

УДК 616.24-006.6-085.277.3:615.032.13

ХІМІЧНИЙ НЕЙРОЛІЗИС У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Пустовойт В.А., Качур О.І., Сороко С.П., Бітюков Д.С., Кобляков М.Е.

Дорожня лікарня ст. Ясинувата ДП «Донецька залізниця»

Резюме. У онкологічному відділенні Дорожньої лікарні ст. Ясинувата з березня 2012 року по жовтень 2012 року знаходилося на лікуванні 20 хворих з метастатичною поразкою кісток поперекового, грудного відділів хребта, кісток тазу і нижніх кінцівок. Усі хворі були обстежені: проводилася спіральна комп'ютерна томографія, остеосцинтиграфія скелета з метою виявлення кісткових метастазів та їх конкретної локалізації. Всі хворі отримували лікування, що включало хіміопроменеву терапію, а також використання біфосфонатів. Усі хворі отримували наркотичні анальгетики у зв'язку з вираженим больовим синдромом. З метою досягнення стійкого анальгезуючого ефекту, хворим був здійснено хімічний нейролізис чутливих волокон спинного мозку шляхом пункції епідурального простору, з наступним введенням нейролітичної речовини – розчину етилового спирту. У результаті проведеного лікування було отримано стійкий анальгезуючий ефект, що дозволило 19 хворим відмовитися від прийому наркотичних анальгетиків, без будь-яких порушень з боку гомеостазу.

Ключові слова: больовий синдром, знеболення, нейролізис

Щороку в світі виявляється близько 6 млн. випадків різних форм раку, і щороку від цієї хвороби помирають більш 4 млн. чоловік, що складає 10% від загального числа випадків смерті [6]. Одним із проявів занедбаності раку є хронічний больовий синдром [2]. За даними ВОЗ 3,5 млн. хворих, страждають болями різної інтенсивності, з них 60-70% хворих є інкурабельними [3].

Хронічний біль супроводжує всі поширені форми злоякісних пухлин [7]. За даними Міжнародної асоціації вивчення болю, хронічний біль характеризується часовим інтервалом більше 3 місяців [9]. Протягом цього часу формуються патологічні реакції в периферичній і центральній нервовій системі, що призводить до зниження фізичної і соціальної активності, виникають регіонарні й системні порушення мікроциркуляції, які, у свою чергу, є причиною вторинної імунологічної недостатності і порушення діяльності органів і систем [5]. Тривала больова дія формує патологічні реакції в нервовій системі і супроводжується різким зростанням впливу психологічних чинників на механізми болю [8].

Традиційна опіоїданалгезія, що проводиться у теперішній час, несе ряд ускладнень, серед яких домінують порушення функції шлунково-кишкового тракту, нудота, блювота, головний біль, загальна

слабкість, депресія. Близько 65% онкологічних хворих з прогресуючими злоякісними новоутвореннями, не дивлячись на терапію сильнодіючими анальгетиками, продовжують відчувати біль різної міри інтенсивності. Причому, у пацієнтів, тривало одержуючих опіоїди, при різкій відміні препарату або призначенні опіоїдного антагоніста виникає синдром відміни, обумовлений розвитком фізичною залежності, що виявляється у вигляді занепокоєння, дратівливості, відчуттям жару, гіперсаливацією, сльозотечею, ринореєю. До того ж 10% таких пацієнтів потребують проведення додаткових інвазивних методів знеболювання (електронеїростимуляція, регіонарні блокади, хірургічна нейродеструкція та ін.)[1].

Одним з методів, здатних принести полегшення хворому, на наш погляд, є метод хімічного нейролізу чутливих волокон спинного мозку за допомогою етилового спирту.

Метод хімічного нейролізу заснован на виключенні больової чутливості шляхом дії нейролітичного препарату на чутливі нервові волокна. Нейролітичний препарат вводиться в епідуральний простір. Після такої маніпуляції біль вимикається без порушення функцій органів.

Анатомічними передумовами є наступне: як відомо, спинний мозок оточений трьома оболонками мезенхімного походження. Зовнішня оболонка – тверда оболонка спинного мозку. За нею лежить середня – павутинна оболонка, яка відокремлена від попередньої субдуральним простором. Безпосередньо до спинного мозку прилежить внутрішня м'яка оболонка спинного мозку. Зовнішня поверхня твердої мозкової оболонки спинного мозку відокремлена від окістя, що вистилає з середини хребетний канал, надоболонковим епідуральним простором. Останній заповнений жировою клітковиною, де проходять задні корінці спинного мозку, що відповідають за чутливість, у тому числі і больову [4]. Введення в епідуральний простір хімічного реагенту, в нашому випадку етилового спирту, сприяє лізису нервових закінчень, і усуненню болю в патологічному осередку, що знаходиться нижче за місце ін'єкції. При цьому, слід зазначити, що рухова функція зберігається унаслідок того, що передні корінці спинного мозку залишаються інтактними.

Метою роботи: є вивчення ефективності хімічного нейролізу в лікуванні хронічного больового синдрому серед онкологічних хворих.

Матеріал і методи

В онкологічному відділенні Дорожньої лікарні ст. Ясинувата з березня 2012 року по жовтень 2012 року знаходилося на лікуванні 20

хворих з метастатичною поразкою кісток поперекового, грудного відділів хребта, кісток тазу і нижніх кінцівок. Первинним джерелом метастазів у 6 хворих був рак молочної залози, в 5 – рак легенів, в 5 – рак передміхурової залози, в 2 хворих – рак шлунку, в 2 хворих – меланобластома шкіри. Всі хворі були обстежені: їм проводилася спіральна комп'ютерна томографія, остеосцинтиграфія скелета з метою виявлення кісткових метастазів та їх конкретної локалізації. Всі хворі отримували лікування, що включало хіміопроменевию терапію, а також використання біфосфонатів. Усі хворі отримували наркотичні анальгетики у зв'язку з вираженим больовим синдромом. Режим введення наркотичних анальгетиків був наступний: в 5 хворих на рак молочної залози, 3 хворих на рак легенів, 2 хворих на рак передміхурової залози, 1 хворому на рак шлунку двічі на добу вводився анальгетик; 1 хвора на рак молочної залози, 2 хворих на рак легенів, 3 хворих на рак передміхурової залози, 1 хворий на рак шлунку і 2 хворих на меланобластоми отримували наркотичний анальгетик один раз на добу. Окрім наркотичних анальгетиків 3 хворих на рак передміхурової залози, 4 хворих на рак легенів, 1 хворий на рак шлунку отримували ненаркотичні анальгетики для потенціювання знеболюючого ефекту.

Для проведення хімічного нейролізу ми використовували наступну методику: хворому виконувалася пункція епідурального простору по загально прийнятій методиці, вище за осередок ураження, в епідуральний простір вводився епідуральний катетер, після чого проводилася анестезія, для якої ми застосовували р-н Біпувакаїна 0,5% – 5 мл. Далі, після настання анестезії ми вводили в епідуральний простір 96 % етиловий спирт в об'ємі 5 мл за допомогою насосної помпи протягом 1-ої години. Після проведення маніпуляції деякий час хворий знаходився в реанімаційному відділенні під спостереженням.

Верхня межа рівня пункції епідурального простору в наших дослідженнях складала Th 5 – Th 7. У методиці ми використовували епідуральний катетер з наступною метою: в 3 – х хворих знеболення після першого введення етилового спирту не наставало, унаслідок чого вищезгаданим хворим виконувалась повторна маніпуляція, після чого наставав стійкий анальгезуючий ефект. Надалі епідуральний катетер усувався.

Результати та їх обговорення

У результаті спостережень були отримані наступні результати: після проведення нейролізу в 5 хворих з раком молочної залози, 5 хворих з раком легенів, 2 хворих з раком шлунку, 3 хворих з раком

передміхурової залози наставав стійкий анальгезуючий ефект, що дозволило відмовитися від вживання наркотичних анальгетиків; в 1 хворого з меланобластомою, 1 хворої з раком молочної залози, 2 хворих з раком передміхурової залози був досягнутий частковий анальгезуючий ефект у вигляді зменшення больового синдрому, що дозволило замінити наркотичні анальгетики на ненаркотичні. В 1 хворого з меланобластомою анальгезуючий ефект не настав зовсім. Тривалість моніторингу хворих після маніпуляції склала близько 3 -х місяців.

Висновки

Таким чином, у результаті дослідження при проведенні хімічного нейролізу в онкологічних хворих, страждаючих хронічним болем унаслідок наявності кісткових метастазів, отримані наступні результати.

1. Використання хімічного нейролізу приводить до тривалого анальгезуючого ефекту, без будь-яких серйозних порушень у гомеостазі хворих.
2. В результаті проведення епідурального нейролізу потреба у наркотичних анальгетиках у 19 хворих з 20 зникла, що позитивно позначилося на їх загальному і психоемоційному стані.
3. Широке впровадження в повсякденну практику методики хімічного нейролізу дозволить покращити надання медичної допомоги онкологічним хворим, забезпечить можливість збереження компенсаторних резервів організму.
4. Методика хімічного нейролізу вимагає подальшого вивчення з метою вдосконалення, можливістю вживання методики в інших областях медицини: неврології, травматології, тощо.

ЛІТЕРАТУРА

1. O'Mahony. Current management of opioid-related side effects / O'Mahony // *Oncology*. – № 11. – 2011. – P. 61–62.
2. Kanuer R. Diagnosis and management of neuropathic pain in patients with cancer / R. Kanuer // *Cancer investigation*. – № 19. – 2001. – P. 33–34.
3. Watson C. P. The treatment of neuropathic pain: Antidepressants and opioids / C. P. Watson // *Clin J. Pain*. – № 16. – 2010. – P. 49–55.
4. Ісасєв В. П. Лікування хронічного больового синдрому у онкологічних хворих методом епідурального і субарахноїдального хімічного нейролізу : Інформаційний лист. – Київ, 2003, – С. 3.
5. Хронический болевой синдром у онкологических больных / В. Г. Бондарь, В. И. Черний, В. Г. Бондарь, В. Н. Ельский [и др.]. – Донецк, 2011. – 236 с.

6. Черній В. І. Лікування хронічного болювого синдрому в онкологічних хворих методом хімічного нейролізу: Методичні рекомендації / В. І. Черній, В. П. Ісаєв. – Донецьк, 2003. – С. 10.
7. Шлапак И. П. Лечение болювого синдрому в онкології / И. П. Шлапак, Е. А. Ярош. – Ровно. – 2003. – С. 195.

THE CHEMICAL NEUROLYSIS IN THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROME AT ONCOLOGICAL PATIENTS

Pustovoit V.A., Kachur A.I., Soroko S.P., Bitukov D.S., Koblyakov M.E.

Summary. From March 2012 till October 2012 in oncological department of Railroad hospital of Yasinovataya station 20 patients were on treatment with metastatic defeat of lumbar bones, thoracic spines of a backbone, pelvic bones and lower limbs. All the patients were examined: the spiral tomography, bone scintigraphy for the purpose of bone metastases revealing and their concrete localization were performed. All the patients received treatment, that included chemoradiotherapy and bisphosphonates. All the patients received narcotic analgesics in connection with severe pain syndrome. For the purpose of achieving stable analgeziruty effect the patients were made the chemical neurolysis of the sensory nerve fibers of spinal cord, by means of epidural space puncture with the subsequent insertion of neurolytic substance – aethylum alcohol solution. As a result of the performed treatment the stable analgeziruty effect was received, that allowed 19 patients to refuse narcotic analgesics without any homeostatic violation.

Key words: pain syndrome, analgesia, neurolysis

ХИМИЧЕСКИЙ НЕЙРОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пустовойт В.А., Качур А.И., Сороко С.П., Битюков Д.С., Кобляков М.Е.

Резюме. В онкологическом отделении Дорожной больницы ст. Ясиноватая с марта 2012г. по октябрь 2012г. находились на лечении 20 больных с метастатическим поражением костей поясничного, грудного отделов позвоночника, костей таза и нижних конечностей. Все больные были обследованы: выполнялась спиральная компьютерная томография, остеосцинтиграфия скелета с целью выявления костных метастазов и их конкретная локализация. Все больные получали лечение, включающее в себя химиолучевую терапию и бифосфонаты. Все больные получали наркотические анальгетики в связи с выраженным болювым синдромом. С целью достижения стойкого анальгезирующего эффекта больным был произведен химический нейролизис чувствительных волокон спинного мозга, путем пункции эпидурального пространства с последующим введением нейролитического вещества – раствора этилового спирта. В результате проведенного лечения был получен стойкий анальгезирующий эффект, что позволило 19 больным отказаться от наркотических анальгетиков, без каких-либо нарушений со стороны гомеостаза.

Ключевые слова: болювой синдром, обезболивание, нейролизис

Отримано до редакції 31.01.13

УДК 616.718.19-001.5-073.756.8:618.17-008.8

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Радченко Е.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Спиральная компьютерная томография выполнена 75 мужчинам и 38 женщинам с переломами костей таза. Согласно возрасту пострадавших урежаются случаи сакрофрактур на фоне учащения травматических смещений лонных костей, причем, эффективность лечебных мероприятий, в противовес гипотетическим ожиданиям, не ухудшается.

Ключевые слова: таз, кости, переломы, возраст, компьютерная томография

Проблема переломов костей таза входит в число наиболее актуальных в травматологии. Как свидетельствуют эпидемиологические исследования, частота пельвиофрактур составляет 1-8% от общего числа переломов костей [2, 6, 7]. Существуют данные, что примерно 0,1-0,2% населения переносят переломы костей таза, причем 14% от числа таких травмированных лиц погибают [5].

Частота переломов таза у пожилых людей, по сравнению с популяционными данными, существенно выше, что связывают с нестабильностью костных сочленений (например, илиосакральных) и нередким наличием у пострадавших остеопороза [1, 2]. Согласно увеличению возраста травмированных лиц повышается и тяжесть течения пельвиофрактур [5]. Предполагается, что в связи с постарением населения планеты переломы костей таза у пожилых больных будут наносить огромный медико-социальный и экономический ущерб большинству государств земного шара [4].

Необходимо отметить, что диагностическая информативность спиральной компьютерной томографии (КТ) при разных вариантах переломов костей таза требует уточнения, а особенности отдельных признаков у травмированных лиц разного возраста не изучены. Сказанное стало целью данного исследования.

Материал и методы

Обследованы 113 травмированных больных в возрасте от 16 до 83 лет (в среднем $39 \pm 1,4$ лет) с разной продолжительностью переломов костей таза. 29,2% от числа обследованных лиц были в возрасте до 30 лет, 49,6% – в возрасте 30-50 лет, 21,2% – старше 50-летнего возраста.