

УДК 616-006

С.Г.Умарова, Н.Н.Абиджанова, Д.З.Зикиряходжаев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАСПРОСТРАНЁННЫМИ И ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЯИЧНИКОВ

*Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр»**МЗ Республики Таджикистан**(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 16.05.2011 г.)*

Показано, что оказание паллиативной помощи по разработанной схеме в специализированном онкологическом учреждении позволило улучшить качество жизни 21% больных с запущенным и распространённым раком яичников. Психосоциальный компонент паллиативной помощи был оказан родственникам и членам семей 13.8% больных в терминальной стадии.

Ключевые слова: *паллиативная помощь – распространённые и запущенные формы рака яичников – качество жизни.*

Улучшение качества жизни пациентов с распространёнными и запущенными формами опухолей является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, помочь решению которой призвана паллиативная медицина [1]. Основными целями паллиативной помощи являются: поддержание у больного стремления к жизни при одновременном восприятии смерти как естественного процесса; ортотаназия; обеспечение уменьшения боли и смягчение других, беспокоящих больного, симптомов; психологическая и духовная поддержка больного; обеспечение системы мер, поддерживающих у больного способности как можно более длительно вести активную жизнь, вплоть до самой смерти; обеспечение мер оказания помощи семье больного во время его болезни, а также его кончины [2].

Злокачественные опухоли яичников представляют один из сложных разделов онкогинекологии, вследствие высокого удельного веса больных с запущенными стадиями опухолевого процесса – 62%, а также высокой одногодичной летальности [3].

Среди злокачественных опухолей органов репродукции рак яичников занимает стабильно четвёртое место после рака молочной железы, шейки и тела матки, составляя 17.5 (33%) в общей структуре злокачественных опухолей у женщин. Ежегодный прирост заболеваемости женщин с данной патологией составляет 1.5% [4, 5].

Клиническое течение заболевания характеризуется ранним обширным метастазированием в органы брюшной полости и высоким числом рецидивов после лечения, а также высокой летальностью. Летальность на первом году жизни с момента установления диагноза составляет 27.8% [6].

Адрес для корреспонденции: Умарова Саида Гайратовна. 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. И.Сомони, 59а, ГУ «Республиканский онкологический научный центр». E-mail saida.umarova@bk.ru

Поздняя диагностика заболевания приводит к ухудшению качества жизни пациента и неблагоприятному прогнозу. Одним из направлений помощи для такой категории больных является паллиативное лечение и уход, которые могут быть оказаны как в условиях стационара, так на амбулаторном уровне.

Цель исследования - провести анализ причин запущенности больных раком яичника и вопросы предоставления специализированной паллиативной помощи и ухода для улучшения качества жизни больных.

Материалом для исследования явились клинические данные 238 больных раком яичников, находившихся на обследовании и стационарном лечении в ГУ ОНЦ МЗ РТ с 2002 по 2010 гг. Сбор клинической информации осуществлялся сплошным методом по специально разработанной анкете. Во всех случаях диагноз злокачественной опухоли был верифицирован морфологическим исследованием.

Результаты и обсуждение

Возрастное распределение больных показало, что пик заболеваемости приходится на возраст 45-54 года, средний возраст больных составил 45.7 лет.

Из общего числа больных (238) 146 (61.3%) имели низкий социально-экономический статус с доходом ниже прожиточного минимума и относились к категории бедных. Большинство пациенток – 60.3% проживали в сельской местности и 58.1% из них характеризовали материально-бытовые условия проживания, как неудовлетворительные.

Распределение больных по стадиям установило у большинства больных наличие местно-распространенного опухолевого процесса – II стадия у 55 (23.1%) и III стадия – у 106 (44.5%), IV стадия заболевания у 26 (10%) и лишь у 43(18.1%) пациенток – I стадия. Анализ протоколов запущенности больных показал, что поздняя диагностика рака яичников в 162 (68.1%) случаях была обусловлена скрытым, бессимптомным течением заболевания и низкой информированностью женщин и незнанием признаков болезни. Низкий уровень жизни женщин и отсутствие материальных средств также способствовали поздней обращаемости и соответственно запущенности процесса в 18 (7.5%) наблюдениях. Причиной поздней диагностики заболевания у 25 (10.5%) больных явились длительные обследования и тактические врачебные ошибки вследствие отсутствия и слабой онкологической настороженности.

Отбор больных для оказания паллиативной помощи осуществлялся как в амбулаторных, так и стационарных условиях ГУ ОНЦ МЗ РТ после проведения консилиума следующих специалистов: онкологов-хирургов, радиологов и химиотерапевтов. Паллиативная помощь предоставлялась дифференцированно с учётом пожеланий пациентов и членов их семей, а также по показаниям. При необходимости экстренная хирургическая помощь предоставлялась в условиях стационара, амбулаторная паллиативная помощь оказывалась в условиях стационара одного дня при поликлинике онкологического центра, либо на дому с консультацией специалиста и под наблюдением семейного врача.

В результате отбора из 238 пациенток в группу нуждающихся в оказании паллиативной помощи вошли 102 (42.8%) больных. Из них 41(40.2%) с продолженным ростом опухоли, 24(23.5%) с рецидивом заболевания, с метастазированием опухоли в различные органы – 37(36.2%) больных (в

печень 12, в лёгкие 9, в забрюшинное пространство 7, в кости 2, в селезёнку 2, в надключичную зону 5). Причиной продолженного роста опухоли, а также появление рецидивов и отдаленных метастазов явились нарушение ритма и режима лечения, а также химиорезистентность опухоли у 24.7% больных.

Изучение анамнеза больных выявило, что 51% больных обратились за помощью, имея длительность симптомов заболевания от одного до шести месяцев, 14.29% обратились через год после появления симптомов болезни и 15.97% больных имели длительность симптомов более одного года. Представленные данные наглядно показывают, что одной из основных причин запущенности заболевания является невнимательное отношение к своему здоровью и несвоевременная обращаемость. В связи с этим при поступлении состояние 46.27% больных было оценено как средней тяжести и как тяжёлое у 12.18%.

Оценка жалоб больных показала, что у 60.1% превалировало увеличение живота в размерах за счёт асцита, общая слабость была у 70.4%, дискомфорт в эпигастрии и отсутствие аппетита у 32.8% больных, тошнота у 10.92%, дисурические расстройства у 10.92%, запоры у 8.82%, повышение температуры у 7.88%, одышка у 4.62%, нарушение сна у 4.2%, рвота у 3.7%, кашель у 2.52% больных.

На основании данных объективного комплексного обследования этой категории больных были определены различные компоненты оказания паллиативной помощи, в которых наиболее нуждались пациенты:

1. Купирование болевого синдрома у 16.39% пациентов.

Оценку эффективности болевого синдрома проводили с применением пятибалльной вербальной шкалы, которая оценивалась врачом со слов больного: 0 – боли нет, 1 балл – слабая боль, 2 балла – боль умеренная, 3 балла – боль сильная, 4 балла – сильнейшая, нестерпимая боль. Для рационального купирования болевого синдрома, согласно рекомендациям ВОЗ, использовались три ступени фармакотерапии. При слабой боли (первая ступень) применялись неопиоидные анальгетики, при усиленной боли их дополняли «мягкими» опиоидными анальгетиками (вторая ступень), при неэффективности данной комбинации назначали сильнодействующие анальгетики (третья ступень). В целом такая тактика позволила достичь удовлетворительного обезболивания в 90% случаев.

2. Паллиативные инструментальные и хирургические вмешательства, не связанные с уменьшением/удалением опухолевой массы, в частности наложение нефростомии – 4.2%, лапароцентез и торакоцентез - 42.4%, наложение колостомы у 1.26%.

Устранение симптомов асцита и экссудативного плеврита путём лапаро- и торакоцентеза позволило улучшить общее состояние больных, снизить высокое давление брюшной полости, устранить чувства дискомфорта и болей в животе.

3. Дезинтоксикационная терапия вследствие опухолевой интоксикации у 5.04% больных позволило улучшить общее самочувствие больных и уменьшить симптомы общей слабости, с появлением сил, аппетита и улучшением сна.

4. Коррекция нарушений ЖКТ и дыхания у 16.82% больных. В данном случае применялись противорвотные препараты, бронходилататоры, оксигенотерапия, противокашлевые средства, глюкокортикоидные препараты.

У терминальных больных для купирования одышки применяли преимущественно наркотические анальгетики, которые также снизили возбуждение и страх, остроту субъективного восприятия тяжести симптомов нехватки воздуха, а также боль, связанную с движением грудной клетки.

Оказание паллиативной помощи по разработанной схеме в специализированном онкологическом учреждении позволило улучшить качество жизни 21% больных с запущенным и распространённым раком яичников. Психосоциальный компонент паллиативной помощи был оказан родственникам и членам семей 13.8% больных в терминальной стадии, которые в последующем экзальтировали.

В результате проведённого исследования мы пришли к заключению, что:

1 – для оказания специализированной квалифицированной паллиативной помощи онкологическим больным необходима системность и взаимосвязь на различных организационных уровнях;

2 – наличие мультидисциплинарной команды и обученных специалистов является основой для успешной комплексной паллиативной помощи;

3 – необходима разработка клинических протоколов по ведению больных с паллиативными нуждами;

4 – необходимо обеспечить доступность наркотических анальгетиков на всех уровнях оказания паллиативной помощи;

5 – психосоциальная помощь членам семьи должна оказываться специалистами на всём протяжении болезни с учётом культурных и религиозных особенностей.

Поступило 16.05.2011 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Parkin D.M. – CA Cancer J. Clin., 2005, v. 55, № 2, pp. 74-108.
2. Новиков Г.А., Соловьев В.И., Прохоров Б.М. Паллиативная помощь онкологическим больным на региональном уровне. – Смоленск.: ФГУП «Смоленская городская типография», 2004, 58 с.
3. Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Басова И.О. и др. – Опухоли женской репродуктивной системы, 2008, №4, с. 57-63.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. – Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2008, №2, с. 8-12.
5. World Cancer report, 2003.
6. Гилязутдинов З.Ш., Михайлов М.К., Хасанов Р.Ш. Злокачественные новообразования органов репродукции у женщин. Руководство для врачей. – Казань, 2007, 123 с.

С.Г.Умарова, Н.Н.Абидчонова, Д.З.Зикиряхочаев

ТАШКИЛИ ЁРИИ ПАЛЛИАТИВӢ БА БЕМОРОН БО САРАТОНИ ТУХМДОНӢ ДАР МАРҲИЛАӢОИ ПАӢНГАШТА ВА НИӢОӢ

Муассисаи Давлатии «Маркази илмӣи саратонишиносӣ»

Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муаллифон қайд менамоянд, ки гузаронидани ёрии паллиативӣ аз рӯи нақшаи тартибдодашуда дар муассисаи махсусгардонидашудаи саратоншиносӣ барои беҳтар намудани сифати

ҳаёти 21% беморон бо марҳилаҳои паҳнғашта ва ниҳони саратони тухмдонҳо мусоидат кард. Ба 13.8% беморон ва аҳли оилаи онҳо, ки дар марҳалаи ниҳони беморӣ буданд, ёрии равонӣ расонида шуд.

Калимаҳои калидӣ: ёрии паллиативӣ - марҳилаҳои паҳнғашта ва ниҳони саратони тухмдонҳо - сифати ҳаёт.

S.G.Umarova, N.N.Abidzhanova, D.Z.Zikirjahodzhaev

ORGANIZATION OF THE PALLIATIVE CARE TO THE PATIENTS WITH WIDESPREAD AND LATE FORMS OF OVARIAN CANCER

State Institution «Republican oncological scientific centre»,

Ministry of Health of the Republic of Tajikistan

Rendering of the palliative care according to the designed scheme in specialized oncological hospitals has allowed to improve the quality of life in 21% of patients with widespread and late stages of ovarian cancer. The psycho-emotional component of the palliative care has been rendered to the relatives and members of families of 13.8% of patients in the terminal stage

Key words: palliative care – widespread and late stages of ovarian cancer – quality of life.