

SCI-CONF.COM.UA

MODERN RESEARCH IN SCIENCE AND EDUCATION



**PROCEEDINGS OF VIII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
APRIL 4-6, 2024**

**CHICAGO
2024**

MODERN RESEARCH IN SCIENCE AND EDUCATION

Proceedings of VIII International Scientific and Practical Conference

Chicago, USA

4-6 April 2024

Chicago, USA

2024

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

1. *Василенко С. В.* 11
ОЗИМИЙ РІПАК: РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕЗИМИВЛІ ГІБРИДІВ
ДЕКАЛВ У ПОРІВНЯННІ СПОСОБІВ ПОСІВУ ТА ВИДІВ
ГРУНТООБРОБІТКУ
2. *Калинка А. К., Лесик О. Б.* 19
ВИВЧЕННЯ М'ЯСНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ МОЛОДНЯКУ
ПЛАНОВИХ РІЗНИХ ПОРІД ВЕЛИКОЇ РОГАТОЇ ХУДОБИ ПРИ
ІНТЕНСИВНОМУ ВИРОЩУВАННІ З ВИКОРИСТАННЯМ
КОМБІКОРМУ ВЛАСНОГО ВИРОБНИЦТВА ДЛЯ ОДЕРЖАННЯ
ДЕШЕВОЇ ТА ЯКІСНОЇ ЯЛОВИЧИНИ В КОРМОВИХ УМОВАХ
ПЕРЕДГІРСЬКОЇ ЗОНИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

BIOLOGICAL SCIENCES

3. *Ніколайчук І. Р., Кос'янчук Н. І.* 28
ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ РОСЛИН ОБЛІПХИ ТА
МІКРООРГАНІЗМІВ РОДУ FRANKIA

MEDICAL SCIENCES

4. *Haydash I. S., Koveshnikov O. V., Zhurba O. A., Kovalenko D. Yu.* 34
ANTILYSOZYME ACTIVITY OF THE CAUSES OF ACUTE
APPENDICITIS
5. *Shevchuk O. O., Piven P. Yu., Manetska V. A., Shevchuk V. O.,
Smotrytska T. V.* 39
THE ROLE OF PHYSICAL EXERCISE TO INCREASE THE LEVEL
OF BDNF IN ORDER TO ENHANCE NEUROPLASTICITY AND
PROMOTE NEUROGENESIS
6. *Shkvarkovsky I. V., Kozlovska I. M., Preskure V. V., Hermak V. M.,
Opaiets Yu. G.* 42
THE USE OF PRP THERAPY IN PATIENTS WITH SURGICAL
PATHOLOGY
7. *Ахмедова К. М., Мамедов Азер Гейдар огли, Рой Н. В.* 50
ПЕРИТОНІТ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ
8. *Бобро Л. М., Гуманець К. Р.* 55
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ
ПАЦІЄНТАМ З МУКОВІСЦИДОЗОМ
9. *Бобро Л. М., Мальцева К. Є.* 61
ОСОБЛИВОСТІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З
АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
10. *Булига В. С., Голозубова О. В.* 67
ПСИХОТЕРАПІЯ В ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ ОНКОХВОРИМ

УДК: 616.08-039.75

ОСОБЛИВОСТІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Бобро Лілія Миколаївна

к.м.н., доцент

Мальцева Катерина Євгенівна

Студентка

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Анотація. Робота присвячена вивченню методів лікування пацієнтів із прогресуючою аденокарциномою підшлункової залози та особливостям надання їм паліативної допомоги. За даними проведеного аналізу наукової літератури, у 80% пацієнтів з аденокарциномою підшлункової залози встановлюються пізні стадії захворювання на момент звернення, що не дає змогу призначити їм ефективне хірургічне лікування. При наданні паліативної допомоги таким пацієнтам першочергове значення, для ефективного контролю захворювання, є усунення больового синдрому. Але, для підвищення якості життя таких пацієнтів, треба задовольнити також їх психосоціальні потреби. Виходячи з цього, тільки мультимодальні скоординовані зусилля при наданні паліативної допомоги у боротьбі з симптоми аденокарциноми підшлункової залози можуть принести очікуваний ефект.

Ключові слова: паліативна допомога, аденокарцинома підшлункової залози.

Актуальність. Щорічно приблизно у 458 000 пацієнтів у всьому світі діагностується аденокарцинома підшлункової залози [1]. 80% цих пацієнтів мають пізні стадії захворювання та/або значні супутні захворювання на момент звернення, тому їм не може бути призначене ефективне хірургічне лікування. Річна виживаність таких хворих становить менше 20%. Згідно з нещодавніми

дослідженнями, ці пацієнти складають до двох третин госпіталізованих пацієнтів у спеціалізованих відділеннях [2].

На даний момент не існує загальноприйнятих стандартів комплексної допомоги для лікування пацієнтів із прогресуючою аденокарциномою підшлункової залози. Незважаючи на широку згоду багатьох спеціалістів щодо важливості поєднання таких компонентів лікування, як купірування болю, екзокринної недостатності підшлункової залози та хіміотерапії, їх часто розглядають ізольовано один від одного.

Мета. Визначити особливості надання паліативної допомоги пацієнтам з аденокарциномою підшлункової залози.

Матеріали та методи. Був проведений всебічний огляд та аналіз наукових статей з питань паліативної терапії у хворих з аденокарциномою підшлункової залози.

Результати. Найважливішими аспектами, що враховуються при наданні паліативної допомоги хворим на аденокарциному підшлункової залози є біль та його купірування, якість життя та психосоціальні потреби хворих, патологічні зміни (недоїдання та втрата ваги, непрохідність жовчних шляхів та дванадцятипалої кишки).

Біль у животі та спині є найпоширенішим симптомом прогресуючої аденокарциноми підшлункової залози, що присутній у 75% пацієнтів на момент встановлення діагнозу та посилюється з прогресуванням захворювання. Біль є найбільш тривожним та виснажливим симптомом аденокарциноми підшлункової залози. 60% пацієнтів стверджують, що призначене лікування не допомагає їм повністю усунути біль. Найбільш суттєвими факторами, що не дозволяли хворим отримувати бажаний ефект від оптимізованого лікування, були вік >70 років і нещодавно діагностоване захворювання (<30 днів). Знижували ефективність лікування болю у хворих страх звикання, побічні ефекти та затримка (>1 місяця) початку терапії при створенні ефективного плану лікування.

«Знеболююча сходи́нка», рекомендована Всесвітньою організацією

охорони здоров'я (ВООЗ), рекомендує ескалацію анальгетиків залежно від реакції на них. Комбінації різних класів препаратів є більш ефективними, особливо якщо можна досягти нижчих доз для окремих ліків, щоб запобігти значним несприятливим ефектам, таким як запор і гіпералгезія, спричинені опіоїдами.

Інвазивне лікування іноді потрібне в якості доповнення до фармацевтичних засобів. Нейролітична блокада целіакічного сплетення у порівнянні з фармацевтичними препаратами демонструє значне покращення контролю болю. Багато досліджень свідчать про покращення якості життя, зменшення симптомів та зниження частоти виникнення делірію в останні дні життя хворих [3]. Торакоскопична спланхніктомія є альтернативою, яка виконується шляхом поділу великого та малого спланхнічного нерва для переривання аферентних больових волокон, коли пацієнтам не допомагає медичне лікування. Результати застосування нейролітичної блокади целіакічного сплетення і спланхніктомії є обнадійливими, з рідкісними, переважно тимчасовими побічними ефектами.

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям — це показник, який включає в себе оцінку функціонування пацієнтів у фізичній, психологічній, соціальній і духовній сферах. Аденокарцинома підшлункової залози має найгіршу якість життя порівняно з усіма раковими захворюваннями у дорослих у всіх сферах, що призводить до непропорційно високого рівня депресії та тривоги. Американське товариство клінічної онкології рекомендує всім пацієнтам із нещодавно діагностованою аденокарциномою підшлункової залози пройти повну оцінку навантаження, психологічного статусу і отримувати соціальну підтримку за допомогою психологічних послуг і паліативної допомоги. Примітно, що раннє психіатричне втручання у формі бесідної терапії зумовлює стабільний або більш високий за попередній показник якості життя, а також покращення загального стану здоров'я протягом 6 місяців, незважаючи на одночасне зниження фізичної функції. Підвищення показника якості життя не тільки покращує загальне самопочуття, але й оптимізує придатність для

подальшої хіміотерапії або симптоматичного лікування.

Аденокарцинома підшлункової залози впливає не тільки на пацієнтів, але й на їхні сім'ї та осіб, що за ними доглядають. Поєднання пізньої діагностики хвороби, швидкого прогресування захворювання та високої смертності є особливо складним для членів родини хворих.

Патофізіологія недостатнього харчування та втрати ваги є багатофакторною та виникає внаслідок комбінації опосередкованої цитокінами пухлини кахексії, підвищеного протеолізу, анорексії та порушення процесів травлення. Пацієнти мають вторинний гіперкатаболізм по відношенню до ракової кахексії, тоді як нудота, раннє відчуття насичення, втома та депресія сприяють зниженню споживання калорій і, таким чином, призводять до значної втрати ваги у 80% пацієнтів на момент встановлення діагнозу. Значна втрата ваги значно знижує терапевтичну реакцію та переносимість різних методів лікування.

Рекомендується оцінка харчового статусу при встановленні діагнозу з постійним спостереженням за всіма пацієнтами. Необхідне консультування хворих для заохочення споживання достатньої кількості рідини, калорійності, уникнення запахів або продуктів, які викликають нудоту, і використання ліків, що стимулюють апетит, у пацієнтів з тяжким перебігом хвороби.

Екзокринна недостатність підшлункової залози викликає порушення всмоктування поживних речовин. Це проявляється стеатореєю, втратою ваги та здуттям живота, що сприяє посиленню соціальної ізоляції хворих. Рекомендованим лікуванням є пероральна замісна терапія панкреатичними ферментами під наглядом дієтолога. В ході досліджень було визначено, що замісна терапія призначалася лише 21% пацієнтів [4]. Замісна терапія панкреатичними ферментами асоціюється із значним тривалим виживанням, особливо для пацієнтів із втратою ваги більше ніж на 10% від маси тіла, що була на момент встановлення діагнозу. Додавання інгібітора протонної помпи до лікувального комплексу часто рекомендується для підвищення ефективності панкреатичних ферментів. Фізичні вправи сприяють збереженню м'язової маси

і ваги. У рандомізованому дослідженні було показано, що силові тренування (вправи на тренажері або з гантелями) покращують м'язову силу пацієнтів із аденокарциномою підшлункової залози через 6 місяців, попереджують загальну ракову кахексію та підтримують масу тіла.

Локальна інвазія аденокарциноми підшлункової залози призводить до структурування біліарного дерева та дванадцятипалої кишки, що підвищує ризик обструкції. Це може призвести до недоїдання, нудоти та блювоти, жовтяниці, холангіту, свербіжу, болю та печінкової недостатності.

Холестаза, пов'язаний з аденокарциномою підшлункової залози, може спричинити інтенсивний виснажливий свербіж, який спричинений накопиченням жовчних солей, що стимулюють підшкірне вивільнення гістаміну. Жовчовивідний дренаж є високоефективним методом лікування першої лінії. Стентування асоціюється з нижчою смертністю та скорочує тривалість перебування в стаціонарі порівняно з хірургічним шунтуванням. Надають перевагу металевим стентам, оскільки пластикові/поліетиленові стенти зазвичай закупорюються протягом 3 місяців, що призводить до рецидиву жовтяниці та ризику холангіту. Якщо ендоскопічне стентування неефективне або неможливе, рекомендується перкутанна транспечінкова холангіографія. Хірургічне шунтування жовчних шляхів застосовується рідко. Лікування другої лінії включає зволожуючі засоби, урсодезоксихолеву кислоту та холестирамін для зв'язування жовчних солей, інші препарати, включаючи антигістамінні препарати, сертралін, ондансетрон і станозолол, також демонструють певну ефективність.

Непрохідність вихідного відділу шлунка та/або дванадцятипалої кишки також лікують за допомогою ендоскопічного стентування. У пацієнтів як з механічною жовтяницею, так і з обструкцією вихідного відділу шлунка можливе ендоскопічне подвійне стентування. Використовується паліативне шунтування шлунка або жовчовивідних шляхів, хоча це не завжди доцільно або необхідно в кінці життя.

Висновки. Симптоми аденокарциноми підшлункової залози є важкими для хворих, і мультимодальні скоординовані зусилля в боротьбі з ними мають першочергове значення для ефективного контролю захворювання. Направлення до психолога, дієтолога, онколога та надання паліативної допомоги є доцільним під час діагностики та комплексної оцінки болю, психологічного статусу та стану харчування. Замісну терапію панкреатичними ферментами слід призначати разом із фізичними вправами та силовими тренуваннями з ендоскопічним стентуванням жовчовивідних шляхів і дуоденальній обструкції за необхідністю. Таким чином, пропонується призначення індивідуально підібраного лікування для задоволення конкретних потреб кожного пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Bevins J, Bhulani N, Goksu SY et al. Early palliative care is associated with reduced emergency department utilization in pancreatic cancer. *Am. J. Clin. Oncol.* 2021; 44: 181–186.
2. Damm M, Weniger M, Kölsch AK et al. The quality of pain management in pancreatic cancer. *Pancreatology* 2020; 20: 1511–1518.
3. Koea J, Srinivasa S, Leung U, Pimm M, Rodgers M. Hidden work in hepatopancreaticobiliary surgery: the contemporary demands of non-operative patient management. *HPB* 2021; 23: 1482–1487.
4. Tempero MA, Malafa MP, Al-Hawary M et al. Pancreatic adenocarcinoma, version 2.2021, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2021; 19: 439–457.