



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **17692** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61M 19/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ БЛОКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ОНКОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

1

2

(21) u200603112

(22) 23.03.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Романів Ярослав Володимирович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб блокування хронічного больового синдрому у онкологічного хворого, який включає кате-

теризацію епідурального простору на рівні ураженого органа і виключення симпатичної чуттєвої іннервації відповідних сегментів спинного мозку шляхом хімічної денервації ін'єкціями 96° етилового спирту, який **відрізняється** тим, що додатково катетеризують епідуральний простір та проводять хімічну денервацію на рівнях відповідно уражених метастазами органів та ділянок.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до анестезіології, і може бути використана при блокуванні хронічного больового синдрому у онкологічних хворих, переважно IV клінічної групи.

Відомий спосіб блокування хронічного больового синдрому у онкологічного хворого, який передбачає катетеризацію епідурального простору на рівні ураженого органа і виключення симпатичної, чуттєвої іннервації відповідних сегментів спинного мозку шляхом хімічної денервації ін'єкціями абсолютного етилового спирту [Дж. Едвард Морган - мл., і др. Клиническая анестезиология, Санкт Петербург, 1998, с. 388].

Недоліком цього способу є недостатній рівень обезболення. У пацієнтів IV клінічної групи з розповсюдженою або мультилокальною біллю результат лікування, звичайно, не виправдує очікуваного.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу блокування хронічного больового синдрому у онкологічного хворого, який за рахунок виконання додаткових різнорівневих катетеризацій перидурального простору та хімічної денервації відповідних сегментів спинного мозку забезпечував би більш високий обезболюючий ефект.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі блокування хронічного больового синдрому у онкологічного хворого, що передбачає катетеризацію епідурального простору на рівні ураженого органа і виключення симпатичної, чуттєвої іннервації відповідних сегментів спинного мозку шляхом хімічної денервації ін'єкціями 96° етилового спирту, згідно корисної моделі додатково катетеризують епідуральний простір та проводять де-

нервацію на рівнях відповідно вражених метастазами органів та ділянок.

Виконання додаткових катетеризацій епідурального простору з наступною хімічною денервацією дозволяє дістати більш високий обезболюючий ефект внаслідок виключення симпатичної та чуттєвої іннервації сегментів спинного мозку на рівнях відповідно вражених метастазами органів та ділянок.

Спосіб виконують наступним чином. Після обробки шкіряного покриву виконують катетеризацію перидурального простору на рівні відповідному враженому органу (Т VII - Т IX - підшлункова залоза, печінка і тд.). На підставі даних УЗД, КТ, МРТ, а також даних інтраопераційної ревізії органів грудної та черевної порожнин визначають локалізацію, топографію віддалених метастазів та сегменти, приймаючи болеві імпульси. На основі цих даних визначають рівні пункції та проводять катетеризацію другим, а, при необхідності, третім катетером перидурального простору. Катетери проводять краніальне на відстань 7-8см. Використовують препарати: лідокаїн 2%, етиловий спирт 96°. Вводять лідокаїн 5-7мл. Це необхідно для визначення чітких зон сегментарного блоку, контролю правильності нахождения катетера, профілактики больового шоку. Враховують, що розповсюдження нейротічної субстанції за межі патологічне зміненої області може привести до необоротних наслідків. Через 30 хв. оцінюють ефективність анальгезії, при необхідності виконують тракцію катетерів на 3-4см і повторюють введення лідокаїна. При підтвердженні ефективності анальгезії через 30-60 хвилин вводять охолоджений до -10-15°С етило-

(13) **U**
(11) **17692**
(19) **UA**

вий спирт 96° в кількості 4-6мл, швидкість введення 0,1мл/хв. Зникнення або суттєве зменшення болі відмічається на 2-4 добу. При необхідності, повторюють 2-3 рази введення спирту, в тих же дозах. В проміжках між введенням спирту застосовують лідокаїн. Перевід інкурабельних пацієнтів, звиклих до великих доз наркотичних засобів на обезболення цим методом проводять поступово, для виключення явищ абстиненції.

Приклад 1. Хвора А., вік 33 роки, історія хвороби №384/2006, знаходилась на лікуванні у відділенні хірургії печінки та жовчовивідних шляхів з діагнозом: Пухлина зачервного простору. Операція: Лапаротомія, біопсія. Заключний клінічний діагноз: Рак підшлункової залози T₄ N₁ M₀. Післяопераційний період ускладнився вираженим больовим синдромом. Наркотичні анальгетики переносила погано: слабкість, нудота, блювота. В зв'язку з цим проведена пункція і катетеризація перидурального простору на рівні T_{VII}-T_{VIII} і T_X-T_{XI}. Після введення тест-дозы і анальгетичної дози лідокаїна 2% - по 4мл, визначили чіткі межі сегментарних блоків та получили чіткий абсолютний обезболюючий ефект. Для підтримання анальгезії необхідно було повторювати введення місцевого анестетика: по 4мл х 4рази/добу. Через 24 години хворій було запропоновано і отримано згоду на проведення перидуральної хімічної денервації. Після ін'єкції лідокаїна по 4мл, через 30хв в обидва катетери введено по 5мл охолодженого етилового 96° спирту. Через добу введення спирту по тій же схемі повторено. Через 48 годин катетери забрані із перидурального простору. З стійким обезболюючим ефектом хвора на 8 сутки виписана на амбулатор-

не лікування.

Приклад 2. Хворий С., вік 58 років, історія хвороби №7270/2006, знаходився на лікуванні у відділенні лапароскопічної хірургії з діагнозом: Захворювання підшлункової залози. Операція: Кріодеструкція пухлини підшлункової залози. Заключний клінічний діагноз: Аденокарцинома підшлункової залози T₂ N₁ M₀. В післяопераційному періоді в зв'язку з больовим синдромом хворий тривалий час (22 дня) получав наркотичний анальгетик омнопон 2,0 х 3-4 рази/добу. Проведена пункція і катетеризація перидурального простору на рівні T_{VIII}-T_{IX}. Після введення лідокаїна 2% - 8мл відмічали зменшення болю, але недостатня анальгезія для ствердження абсолютного ефекту. В зв'язку з цим додатково виконали катетеризацію простору на рівні T_X-T_{XI}. Провели хімічну денервацію по схемі із пр. 1 і получили стійкий анальгетичний ефект. Хворий повністю відмовився від анальгезії наркотичними анальгетиками. Виписаний на амбулаторне лікування.

За запропонованим способом проліковано 9 хворих IV клінічної групи. В 7 хворих спостерігався абсолютний обезболюючий ефект, в 2 - значне зменшення больового синдрому. У той же час, з 9 хворих, в яких проведено хімічну денервацію на одному рівні абсолютний обезболюючий ефект у 3 хворих, в 2 - значне зменшення болю, в 4 - обезболюючий ефект не виражений, або відсутній.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє досягнути більш високий обезболюючий ефект у хворих з іноперабельними формами рака.