

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МАТЕРІАЛИ

III науково-практичної інтернет-конференції



**РОЗВИТОК
ПРИРОДНИЧИХ НАУК
ЯК ОСНОВА НОВІТНІХ
ДОСЯГНЕНЬ У
МЕДИЦИНІ**

*м. Чернівці
21 червня 2023 року*

Грищенко В.Г., Суховірська Л.П.

МЕТОДИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА РАК ПРИ БОЛЯХ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ НОВІТНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Донецький національний медичний університет, м. Кропивницький

nodkanelegion@gmail.com , suhovirskaya2011@gmail.com

Біль це досить поширена скарга у онкологічних хворих, вона може бути різного характеру та походження. Частіше всього вона пов'язана з прямим впливом пухлини (розпад пухлини, ріст, інфільтрація, стискання різних структур), внаслідок лікування (больовий синдром після оперативного лікування, невропатія внаслідок хіміотерапії, плексит як наслідок радіотерапії, заміна пов'язок, пролежні внаслідок лежачого положення), у 15-20 % біль має інше походження, наприклад коронарний біль, головний біль, біль при остеоартриті. Будь-який тип болю можна лікувати опіоїдними препаратами, але завжди потрібно встановити причину болю, в залежності від причини існують додаткові методи для лікування. Вирізняють такі причини болю: кістковий, біль внаслідок розтягнення капсули печінки, підвищений внутрішньочерепний тиск, біль підшлункової залози, стравохідний біль, спазм гладкої мускулатури внутрішніх органів, ректальний та тазовий біль, біль у скелетних м'язах. Перш за все, використовують хімічні речовини які мають різний вплив на людський організм, найчастіше механізм дії це зниження запальної відповіді (парацетамол, ібупрофен), при зниженні запалення зменшується біль, також використовують хімічні речовини які діють на опіоїдні рецептори (морфін, трамадол), місцево можуть використовувати препарати які блокують передачу больових сигналів – лідокаїн, новокаїн.

Кістковий біль. Частіше всього тупий, ниючий, підсилюється під час руху, болить над кісткою. Причиною є метастазування в кістки, артрит, лікування – використання НПЗЗ у вікових дозах, променева терапія, лікування радіоактивними ізотопами, використання деносумабу, внутрішня фіксація довгих кісток при загрозі переломів, використання бісфосфонатів (у разі неефективності променевої терапії та анальгетиків) щоб зменшити біль при кісткових метастазах та при мієломній хворобі – памідронат 90 мг внутрішньовенно протягом 4 годин кожні 4 тижні.

Біль внаслідок розтягнення капсули печінки. Гострий, колючий, у правому підребер'ї. Причиною є метастази у печінці, імунотерапія, гепатити. Для корекції використовуємо НПЗЗ, опіоїди, дексаметазон 8 мг перорально або п/ш протягом 5 днів, якщо немає покращення то припинити, розглянути методи хірургічної корекції.

Підвищений внутрішньочерепний тиск. Сильний головний біль, посилюється вранці, блювання. Причиною є метастази або пухлина головного мозку. З метою корекції використовують дексаметазон 8-16 мг перорально або п/ш щодня до полегшення стану, або хірургічна корекція (встановлення шунта, резекція пухлини для покращення стану, видалення ізольованих метастазів).

Біль підшлункової залози. Оперізувальний біль. Причиною є панкреатит або пухлина підшлункової залози. Для корекції необхідна комбінація препаратів, НПЗЗ, опіоїдів та нейропатичних засобів, хірургічна корекція.

Стравохідний біль. Періодичний біль в епігастрії пов'язаний з ковтанням. Причиною є рак стравоходу, кандидоз та інфекції. При кандидозі використовують ністатин пероральну суспензію 3-5 мл протягом 7 днів, флуконазол 50 мг перорально 7 днів, також препарати для зняття спазму гладкої мускулатури – ніфедипін 10 мг тричі на день перорально, бензодіазепіни, хірургічна корекція.

Спазм гладкої мускулатури внутрішніх органів. Коліки, спазми, періодичні болі. Причинами є закреп, непрохідність кишечника, спазм сечового міхура, імунотерапія. Лікування закрепу, використовувати прокінетики (метоклопрамід, домперидон) з обережністю – можуть бути причиною спазму шлунково-кишкового тракту, використання антихолінергічних засобів для полегшення болю, при кишкових коліках мебеверин, альверин цитрат, при спазмі сечового міхура використовують оксibuтинін, толтеродин, тропіум.

Ректальний та тазовий біль. Біль в ділянці тазу, тенезми, біль посилюється під час дефекації, глибокий. Причиною є тазові та прямокишкові пухлини, закреп. Використовуються НПЗЗ, нейропатичні засоби, ніфедипін 10 мг тричі на день для зняття спазму гладкої мускулатури, бензодіазепіни, місцева хірургічна корекція.

Біль у скелетних м'язах. Скутість у м'язах, спазми, біль. Причинами є імунотерапія, фізична слабкість, захворювання моторного нейрону, хвороба Паркінсона супутня, імунотерапія, хіміотерапія. Для зняття спастичності від нейрогенеративних розладів використовують діазепам 2 мг, баклофен 5 мг тричі на день, клоназепам 0,25-0,5 мг. При болісному спазмі діазепам, НПЗЗ, опіоїди.

Використання новітніх технологій. У боротьбі з болем використовують новітній метод радіочастотного випромінювання, це мінімально інвазивний метод який використовується для зменшення розміру пухлини, що зменшує можливий тиск пухлини на нервові стовбури, також використовують радіочастотну абляцію нервів – це вплив електричного струму надвисокої частоти на нервові стовбури, сплетення та периферійні

нерви, при успішному використанні близько 70% пацієнтів відмічають полегшення болю яке може тривати рік та більше.

Висновок. В онкологічних хворих виділяють декілька видів болю залежно від походження. В залежності від виду болю необхідно використовувати різні методи корекції та лікування, не лише знеболюючі препарати, а й додаткові методи, хірургічну корекцію (наприклад резекцію пухлини), нейропатичні засоби лікування. Радіочастотне випромінювання та абляція теж має велике значення у полегшенні болю.

Список використаної літератури

1. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: Навч. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Губський Ю.І., Царенко А.В., Гойда Н.Г., Князевич В.М. та ін.; За ред. Ю.В.Вороненка, О.Г.Шекери, Ю.І.Губського. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2017. – 208 с.
2. Бондар Г.В. Хронічний больовий синдром в онкологічних хворих / Г. В. Бондар, В. І. Черній, В. М. Єльський та ін. – Донецьк, 2010. – 236 с.

Кричун І.І.

СТАН ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОЇ ЛЮМБАЛГІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

krichun.igor@bsmu.edu.ua

В Україні, як і в інших країнах, хронічні поперекові больові синдроми, більшість з яких має вертеброгенне походження, займають одну із провідних позицій серед причин тимчасової непрацездатності, інвалідності, зниження фізичної активності пацієнтів різного віку. Тому лікування цієї групи пацієнтів стає важливою медико-соціальною проблемою.

Мета. Дослідити стан мозкового кровообігу у хворих із загостренням хронічної люмбалгії на тлі кили міжхребцевого диску.

Методи. Обстежено 33 хворих на хронічну люмбалгію внаслідок кили диску $L_{IV}-L_{V}$ у фазі загострення. Функціональний стан ендотелію вивчали на прикладі судинорухової функції ендотелію при дослідженні ендотеліозалежної вазодилатації плечової артерії за допомогою тесту реактивної гіперемії (Celermajer D. et al., 1992). Стан церебрального кровообігу досліджували методом екстракраніальної доплерографії на апараті «Сономед-325». Вивчені показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку.