plant Biotechnol J. – 2015. – Т. 14. – №. 1. – С. 153-9.

12. Tiwari R. V., Parajuli P., Sylvester P. W. γ -Tocotrienol-induced autophagy in malignant mammary cancer cells //Experimental Biology and Medicine. – 2014. – Т. 239. – №. 1. – С. 33-44.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Х.Н. АБДУЛЛАЕВ, Ф.С. НАБИЕВА

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

Одной из проблем современной онкологии в частности онкомаммологии является организация симптоматической и паллиативной помощи больным раком молочной железы и борьба с острым и хроническим болевым синдромом.

Ключевые слова: рак молочной железы, болевой синдром, симптоматическая и паллиативная помощь.