



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33712 (13) A

(51) 6 A61K47/10

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

(21) 99031691

(22) 25.03.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Яремчук Олександр Якович, Рамазанов Вячеслав Володимирович, Зотов Олексій Сергійович

(73) Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

(57) Спосіб лікування хронічного больового синдрому у онкологічних хворих, що включає введення в епідуральний простір етилового спирту, який відрізняється тим, що 96° спирт у розрахунку 1,5 мл на спинальний сегмент вводять у поєднанні з 1-2 мл розчину фенолу на гліцерині у співвідношенні 1:20 один-два рази на добу протягом 3-4 діб

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до онкології та анестезіології, і може бути використаний при паліативному та симптоматичному лікуванні хворих на злоякісні новоутворення органів грудної та черевної порожнини, кінцівок.

Не зважаючи на значний прогрес у галузі фармакології анальгетичних та анестезуючих засобів, лікування хронічного больового синдрому (ХБС) у онкологічних хворих залишається одною з найактуальніших проблем практичної медицини. Всі існуючі на теперішній час методи боротьби з ХБС у цієї категорії хворих мають низку сторонніх ефектів та недоліків.

Існує декілька напрямків у вирішенні питання лікування ХБС.

Застосування ненаркотичних анальгетиків (анталгіків) та нестероїдних протизапальних препаратів у переважній більшості випадків не дає адекватного анальгетичного ефекту й призводить до швидкого звикання хворих до препаратів, що вимагає збільшення дози, і, отже, підсиленню токсичної дії ліків. Використання опіатів та їх синтетичних аналогів (наркотичних анальгетиків) дозволяє протягом певного часу забезпечити знеболення, але призводить до звикання та утворення наркотичної залежності, астенізації хворого, пригнічення його соціально-побутової активності. Крім того, застосування наркотичних засобів в домашніх умовах утруднено через необхідність дотримання їх суворого обліку.

Більш ефективним та безпечним методом лікування ХБС є застосування тривалої епідуральної анальгезії [1, 2]. Останній дозволяє забезпечити адекватне знеболення в сегментарних межах больового осередку шляхом введення розрахованих посегментарно доз місцевих анестетиків в катетеризований епідуральний простір протягом три-

вального часу (до 2 місяців) [3]. При цьому відсутні сторонні токсичні ефекти, протягом тривалого часу зберігається рухома та соціальна активність хворих. Недоліком аналога є необхідність тривалої катетеризації епідурального простору, часте (до 4-6 разів на добу) введення місцевих анестетиків спеціально підготовленим медперсоналом [4]. Ці недоліки обмежують застосування описаної методики у хворих з ХБС в амбулаторних та домашніх умовах [5].

Відома методика тривалої алкоголізації (хімічного невrolіза) периферичних нервів та спинальних нервових корінців, яка вибрана нами як прототип. Ця методика дозволяє досягнути стійкої та тривалої анальгезії в сегментарне обмеженій зоні чутливості [6, 7]. Високу анальгетичну активність досягають при епідуральному введенні 96,7° етилового спирту в дозі 1-1,5 мл на 1 спинальний сегмент. Стійка анальгезія розвинулась після 2-3 введення спирту. Важливими недоліками цієї технології є болючість процедури, ризик розвитку шоку та реактивного арахноїдита.

Враховуючи недоліки описаних вище методик, ми пропонуємо оригінальний спосіб лікування ХБС у онкологічних хворих. Задача винаходу: досягнути адекватного ступеню анальгезії при паліативному та симптоматичному лікуванні онкологічних хворих, за рахунок введення невrolітичної суміші, і уникнення сторонніх ефектів на інші органи та системи.

Технічний результат, що досягався, полягає у забезпеченні пацієнтам, що страждають від хронічного болю, достатнього рівня знеболення, а отже, і психологічного комфорту, побутової та соціальної активності.

Поставлену задачу досягають хімічним невrolізом, згідно винаходу, введенням в епідуральний

(19) UA (11) 33712 (13) A

простір 96° етилового спирту у розрахунку 1,5 мл на спинальний сегмент, у поєднанні з 1-2 мл розчину фенолу на гліцерині (у співвідношенні 1:20) один-два рази на добу протягом 3-4 діб.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після фізикального обстеження хворого визначають сегментарні межі болю. Проводять пункцію, ідентифікацію та катетеризацію епідурального простору з спрямуванням катетера у бік максимальної інтенсивності болю. Через 15 хвилин після введення по катетеру тест-дозу місцевого анестетика (бупівакаїн 0,25% 2 мл) вводять його сегментано розраховану дозу (1,5-2 мл на один спинальний сегмент). Після розвитку клінічних ознак епідуральної блокади (через 45-60 хвилин), в епідуральний простір повільно, протягом 5-7 хвилин, вводять суміш для невроліза: спирт 96° 1,5 мл на один спинальний сегмент у поєднанні з 1-2 мл розчину фенола на гліцерині у співвідношенні 1:20. Введення проводять 1-2 рази на добу 3-4 доби до досягнення задовільного анальгетичного ефекту.

Приклади клінічного застосування методу.

Спостереження № 1. Хвора Герасименко - О. С., 53 років, мешкає: м. Київ, вул. Межева, буд. 15-А, кв. 73. Діагноз: Рак шийки матки 4 стадія з проростанням у малу миску, метастази у правий кульшовий суглоб та печінку, виражений больовий синдром (у зоні сегментів Th₁₁-L₄), клінічна група 4.

Знаходилась під спостереженням з 26. 01. 1996 р. по 18. 08. 1996 р.

Вихідна анальгезія: кетанов 2,0 з рази на добу в/м, морфіна гідрохлорид 1% 1,0 мл 2 рази на добу в/м.

Виконано катетеризацію 26. 01. 96 р. - на рівні L₁-Th₁₂ з просуванням катетера на 4 см догори, введено бупівакаїн 0,25% 8,0 мл, через 60 хв. - спирт 96,7° 6,0 мл + фенол 2,0 мл на гліцерині 1:20 2 рази на добу протягом 4 діб.

Ефект: повна ліквідація больового синдрому протягом 72 діб.

Повторний курс з 29. 05. 96 р. пов'язаний з підсиленням больового синдрому через прогресування росту пухлини. Виконано катетеризацію епідурального простору на рівні L₁-L₄ з просуванням катетера вниз на 3 см. Введено бупівакаїн 0,25% 6,0 мл, через 45 хв. - спирт 96,7° 5,0 мл + фенол 1,5 мл на гліцерині 1:20 2 рази на добу протягом 4 діб.

Ефект: повна ліквідація болю. Смерть настала від основного захворювання 18. 08. 96 р.

Спостереження № 2. Хворий Розенберг І. С., 82 роки, мешканець м. Києва. Діагноз: Рак прямої кишки 3 ст., стан після оперативного лікування (операція Кеню). Продовження хвороби - рецидив в малий мисці. Епіцистостома, колостома. Виразений больовий синдром, клінічна група 4.

Знаходився під спостереженням з 28. 08. 94 р.

Виконано катетеризацію епідурального простору L₁-L₃ з введенням бупівакаїна 0,25% 6,0 мл, через 45 хв. - спирт 96,7° 4,0 мл + фенол 1,5 мл на гліцерині 1:20 2 рази на добу протягом 3 діб.

Ефект: повна ліквідація больового синдрому протягом 1 місяця. Дані катамнезу відсутні через від'їзд хворого на проживання до Ізраїлю.

Спосіб лікування хронічного больового синдрому був застосований у 18 хворих з різною локалізацією пухлинного процесу та вираженим больовим синдромом. Результат полягав в повній ліквідації або значному зменшенні болю, що дозволило запобігти застосуванню наркотичних анальгетиків. При необхідності додаткової анальгезії застосовувався анальгін або кетопрофен. Тривалість катетеризації складала від 3 до 5 діб. Тривалість стійкої анальгезії - 56-72 діб у 94,4% хворих.

Джерела інформації.

1. Maher R. M. Neuron selection in relief of pain: futures experiences with intrethecal injections. Lancet. - 1957. - Vol. 1. - P. 16-20.

2. Bonica J. J. Clinical evaluation of segreantial peridural block. - Jour. Michigan. Med. Soc. - 1954. - Vol. 53. - P. 167-169.

3. Павлова З. В., Исакова М. Е. Длительная перидуральная анестезия при болевом синдроме у онкологических больных. - Тезисы II национального конгресса онкологов. - Варна, 1973. - С. 90-95.

4. Bonica J. J., Acamatsu T. J., Brena S. The anesthesiologist and nerve block: contribution tj managment of pain. - In.: Zeitsriff fur praktische Anestisie und Wiederbelebung. - Stuttgart, 1968. - S. 40-51.

5. Павлова З. В. Длительная перидуральная анестезия у онкологических больных. - Хирургия. - 1973. - № 5. - С. 20-25.

6. Bonica J. J. The management of pain of malignant disease with nerve block. - Anaesthesiology. - 1954. - Vol. 15. - P. 134-135.

7. Павлова З. В. Длительная перидуральная анестезия в онкологии - М.: Медицина, 1976. - 160 с.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22