

МЕТАСТАЗДЫ ЗАҚЫМДАЛУМЕН СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІ ДИАГНОЗЫМЕН НАУҚАСҚА МОБИЛЬДІ ТОПТЫҢ ҮЙ ЖАҒДАЙЫНДА ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕГІ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Т.Н. АНСАТБАЕВА^{1,2}, Д.Р. КАЙДАРОВА¹, Г.Ж. КУНИРОВА³

¹«С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлтық медицина университеті» КЕАҚ, Алматы қ, Қазақстан Республикасы;

²Денсаулық Сақтау Басқармасы ШЖҚ «Алматы онкология орталығы», Алматы қ, Қазақстан Республикасы;

³«Қазақстан паллиативтік жәрдем қоғамдастығы» ЗТБ, Алматы қ, Қазақстан Республикасы

АНДАТПА

Өзектілігі: Паллиативті көмектің мақсаты ауырсыну және науқас жағдайын нашарлататын басқа да клиникалық белгілерді сауатты диагностикалап тиімді емдеу, науқас күтімі және туыстарына күтім дағдыларын үйрету, науқас және отбасына психологиялық, әлеуметтік қолдау.

Зерттеу мақсаты – метастатикалық зақымдануы бар-ісікті-инфилтративті сүт безі обыры диагнозы қойылған науқасқа үй жағдайында кешенді паллиативтік көмек көрсететін мобильді топтың рөлін зерттеу.

Әдістері: Мақалада бас миының, жамбас сүйектерінің метастаздармен зақымдалуы және III-IV дәрежелі терінің ойық жарасының дамуымен асқынған III B сатыдағы сүт безі қатерлі ісікті-инфилтративті түрі диагнозымен науқастың клиникалық жағдайы келтірілген. 4 цикл неоадьювантты полихимиотерапия және 4 цикл таргетті терапияның жүргізілгеніне қарамастан, үрдістің үдеуі. Науқас және оның отбасына үй жағдайында паллиативті кешенді медициналық және психологиялық, әлеуметтік қолдау көрсеткен мобильді топ жұмысына ерекше назар аударылады. Паллиативті көмектің негізгі аспектілері ауырсыну белгілерін сауатты диагностикалап, нәтижелі емдеу. Төсек ойық жарасының күтімі, емі, назогастральды түтік арқылы тамақтануды, сондай-ақ эмоционалды шиеленісті азайту үшін туыстарымен өзара әрекеттесуді қамтыды.

Нәтижелері: III-IV дәрежелі терінің ойық жарасын емдеу нәтижелері оң динамиканы көрсетті, жараның 1,5 айға созылған консервативті емнен кейін грануляция фазасына ауысуы. Жараларды емдеудің заманауи әдістерін, соның ішінде антисептикалық ерітінділер мен антибиотикалық майларды қолдану инфекциялық асқынуларды азайтуға және науқастың жағдайын жақсартуға мүмкіндік берді. Мобильді топтың жұмысы паллиативтік көмек шеңберінде медициналық ғана емес, әлеуметтік қолдауды да қамтитын жеке көзқарастың маңыздылығын атап өтті.

Қорытынды: Мақала онкологиялық аурудың терминальды сатысындағы ауыр науқастарға үй жағдайында паллиативті көмек беру мобильді тобының қызметі науқастардың өмір сүру сапасын жақсартып, көрсетілген көмекке қанағаттанушылығын арттыруға ықпал ететіндігін атап көрсетеді.

Түйінді сөздер: сүт безі қатерлі ісігі, ісікті-инфилтративті түрі, паллиативтік көмек, мобильді топ, терінің ойық жараларын емдеу, метастаздар, өмір сүру сапасы.

Кіріспе: Сүт безі қатерлі ісігінің метастаздық формалары бар науқастарды кеш сатысында емдеу қазіргі онкологияда күрделі міндет болып табылады және паллиативтік көмекті қамтитын кешенді тәсілді қажет етеді. Мұндай тәсілдің негізінде ерте диагностика және өмір сапасын жақсартуға, сондай-ақ симптоматикалық жүктемені азайтуға бағытталған дербестендірілген емдеу жатыр [1, 2].

Сүт безі қатерлі ісігінің ісікті-инфилтративті түрі, сүйек пен мидың метастаздық зақымдануымен бірге жүреді, ұсынылған жағдайдағыдай, тез дамуымен және ауыр ағымымен сипатталады. Науқас жағдайының айтарлықтай нашарлаған жағдайында неоадьювантты полихимиотерапия (НАПХТ), таргетті терапия (ТТ) және паллиативтік сәулелік терапия жүргізу, шектеулі ресурстар мен асқынулардың жоғары деңгейіне қарамастан, осындай формаларды емдеуде стандартқа айналуға [3, 4].

Клиникалық жағдай жағдай бас миы, жамбас сүйектерінің метастаздармен зақымдалған және III-IV дәрежелі терінің ойық жарасымен асқынған IIIB сатыдағы сол жақ сүт безі қатерлі ісігі диагнозы бар науқасқа үй

жағдайында көрсетілген паллиативті көмектің ерекшеліктерін көрсетеді. Бұл медициналық көмекті ғана емес, сонымен қатар отбасына психологиялық-әлеуметтік қолдау көрсететін мобильді паллиативтік топтың қатысуын қоса алғанда, мультидисциплинарлы тәсілді уақтылы қолданудың маңыздылығын көрсетеді [5, 6].

Зерттеу мақсаты – метастатикалық зақымдануы бар ісік-инфилтративті сүт безі қатерлі ісігі диагнозы қойылған науқасқа үй жағдайында кешенді паллиативтік көмек көрсететін мобильді топтың рөлін зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Мақалада бас миының, жамбас сүйектерінің метастаздармен зақымдалуы және III-IV дәрежелі терінің ойық жарасының дамуымен асқынған III B сатыдағы сүт безі қатерлі ісікті-инфилтративті түрі диагнозымен науқастың клиникалық жағдайы келтірілген.

Науқас туралы ақпарат

Науқас К., 76 жаста. Клиникалық диагноз: Сол жақ сүт безінің қатерлі ісігі, IIIB сатысы (T4N1M0). Ісікті-инфилтративті түрі. 4 цикл НАПХТ емнен кейінгі жағдай. Бас миы және жамбас сүйектерінің көптеген метастаздармен зақымдалуымен үрдістің үдеуі. 4 цикл НАХТТ

емінен кейінгі жағдай. Оң жақты гемипарез. Құйымшақ-сегізкөз аймағы терісінің ойық жарасы, III-IV кезең, құрғақ некроз фазасы. Қосалқы диагноз: Артериялық гипертония 3 дәрежесі, 4-қауіп. Жүректің ишемиялық ауруы, ФК 3 Күштемелі стенокардия. СЖЖ I кезең.

Ауру тарихы: Науқас 2023 жылдың көктемінен бастап ауырады. Жергілікті емханаға сол жақ сүт безіндегі түзілімге шағымданумен қаралған. 08.06.2023 ж. Сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуінде сол жақ сүт безінің мақсатты ультрадыбыстық зерттеуі кезінде квадранттардың шекарасында дұрыс емес пішінді, гетерогенді құрылымы бар, мөлшері 16x10мм гипозхогенді аймақ анықталады. Қорытынды: Сол жақ сүт безінің солидті түзілімі (B3-4).

Зерттеу нәтижелері

Гистологиялық зерттеу қорытындысы: №21941-42 Сүт безінің инфильтрациялық карциномасы.

ИГХ-зерттеу қорытындысы: №1257/23 Морфологиялық көрініс пен иммунофенотип сүт безінің инфильтрациялық карциномасына сәйкес келеді, G. II (2+2+3). Her2/neu-позитивті түрі. ICD-O code 8500/3.

25.08.2023-10.11.2023: аралығында стационарлық жағдайда 4 цикл НАПХТ қабылдады. Ем барысы астенизация және эметикалық синдромдар көріністерімен қатар жүрді.

20.12.2023 ж.: Көк тамырға контрасты зат енгізумен жүргізіліген кеуде қуысы ағзалары/құрсақ қуысы ағзалары/кіші жамбас қуысы ағзалары КТ қорытындысы: Сол жақ сүт безінде түзілімнің (C-г) пайда болуының КТ белгілері. Екі өкпедегі бірлі жарымды тығыздалған түйіндер және екі жақты гидроторакс. 17.07.2023 жылғы КТ деректерімен салыстырғанда – түзілім мөлшерінің ұлғаюуымен сипатталатын-теріс динамика анықталды. КТ белгілері - бауырдың гиподенді түзілуі (suspr mts). Бауыр кисталары, өт қабының іркілісі. Екі бүйректің кисталары – көкбауыр кисталары. Ұйқы безінің майлы дегенерациясы. 17.07.2023 жылғы КТ деректерімен салыстырғанда - бауырдың гиподенсиялық түзілуінің пайда болуы. Кіші жамбас қуысы КТ көрінісі-жамбас қуысы мүшелерінің инволюциялық өзгерістері.

20.12.2023 ж.: Эхокардиография зерттеуі қорытынды: ЭХО КГ аритмия фоннда. Аорта қабырғалары тығыздалған. Жиырылу қабілеті орташа төмендеген. Гипокинез жоқ. Интервентрикулярлық атриумда шағын кальцинаттар. Сол жақ қарыншаның орташа гипертрофиясы. Аорта қақпақшада регургитация. 20.12.2023 ж. кардиологтың кеңесі: Диагноз: ЖИА. Күштемелі стенокардия ФК П. СНФК II. 2 дәрежелі артериялық гипертензия, қауіп тобы 3.

04.01.2024-17.05.2024: аралығында 4 цикл НАХТТ ем қабылдады. Ем тәртібі: Доцетаксел 100 мг көк тамырға, Трастузумаб 324 мг көк тамырға, Пертузумаб 420 мг көк тамырға жәрдемші ем барысында 1-ші күн.

26.06.2024 ж.: Бас миы КТ қорытындысы: Бас миы мәңдәй, самай, шүйде, төбе және мишық аймағында метастаз белгілері анықталды. Сол жақ гаймор қуысының кисталары, ми тінінің субатрофиялық өзгерістері, дисциркуляторлы энцефалопатия.

26.06.2024 ж.: Кеуде қуысы ағзаларының КТ қорытындысы: Сол жақ сүт безіндегі түзілім белгілері (с-г). Қаңқа сүйектерінің метастаздармен зақымдалуы. Екі өкпедегі бірлі жарымды тығыздалған түйіндер, медиас-

тинальды лимфа түйіндерінің лимфоаденопатиясы. Мтс ошақтарының пайда болуымен үрдістің үдеуі.

26.06.2024 ж.: Құрсақ қуысы ағзаларының КТ қорытындысы: Бауыр кистасының белгілері, өт қабының іркілісі. Екі бүйрек, көкбауыр кисталары. Ұйқы безінің майлы дегенерациясы. Қаңқа сүйектерінің метастазы.

26.06.2024 ж.: Кіші жамбас қуысы ағзаларының КТ қорытындысы: Қуық қабырғаларының қалыңдауы. Жамбас сүйектерінің метастаздары.

15.07.2024-17.07.2024: аралығында Жұмсақ тіндермен сүйек құрылымдарын салыстыра отырып, бейнелеу жүйесінің (IGRT) бақылауымен бас миының метастаздармен зақымдалған аймақтарына паллиативті мақсатта жалпы ошақтық дозасы 9 Гр тотальды конформды сәулелік терапия (3DCRT) жасалынды. Жоспарланған жалпы ошақтық доза 30 Гр. Науқастың жағдайының нашарлауына байланысты сәулелік терапияны жалғастыру мүмкіндігі тоқтатылды.

29.07.2024 ж.: №9142 Мультидисциплинарлы топ (МДГ) шешімімен үрдістің үдеуі, жалпы жағдайының нашарлауы, ауырсыну және ісіктік улану синдромының үдеуіне байланысты науқасты IV клиникалық топқа ауыстырылып, үй жағдайында паллиативті көмек беру мобильді тобының патронажына берілді.

31.07.2024 ж.: Паллиативтік көмектің мобильді бригадасына көмек көрсетуге өтінім тусу уақыты.

Клиникалық деректер

01.08.2024 ж.: Алғашқы қарау дәрігер, мейіргер және психолог маманымен жүзеге асырылды. Науқасқа медициналық қарап-тексеру қызының қатысуымен жасалды. Қызының айтуы бойынша шағымдары: анасында мезгіл-мезгіл мазасыздық. Әсіресе дене қалпын өзгерткен кезде үдей түсетінін баяндайды. Науқастың вербальды болмау салдарынан ауырсыну белгілерінің орналасуын анықтау мүмкін болмады. Түнгі ұйқы бұзылысы. Ұйқы бұзылысы, ауырсыну салдарынан емес. Науқас қызы анасының жағдайының нашарлауын сәулелі терапиямен байланыстырады және соңғы аптада жағдайының нашарлауының үдей түскенін баяндайды.

Қарау кезінде: Науқастың жағдайы өте ауыр. PAINAD шкаласы бойынша ауырсынуды бағалау 3 балл.

Неврологиялық статусы: Сана деңгейі-терең есеңгіреу, байланысқа түспейді. Менингеальды белгілер теріс. Көз қарашығы OD=OS, фотореакция тірі. Нистагм жоқ. Бет симметриялы. Оң жақты гемипарез. Сандырақтау анықталмайды. Тыныс алу біркелкі, өздігінен. Өкпеде аускультативті түрде тыныс алу екі жағында бірдей әлсіреген тыныс. Сырылдар естімейді. Жүрек дыбыстары бәсеңдеген, тахикардия анықталады. Қан қысым 90/60 сынап бағанасы бойынша. Тамыр соғысы 98 рет минутына. Сатурация 90%. Дене қызуы 36,1°C. Қалпы-қозғалыссыз жатыр. Толық көлемде көмек қажет. Тері бозғылт, құрғақ. Енгігу, жөтел жоқ. Тілі құрғақ, ақ жабындымен жабылған. Жұту рефлексі бұзылған. Тамақтануы назогастральды түтік арқылы. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Ісіну жоқ. Зәр шығару қуық түтігі арқылы. Нәжіс өздігінен, тұрақты. Өмір сүру сапасы Карновский шкаласы бойынша – 30%.

Жергілікті: құйымшақ-сегізкөз аймағында өлшемі 11,0x8,0 см тері ойық жарасы анықталады. Пішіні дөңгелек. III-IV кезең. Қабыну фазасы, қара қабыршақ. Жараның шеттері қызарған, біркелкі емес. Жағымсыз иіс, мол іріңді бөлінді. Ісіну. Ауырсыну. Жараның түбі көрінбейді.

Науқастың қызы ашулы, агрессивті, мазасыз. Сұрақтарға ашуланып, қысқа, әрі ренішпен жауап береді. Қызының айтуынша, науқас өзінің диагнозын біледі, бірақ болжамын білгісі келмеген. Науқас қызы анасының жағдайының ауырлығын, ағымын психологиялық тұрғыда қабылдағысы келмейді. Жазылып, аяғына тұратынына сеніммен қарайды. Сонымен қатар қарап-тексеру үрдісіне науқастың күйеуі де қатысты.

Сенімді байланыс орнату үшін түсіндіру жұмыстары жүргізілді. Мобильді бригада тобы тарапынан көрсетілетін көмек және іс-әрекеттер толық түсіндірілді. Қызының келісімін алып, науқасты толық тексеруден өткізгеннен кейін медициналық көмек көрсетілді. Вербальді емес науқастың ауырсыну деңгейін арнайы PAINAD шкаласы бойынша диагностика жасалынды.

Емдеу

Көрсетілген медициналық көмек:

1. Анальгинді 50% (2,0 мл)+Кетатопты (2,0 мл) және Дексаметазонды (8 мг) бұлшықет ішіне енгізу орындалды.

2. Қуық түтігі күтімі, назагастральді түтік күтімі және тамақтандыру дағдылары үйретілді.

3. Терінің ойық жарасын консервативті әдіспен емдеу: 0,05% хлоргексидин, 0,9% натрий хлориді және Актиносеп ерітінділерімен тазартылып, Офломелид жақпа май емдік таңғыш қолданылды, жара жабылып, таңғыш бекітілді.

4. Барлық жалпы және арнайы күтім іс-шаралары жүргізілді.

Тағайындалған ем: 1. Дексаметазон 4 мг – 1,0 бұлшық етке күніне 1 рет №10.

2. Жеңіл ауырсыну кезінде – Кетоп 2,0 + Анальгин 50%-2,0 бұлшық етке №1.

3. Түнгі мезгілде мазасыздық кезінде – Димедрол 1% – 1,0 + Анальгин 50% – 2,0 бұлшық етке №1.

4. Нәжіс 3-4 күннен артық болмаған кезде маманға хабарлау.

5. Туыстарына күтім жасау дағдылары үйретілді.

6. Науқас күтімін сапалы жасалуын қамтамасыз ету мақсатында функционалды төсек, терінің ойық жарасы басқа аймақтарда пайда болуының алдын алу мақсатында арнайы матрац және ауыз қуысын сапалы тазалау мақсатында электрлік медициналық сору құрылғысы, ағзаның оттегімен қамтамасыз етілуі мақсатында оттегі концентраты берілді.

7. Жоспар бойынша дәрігер келуі науқастың ауырлық жағдайына байланысты. Медбике немесе мейіргер келуі күнделікті. Психолог және әлеуметтік қызметкер қажеттілікке байланысты.

Науқас жағдайының ауырлығы, қызының тұрақсыз психоэмоционалды жағдайына байланысты күнделікті бақылауды және кешенді қолдауды қажет етеді. Көрсетілген көмектен кейін науқас тынышталып, ұйықтап кетті. Қызы айтарлықтай тынышталды, алайда мазасыздықпен уайым сақталғаны сезіледі.

Кейінгі сапарларды мейіргер көмегімен жүргізді. Науқастың жағдайы тұрақты түрде өте ауыр, тұрақты медициналық көмек пен толық күтімді қажет етеді. Науқас қызындағы мазасыздық пен ашуланшақтық белгілері тұрақты жоғары деңгейде болды, үнемі наразылық білдіріп, мейіргердің келіп көмек көрсетуіне шарттар қойды, атап айтқанда таңертеңгі уақаттағы келуден бас

тартып, түскі асқа дейін немесе одан кейін келуін талап етті. Кейбір жағдайларда көмектен мүлдем бас тартты. Науқастың жағдайының ауырлығын, III-IV дәрежелі көлемді, асқынған терінің ойық жарасының болуы және қызының тұрақсыз психоэмоционалды жағдайын ескере отырып, жағдай күрделі болып қала береді және бұл жағдай күтімнің барлық қатысушылары үшін үздіксіз бақылауды, кешенді медициналық көмекті және тұрақты психоәлеуметтік қолдауды қажет етті.

Келесі сапарды мобильді бригада басшысы медбике және әлеуметтік қызметкермен (туыстарына қолайлы жағдай жасау мақсатында әйелдер командасының құрамы) бірлесіп жүзеге асырылды. Қызы әлі де өте жағымсыз, сыни көзқараста қарсы алды. Қарау кезінде қызы анасымен жалғыз болды.

Неврологиялық статусы: Сана деңгейі – сопор. Менингеальды белгілер теріс. Көз қарашығы OD=OS, фотореакция тірі. Нистагм жоқ. Бет симметриялы. Оң жақты гемипарез. Сандырақтар анықталмайды. Қызының айтуынша, науқаста жоғарғы және төменгі аяқ-қолдарында жиі дірілдер байқалатынын баяндады. Қарау кезінде дірілдер анықталмады. Науқасқа күтім іс-шаралары барысында денесін қозғау кезінде ауырсынудың күшеюі қатты ыңырсу, мазасыздық байқалды. PAINAD шкаласы бойынша ауырсыну белгісі – 4 балл.

Жағдайы өте ауыр. Тыныс алу біркелкі, өздігінен. Өкпеде аускультативті түрде тыныс алу екі жағында бірдей әлсіреген тыныс. Сырылдар естімейді. Жүрек дыбыстары бәсеңдеген, тахикардия анықталады. Қан қысым 90/60 сынап бағанасы бойынша. Тамыр соғысы 112 рет минутына. Сатурация – 96%. Оттегі концентраты жиі қосылады. Дене қызуы 37,8°C. Қалпықозғалыссыз жатыр. Толық көлемде көмек қажет. Тері бозғылт, құрғақ. Ентігу, жөтел жоқ. Тілі құрғақ, таза. Жұту рефлексі бұзылған. Тамақтануы назогастральді түтік арқылы. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Ісіну жоқ. Зәр шығару қуық түтігі арқылы. Нәжіс өздігінен, тұрақты. Өмір сүру сапасы Карновский шкаласы бойынша – 30%.

Жергілікті: құйымшақ-сегізкөз аймағында өлшемі 11,0×8,0 см тері ойық жарасы анықталады. Пішіні дөңгелек. III-IV кезең. Қабыну фазасы, қара қабыршақ. Жараның шеттері қызарған, тегіс емес. Жағымсыз өткір иіс, мол іріңді бөлінді жалғасуда. Ісіну. Ауырсыну. Жараның түбі көрінбейді.

Қызының келісімін алып, науқасты толық тексеруден өткізгеннен кейін медициналық көмек көрсетілді. Көрсетілген медициналық көмек:

1. Ауырсыну және гипертермия белгілерін басу.

2. Науқасқа күтім жасау. (ауыз қуысын өңдеу, тері жабындыларын тазалау, жуу, киім және төсек жабындыларын ауыстыру т.б.). Барлық жалпы және арнайы күтім іс-шаралары жүргізілді.

3. Қуық түтігі күтімі, назагастральді түтік күтімі және тамақтандыру дағдылары үйретілді.

3. Терінің ойық жарасын консервативті әдіспен емдеу: 0,05% хлоргексидин, 0,9% натрий хлориді және Актиносеп ерітінділерімен тазартылып, Офломелид жақпа май емдік таңғыш қолданылды, жара жабылып, таңғыш бекітілді.

Көрсетілген көмектен кейін науқас тынышталып, дене температурасы 36,2°C. Ауырсыну PAINAD – 0 балл.

Тағайындалған ем: 1. Дексаметазон 4 мг бұлшық етке күніне 1 рет №10.

2. Трамадол 5% – 1,0 бұлшықетке ішіне әр 12 сағат арасында, нақты уақыт бойынша, ұзақ мезгілге, бақылаумен.

3. Карбамазепин 100 мг күніне екі рет асқазан түтігі арқылы немесе тіл астына, нақты уақыт бойынша ұзақ мезгілге, бақылаумен.

2. Жеңіл ауырсыну кезінде – Кетоп 2,0 + Анальгин 50% – 2,0 бұлшық етке №1.

3. Түнгі мезгілде мазасыздық кезінде – Димедрол 1% – 1,0 + Анальгин 50% – 2,0 бұлшық етке №1.

4. Нәжіс 3-4 күннен артық болмаған кезде маманға хабарлау.

5. Туыстарына күтім жасау дағдылары үйретілді.

6. Туыстарына науқасқа көрсетілетін көмектің сапасын жақсарту мақсатында қолдануға берілген құрылғылар: функциональды кровать, матрац, электрлік медициналық сору, оттегі концентратын дұрыс пайдалану және күтім дағдылары үйретілді.

7. Жоспар бойынша дәрігер келуі науқастың ауырлық жағдайына байланысты. Медбике келуі күнделікті. Психолог және әлеуметтік қызметкер қажеттілікке байланысты.

Науқастың қызымен әңгімелесу кезінде қатты уайым мен мазасыздық себебі медициналық көмекке наразылық емес, өзінің психоэмоционалды жағдайынан екені анықталды. Әңгіме барысында ол өзінің өмірі туралы, оның ішінде екі сәтсіз некеге байланысты басынан өткен қиындықтары, қазіргі кезде анасының ауырлық жағдайы, жалпы эмоционалды жағдайына айтарлықтай әсер еткенін бөлісті.

Анасының үш рет тұрмыс құрғаны, әкесіне қатысты жағымсыз естеліктер туралы айтып берді. Анасының үшінші күйеуімен қарым-қатынасы өте күрделі екенін. Жағдайы нашарлағанға дейін анасы күйеуімен бөлек тұрған. Анасының жағдайы нашарлаған соң қызы анасын күйеуімен бірге өзінің үйіне алып келген. Қызы анасының күйеуін жақтырмайды, өйткені барлық ер адамдар оған сәтсіз отбасылық өмірді еске салады. Дәл сол себепті ол медицина қызметкері ретінде (ер адам) мейіргер келген кезде мазасыздығының күшейетінін бөлісті.

Психологиялық араласу кезінде ол ұзақ жылап, содан кейін ол жеңілдей бастағанын айтты. Мобильді топ мамандарына алғашқы келгенде толықтай ашыла алмағанын, өйткені біз ол үшін бейтаныс адамдар болған соң сенімсіздікпен қарсы алғанын есіне алды. «Мен сіздерді жақтырмай қарсы алдым, бірақ сіздердің анама деген көзқарастарыңызды көргеннен кейін ойымды өзгерттім, сіздерге сенім білдірдім. Алайда, мүмкін болса, анама әйел қызметкерлер көмек көрсеткенін қалаймын» - деп ойын білдірді.

Нәтижелер: Ұзақ уақыт бойы сапарларды медбике жүргізді. Үнемі қажетті медициналық көмек, сапалы күтім, психологиялық – әлеуметтік қолдау көрсету нәтижесінде қызының психологиялық эмоционалды жағдайы айтарлықтай жақсарды. Ауырсыну белгілері бақылауда болып, науқас жағдайы тұрақты ауыр күйде болды. Көрсетілген көмек барысында құйымшақ-сегізкөз аймағындағы тері ойық жарасы ақырындап жазыла бастады. Қызы күтім дағдыларын толықтай меңгерді.

Науқас мобильді топ қамқорлығында 2 ай 4 күн болды. Қызы анасына көрсетілген көмекке және өзін сабырлы, сенімді сезінуіне қолдау көрсеткеніміз үшін ризашылығын білдірді.

Консервативті емдеу барысында терінің ойық жарасын емдеу және қалпына келтіру динамикасы:

Алғашқы қарау кезінде жергілікті: құйымшақ-сегізкөз аймағында өлшемі 11,0×8,0 см тері ойық жарасы анықталады. Пішіні дөңгелек. III-IV кезең. Қабыну фазасы, қара қабыршақ. Жараның шеттері қызарған, тегіс емес. Жағымсыз өткір иіс, мол іріңді бөлінді. Ісіну. Ауырсыну. Жараның түбі көрінбейді.

Науқастың жағдайының ауырлығын ескере отырып, консервативті емдеу жүргізілді: Ойық жара 0,05% хлоргексидин, 0,9% натрий хлориді және Актиносеп ерітінділерімен тазартылып, Офломелид жақпа май емдік таңғыш қолданылды, жара жабылып, таңғыш бекітілді. Емнің мақсаты некрозды қатты қара қабыршақты жұмсарту (1а-сурет).

10 күннен кейін жергілікті: құйымшақ-сегізкөз аймағында өлшемі 11,0×8,0 см тері ойық жарасы байқалады. Пішіні дөңгелек. III-IV кезең. Қабыну фазасы, қара қабыршақ мөлшері аздап азайып, жараның шеттері айқынырақ бола бастады. Ісіну аздап басылған. Жағымсыз иіс, мол іріңді бөлінді азайған. Ауырсыну сақталған. Жараның түбі көрінбейді.

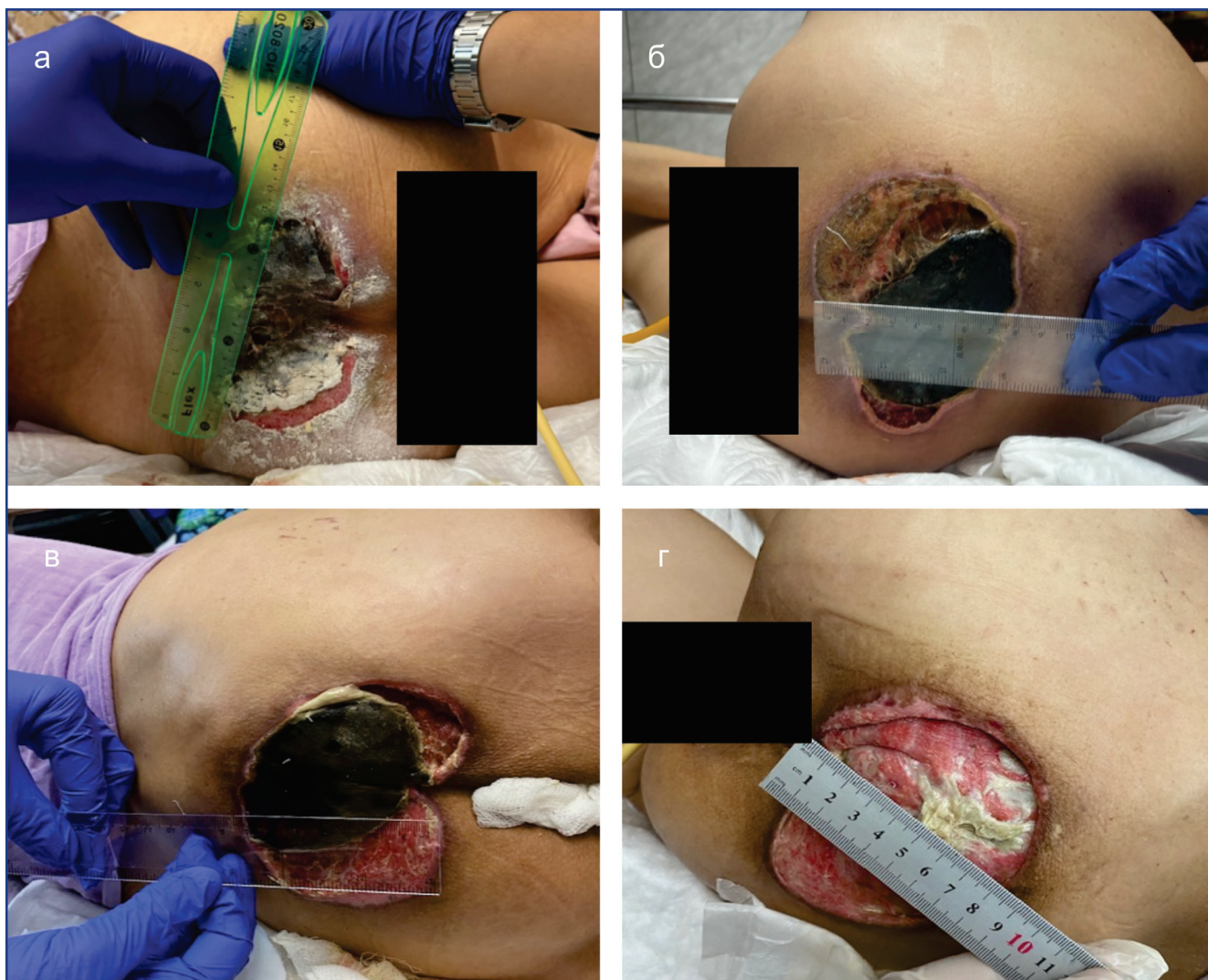
Жүргізілген консервативті ем: Ойық жара 0,05% хлоргексидин, 0,9% натрий хлориді және Актиносеп ерітінділерімен тазартылып, Офломелид жақпа май емдік таңғыш қолданылып, жара жабылып, таңғыш бекітілді. Емнің мақсаты некрозды қатты қара қабыршақты жұмсарту (1б-сурет).

20 күннен кейін жергілікті: құйымшақ-сегізкөз аймағында өлшемі 11,0×8,0 см тері ойық жарасы байқалады. Пішіні дөңгелек. III-IV кезең. Қабыну фазасы, қара қабыршақ мөлшері әдеуір азайып, жараның шеттері айқынырақ болып, мөлдір сипатқа ие болды. Ісіну басылған. Жағымсыз иіс, іріңді бөлінді анықталмайды. Ауырсыну азайған. Жараның түбі толықтай көрінбейді.

Жүргізілген консервативті ем: Ойық жара 10% Бетадин ерітіндісімен тазартылып, бөлінген некроздалған қара қабыршақты механикалық кесіп алып тастап, іріңді қуыстарды ашу. Банеоцин жақпа май емдік таңғыш қолданылып, жара жабылып, таңғыш бекітілді. Емнің мақсаты некрозды қатты қара қабыршақты жұмсарту және кесіп алып тастау (1в-сурет).

1,5 айдан кейін жергілікті: құйымшақ-сегізкөз аймағында өлшемі 10,0×7,0 см оң нәтижелі грануляция фазасына ауысқан тері ойық жарасы байқалады. Пішіні дөңгелек. III-IV кезең. Қара қабыршақ толығымен жойылды. Ісіну байқалмайды. Жағымсыз иіс, іріңді бөлінді толығымен жойылды. Ауырсыну белгісі анықталмайды. Қалта жоқ. Жараның түбі толықтай көрінеді. Жараның шеттері тегістеліп, тіндердің грануляциясы қалыптасуы байқалады.

Жүргізілген консервативті ем: Ойық жара 0,9% натрий хлориді және Актиносеп ерітінділерімен тазартылып, бөгде заттар мен бляшкаларды механикалық алып тастаумен тазарту, Метилурацил жақпа терапевтік таңғышты қолдану, таңғышты жабу және бекіту. Емнің мақсаты-жараны жазылу және қалпына келтіру үрдісін жеделдету (1г-сурет).



1-сурет– Консервативті емдеу барысында терінің ойық жарасын емдеу және қалпына келтіру динамикасы

1	•2023 жылдың көктемi •Диагностика
2	•25.08.2023 -10.11.2023 •Арнайы ем
3	•26.06.2024 •Аурудың үдеуі.Метастаздардың дамуы
4	•15.07.2024 -17.07.2024 •Паллиативті сәуле емі
5	•01.08.2024 •Мобильді паллиативті топтың қосылуы •Жеңілді көмек •Ойық жара емінің басталуы
6	•01.08.2024 -05.10.2024 •Мобильді топ қамқорлығында болу

Сурет 2 – Метастатикалық зақымдануы бар сүт безінің ісіну-инфильтративті обыры бар пациентте паллиативтік көмек көрсету жағдайының уақыт шкаласы

Талқылау: IIIB сатыдағы сүт безі қатерлі ісігінің ісікті-инфильтративті түрімен ауыратын науқастың клиникалық жағдайы метастаздық ісіктердің кеш сатыларын емдеуге байланысты қиындықтарды көрсетеді. Бас миы, жамбас сүйектерінің метастаздармен зақымдалуы және III-IV дәрежелі терінің ойық жарасының дамуымен бірге жүретін аурудың үдеуі кезінде, науқастың күтімін оңтайландыра отырып өмір сүру сапасын жақсарту үшін мультидисциплинарлы тәсілдің қажеттілігін айқындайды.

Сүт безі қатерлі ісігінің ісіктік-инфильтративті түрі агрессивті ағыммен және қолайсыз болжаммен байланысты. Ерте диагностика және HER2-позитивті статуска негізделген таргетті терапия, бұл жағдайдағы сияқты, аурудың үдеуін баяулатып, жалпы болжамды жақсартуға мүмкіндік береді [7].

Доцетаксел, трастузумаб және пертузумабты қамтитын схемаларды қолдану HER2-позитивті сүт безі қатерлі ісігінің стандарты болып табылады, дегенмен шектеулі дәлелдер олардың тиімділігі аурудың өте кеш кезеңдерінде төмендейтінін көрсетеді [8, 9].

Науқастардың өмір сүру сапасын едәуір нашарлатын және инфекциялық асқыну қаупін арттыратын III-IV дәрежелі терінің ойық жарасын емдеуге ерекше назар аударылды. Антибиотиктерге негізделген жақпа және Офломелид сияқты қабынуға қарсы компоненттерді қолданатын консервативті емдеу қабынуды азайтуда және некротикалық қатты қабыршақты жұмсартуда тиімді екенін көрсетті. Емдеудің 1,5 айынан кейін жараның грануляция фазасына өтуі таңдалған тәсілдің тиімділігін растайды [10].

Паллиативті күтімдегі үй жағдайында көмек көрсететін мобильді топтың жұмысы қатерлі ісік ауруының терминальды сатысы бар науқастарға күтім жасаудың негізгі құрамдас бөлігі болып табылады. Ұсынылған жағдайда дәрігердің, медбикенің, психологтың және әлеуметтік қызметкердің өзара әрекеттесуі науқасқа қажетті күтімді қамтамасыз етіп қана қоймай, оның туыстарының психоэмоционалды жағдайын тұрақтандыруға мүмкіндік берді, бұл науқасқа көрсетілген көмек нәтижесінің қолайлығы мен өмір сапасына тікелей әсер етеді [11]. Топ мүшелері мен науқас туыстары арасындағы тиімді қарым-қатынас күйзеліс пен агрессия деңгейін төмендетуге көмектеседі, бұл әсіресе отбасындағы қолайсыз психологиялық жағдайда өте маңызды [12, 13].

Мобильді топ мамандары науқас туыстарына күтім дағдыларын үйретуде де маңызды рөл атқарды. Қадамдық оқыту, қолдау және тұрақты бақылау барлық қажетті процедуралардың орындалуын қамтамасыз етті, соның ішінде терінің ойық жарасын емдеу, назогастральды түтік пен зәр шығару түтігіне күтім жасау, бұл терінің ойық жарасының жағдайын айтарлықтай жақсартуға және асқынуларды азайтуға ықпал етті. Бұл медициналық араласудың ғана емес, сонымен қатар паллиативтік көмек шеңберіндегі әлеуметтік қолдаудың маңыздылығын көрсетеді [14, 15].

Клиникалық жағдайдың уақыты 2-суретте көрсетілген.

Қорытынды: Бұл жағдай мультидисциплинарлы тәсіл ауыр клиникалық жағдайларда да мүмкін болатын ең жақсы нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік

беретіндігін атап көрсетеді. Мамандар тобының қатысуы, заманауи күтім хаттамаларын қолдану және науқас және оның отбасының эмоционалдық қажеттіліктеріне назар аудару сәтті паллиативтік көмектің маңызды элементтері болып табылады. Терінің ойық жараларын емдеу ұзақ уақытты талап ететін процесс. Өкінішке орай, терминальды сатыдағы науқастар көп жағдайда ойық жара процесінің толық жазылуына дейін өмір сүрмейді. Дегенмен, көрсетілген көмек нәтижесі науқастың өмір сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Galanti D., Inno A., La Vecchia M., Borsellino N., Incorvaia L., Russo A., Gori S. Current treatment options for HER2-positive breast cancer patients with brain metastases // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2021. – Vol. 161. – Art. No. 103329. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2021.103329>
2. Giordano G., Griguolo G., Landriscina M., Meattini I., Carbone F., Leone A., Del Re M., Fogli S., Danesi R., Colamaria A., Dieci M.V. Multidisciplinary management of HER2-positive breast cancer with brain metastases: An evidence-based pragmatic approach moving from pathophysiology to clinical data // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2023. – Vol. 192. – Art. No. 104185. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2023.104185>
3. Gradishar W.J., Anderson B.O., Balassanian R. Et al. Breast Cancer, Version 4.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* – 2018. – Vol. 16(3). – P. 310-320. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.0012>
4. Kerr A.J., Dodwell D., McGale P., Holt F., Duane F., Mannu G., Darby S.C., Taylor C.W. Adjuvant and neoadjuvant breast cancer treatments: A systematic review of their effects on mortality // *Cancer Treat. Rev.* – 2022. – Vol. 105. – Art. No. 102375. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2022.102375>
5. Senderovich H., McFadyen K. Palliative Care: Too Good to Be True? // *Rambam Maimonides Med. J.* – 2020. – Vol. 11(4). – Art. No. E0034. <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10394>
6. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. – Geneva: World Health Organization, 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/274559>
7. Mercogliano M.F., Bruni S., Mauro F.L., Schillaci R. Emerging Targeted Therapies for HER2-Positive Breast Cancer // *Cancers (Basel)*. – 2023. – Vol. 15(7). – Art. No. 1987. <https://doi.org/10.3390/cancers15071987>
8. Chen X.C., Jiao D.C., Qiao J.H. et al. De-escalated neoadjuvant weekly nab-paclitaxel with trastuzumab and pertuzumab versus docetaxel, carboplatin, trastuzumab, and pertuzumab in patients with HER2-positive early breast cancer (HELEN-006): a multicentre, randomised, phase 3 trial // *Lancet Oncol.* – Vol. 26 (1). – P. 27-36. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00581-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00581-3)
9. Jagosky M., Tan A.R. Combination of Pertuzumab and Trastuzumab in the Treatment of HER2-Positive Early Breast Cancer: A Review of the Emerging Clinical Data // *Breast Cancer (Dove Med Press)*. – 2021. – Vol. 13. – P. 393-407. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176514>
10. Забирова О.В., Ситникова Д.Ю., Уланова В.Ю., Матвеева Ю.А. Профилактика, диагностика и лечение пролежневого процесса у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. – Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021. – 107 с. [Zabirova O.V., Sitnikova D.Yu., Ulanova V.Yu., Matveeva Yu.A. Profilaktika, diagnostika i lechenie prolezhnevogo processa u pacientov, nuzhdayushchikhsya v palliativnoj pomoshchi // *Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachej i meditsinskikh sester.* – Moscow: GEOTAR-Media; 2021. – 107 p. (in Russ.).]

11. Liu Y.J., Wu L.P., Wang H., Han Q., Wang S.N., Zhang J. The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study // BMC Palliat. Care. – 2023. – Vol. 22. – Art. No. 71. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01192-7>
12. Hui D., Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer // J. Clin. Oncol. – 2020. – Vol. 38(9). – P. 852–865. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.02123>
13. Crawford G.B., Dzierzanowski T., Hauser K., Larkin P., Luque-Blanco A.I., Murphy I., Puchalski C.M., Ripamonti C.I. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines // ESMO Open. – 2021. – Vol. 6(4). – Art. No. 100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>
14. Saarinen J., Mishina K., Soikkeli-Jalonen A., Haavisto E. Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review // Scand. J. Caring Sci. – 2023. – Vol. 37(4). – P. 897–908. <https://doi.org/10.1111/scs.13062>
15. Ansatbayeva T., Kaidarova D., Kunirova G., Khussainova I., Rakhmetova V., Smailova D., Semenova Y., Glushkova N., Izmailovich M. Early integration of palliative care into oncological care: a focus on patient-important outcomes // Int. J. Palliat. Nurs. – 2022. – Vol. 28(8). – P. 366–375. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.8.366>

АННОТАЦИЯ

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПАЦИЕНТУ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Т.Н. Ансатбаева^{1,2}, Д.Р. Кайдарова¹, Г.Ж. Кунирова³

¹НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан;

²КГП ПХВ «Алматинский онкологический диспансер», Алматы, Республика Казахстан;

³ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Цель паллиативной помощи – грамотная диагностика и эффективное лечение боли и других тяжелых симптомов, ухудшающих состояние пациента, уход за больным и обучение родственников навыкам ухода, оказание психологической и социальной поддержки пациенту и его семье.

Цель исследования – изучить роль мобильной бригады в оказании комплексной паллиативной помощи на дому пациенту с диагнозом отечно-инфильтративного рака молочной железы с метастатическим поражением.

Методы: В статье представлен клинический случай пациента с диагнозом отечно-инфильтративной формы рака молочной железы стадии III B, осложнённого метастазами в головной мозг, тазовые кости и развитием пролежней III-IV степени. Несмотря на проведение 4 циклов неоадъювантной полихимиотерапии и 4 циклов таргетной терапии, процесс прогрессировал. Особое внимание уделено работе мобильной бригады, оказывающей комплексную медицинскую, психологическую и социальную поддержку пациенту и его семье в домашних условиях. Основные аспекты паллиативной помощи включали грамотное выявление и эффективное лечение болевых симптомов, уход и лечение пролежней, питание через назогастральный зонд, а также взаимодействие с родственниками для уменьшения эмоционального напряжения.

Результаты: Результаты лечения пролежней III-IV степени продемонстрировали положительную динамику: переход раны в фазу грануляции спустя 1,5 месяца консервативного лечения. Применение современных методов лечения ран, включая антисептические растворы и антибиотиковые мази, позволило снизить риск инфекционных осложнений и улучшить состояние пациента. Работа мобильной бригады подчеркнула важность индивидуального подхода, включающего не только медицинскую, но и социальную поддержку в рамках паллиативной помощи.

Заключение: Деятельность мобильных бригад, оказывающих паллиативную помощь тяжёлым онкологическим пациентам на терминальной стадии в домашних условиях, способствует улучшению качества жизни пациентов и повышению удовлетворённости получаемой помощи.

Ключевые слова: рак молочной железы, опухолево-инфильтративная форма, паллиативная помощь, мобильная группа, лечение пролежней, метастазы, качество жизни.

ABSTRACT

PALLIATIVE CARE FROM A MOBILE TEAM FOR A PATIENT WITH METASTATIC BREAST CANCER AT HOME: A CLINICAL CASE

T.N. Ansatbayeva^{1,2}, D.R. Kaidarova¹, G.Zh. Kunirova³

¹Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

²Almaty Oncology Dispensary, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

³Kazakhstan Association of Palliative Care, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Palliative care aims to improve patient care by properly diagnosing and effectively treating pain and other severe symptoms that worsen the patient's condition. It also involves training relatives in caregiving and providing psychological and social support to the patient and their family.

The purpose was to study the role of a mobile team in providing comprehensive palliative care at home for a patient diagnosed with tumor-infiltrative breast cancer with metastatic involvement.

Methods: The article presents a clinical case of a patient with tumor-infiltrative stage III B breast cancer, complicated by metastases to the brain and pelvic bones and stage III-IV pressure ulcers. The disease progressed despite four cycles of neoadjuvant polychemotherapy and

four cycles of targeted therapy. Special attention is paid to the work of the mobile team that provided comprehensive medical, psychological, and social support to the patient and their family at home. The main aspects of palliative care included competent identification and effective treatment of pain symptoms, care and treatment of pressure ulcers, feeding through a nasogastric tube, and interactions with family members to reduce emotional stress.

Results: Treatment of stage III-IV pressure ulcers provided positive dynamics, such as transitioning to the granulation phase after 1.5 months of conservative therapy. Modern wound treatment methods, including antiseptic solutions and antibiotic ointments, helped reduce infectious complications and improve the patient's condition. The work of the mobile team highlighted the importance of an individualized approach that includes both medical and social support within the palliative care framework.

Conclusions: Mobile teams providing palliative care at home to severe cancer patients in the terminal stage improve their quality of life and increase satisfaction with the care provided.

Keywords: breast cancer, tumor-infiltrative form, palliative care, mobile team, pressure ulcer treatment, metastases, quality of life.

Зерттеудің ашықтығы: Авторлар осы мақаланың мазмұнына толық жауап береді.

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді.

Қаржыландыру: Авторлар зерттеуді қаржыландырудың жоқтығын айтады.

Авторлардың үлесі: концепцияға үлес қосу, ғылыми мақаланы дайындау – Т.Н. Ансатбаева, Д.Р. Кайдарова, Г.Ж. Кунирова; ғылыми дизайн – Т.Н. Ансатбаева; жарияланған ғылыми зерттеуді орындау – Т.Н. Ансатбаева, Д.Р. Кайдарова; жарияланған ғылыми зерттеуді интерпретациялау – Т.Н. Ансатбаева, Г.Ж. Кунирова.

Авторлар деректері:

Ансатбаева Т.Н. (хат жазушы автор) – медицина магистрі, дәрігер-онколог, «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ PhD докторанты, Денсаулық сақтау басқармасы ШЖҚ «Алматы онкология орталығы» үй жағдайында паллиативті көмек беру мобильді тобы жетекшісі, Алматы қ, Қазақстан Республикасы, тел. +77760029939, e-mail: tol72umit@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2540-8147;

Кайдарова Д.Р. – м.ғ.д., Қазақстан Республикасының Ұлттық ғылым академиясы академигі, «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ профессор, бірінші проректор, Алматы қ, Қазақстан Республикасы, тел. +77017116593, e-mail: dilyara.kaidarova@gmail.ru, ORCID: 0000-0002-0969-5983;

Кунирова Г.Ж. – психология ғылымының магистрі, психолог, «Қазақстан паллиативтік жәрдем қоғамдастығы» ЗТБ президенті, Денсаулық сақтау министрлігінің паллиативті көмек бойынша бас маманы, Алматы қ, Қазақстан Республикасы, тел. +77019990014, e-mail: palliative.kz@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5501-7174.

Хат-хабарларға арналған мекен-жай: Т.Н. Ансатбаева, Жәпек Батыр, 9 жол, 1 үй, Іле ауданы, Ащыбулақ ауылдық округы, Алматы облысы 040717, Қазақстан Республикасы.