



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42925 (13) A

(51) 6 A61K31/045, A61K31/05,
A61K31/245МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ УСУНЕННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ІНОПЕРАБЕЛЬНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

(21) 99116081

(22) 05.11.1999

(24) 15.11.2001

(33) UA

(46) 15.11.2001, Бюл. № 10, 2001 р.

(72) Чорномиз Віталій Дмитрович

(73) Чорномиз Віталій Дмитрович, UA

(57) 1. Спосіб усунення хронічного больового синдрому у іноперабельних онкологічних хворих, що передбачає спинномозкову блокаду в зоні одного або декількох сегментів, що відповідають локалізації больового вогнища, який **відрізняється** тим, що після розвинення класичних клінічних ознак спінального блока здійснюють хімічний невrolіз в зоні вказаних сегментів.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що невrolіз здійснюють шляхом введення протягом 5-

7 хв. в епідуральний простір в зоні вказаних сегментів суміші етанолу і 0,5% феноло-гліцеринового розчину до одержання знеболювального ефекту щонайменше на 10-12 годин.

3. Спосіб за п. 2, який **відрізняється** тим, що вказану суміш вводять в дозі 1,5 мл на один сегмент 1-2 рази на добу.

4. Спосіб за будь-яким з пп. 1-3, який **відрізняється** тим, що спинномозкову блокаду здійснюють шляхом введення в епідуральний простір місцевого анестетика і за відсутності через 15 хв. клінічних ознак спінального блока - додаткового введення місцевого анестетика у вигляді 0,25% бупівокаїну або 2% лідокаїну в дозі 2 мл на один сегмент.

Винахід, який пропонується, може бути застосований в онкології, хірургії при лікуванні хворих судинної патології, онкологічних хворих, синдрому Лярша, а також при ряді захворювань з вираженим больовим синдромом. Спосіб може бути використаний як в стаціонарі так і в амбулаторно-домашніх умовах. Не дивлячись на значний прогрес долгології, зв'язаний з вдосконаленням фармакологічних препаратів анагетичної та антalgічної групи, проблема лікування ХБС не залишає своєї актуальності в сучасній медичній практиці.

Визнані на сьогодні традиційні методи лікування ХБС у іноперабельних онкологічних хворих мають багато важливих недоліків і побічних ефектів.

Аналіз відомих способів з застосуванням анагетиків опіатної групи та антalgинів нестероїдного ряду - в більшості випадків не дають адекватного анагетичного ефекту, приводять до швидкого звикання хворих до препаратів з обов'язковою необхідністю збільшення дози препаратів.

Продукти метаболізму препаратів даної групи визивають гепатотоксичний і загальнотоксичний ефекти, що збільшує ракову інтоксикацію. Прийом препаратів опіатної групи на протязі тривалого відрізка часу в даної категорії хворих (що найбільш розповсюджено в наш час) - в 100% випадках приводить до розвитку наркотичної залежності, загальної астенизації, подавленню соціально-битової активності пацієнтів.

"Альтернативні" методики - акупунктура, електроакупунктура можливі тільки при наявності підготовленого медперсоналу і апаратури, тому не мають реальних перспектив для розповсюдження в широкій медичній практиці.

Більш ефективним і відносно безпечним методом для лікування ХБС в даної категорії хворих є тривала епідуральна анагезія (ТЕА) [2, 3]. Технологія забезпечує адекватне знечулення в сегментних границях больового вогнища шляхом введення розрахованих посегментно доз місцевого анестетика в епідуральний простір пацієнта.

Методики катетеризації ЕП на необхідному рівні дозволяють забезпечити адекватну анагезію на протязі тривалого часу (2 міс.). Недолатком вказаного аналогу є необхідність тривалої і повторної катетеризації і частого, до 4-6 раз на добу, введення в ЕП місцевого анестетика. Тривалість і частота катетеризації ЕП мають важливе значення для даної категорії хворих.

Головним чином, це те що вказані фактори обмежують можливості примінення ЕДА в терапії іноперабельних онкологічних хворих в амбулаторних і домашніх умовах.

Найближчим аналогом (прототипом) є метод хімічного невrolіза (алкоголізації) нервових стов-

(19) UA (11) 42925 (13) A

лів. Дані авторів [5, 6, 7] свідчать, що вищевказані технології дозволили досягнути тривалої і ефективної аналгезії в сегментно-локальній зоні, без додаткового введення анестетика і анальгетиків.

На аналізі клінічного матеріалу автори підтверджують високу аналгетичну активність епідурального і параневрального введення етанолу 96,7°C в дозі 1,0-1,5 мл на один спінальний сегмент.

Ряд авторів показують, що аналогічний і більш тривалий ефект можна досягти при субарахноїдальному введенні 0,5% розчину фенола на гліцерині. Хоча вказані технології мали обмежене застосування і не зіграли ролі в рішенні проблеми ХБС у іноперабельних онкохворих.

Задача, яка вирішується способом, що пропонується, полягає в побудові ефективної та безпечної технології епідурально хімічного невrolізу (ЕХН), примінено до знечулення іноперабельних онкохворих як в стаціонарних, так і в домашніх умовах.

Технічний результат, що досягається, примінений у 16 онкохворих з різною локалізацією пухлинного процесу з вираженим больовим синдромом. Ефект заключався в повному або значному зменшенні больового синдрому, що в багатьох випадках дозволило відмовитись від застосування наркотичних препаратів.

При необхідності додаткова аналгезія досягається застосуванням анальгіна і катопрофену в середньотерапевтичних дозах. Тривала катетеризація складала від трьох до п'яти діб. Стабільна аналгезія у 92% хворих продовжувалась від 52 до 82 діб.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі використовується пункція і катетеризація ЕП по загальноприйнятій методиці. Через 15 хв. після введення в ЕП тест-дозу місцевого анестетика (МА), при відсутності клініки спінального блоку вводилась його сегментарно прорархована доза 2 мл 0,25% бупівокаїна (2% лідокаїна) на 1 спінальний сегмент. Після розвинення класичних клінічних ознак епідурального блоку, через 45-60 хв в ЕП повільно, протягом 5-7 хв вводилась су-

міш для хімічного невrolізу-96* етанол - 1,5 мл на сегмент в сполуці з 1-2 мл - 0,5% феноло-гліцеринового розчину. Ін'єкції проводились 1-2 рази за добу до получения ефективного анальгетичного ефекту.

Клінічні приклади

1. Хворий Г. (історія хвороби № 945) з діагнозом: Рак шийки матки 4 стадія з метастазами в правий тазобедрений суглоб, в печінку. Локалізація болі в межах сегментів Th 11-L4. Нагляд за хворим здійснюється з 26.01.1996 по 18.08.1996. Проведено 2 курси епідурального невrolізу по 6 сеансів. Інтервал між процедурами 3,5 місяці. Рівень L1 Th 12 на 3 см. Тривалість ефекта аналгезії до 72 діб. 18.02.1996 смерть від основного захворювання.

2. Хворий І (історія хвороби № 342) з діагнозом: рак прямої кишки. Стан після операції Кеню. Ремидив. Колостома. Епіцістостома. Нагляд за хворим з 28.08.1996. Локалізація болі в сегментах L2S5. Катетеризація на рівні L3L4. Курс невrolізу продовжувався на протязі 3 діб. Нагляд 30 діб. Повне знечулення хронічного больового синдрому. Віддалених результатів немає в зв'язку з від'їздом хворого в Ізраїль.

Джерела інформації

1. Лиманский Ю.П. Физиология боли. — К., 1986.
2. Павлова З.В. Длительная перидуральная анестезия в онкологии. - М.: Медицина, 1976.
3. Павлова З.В. ef elc. Длительная перидуральная анестезия при болевом синдроме у онкологических больных.
4. Павлова З.П. ef elc. Обезболивание инкурабельных онкологических больных методом химической денервации // Хирургия. - 1971. - № 8. — С. 116-120.
5. Bonica J.J. Confinuons peridural block // "Anesfhesiology", 1956, p. 626-630.
6. Maher R.M. Relief of pain in incurable cancer // "Lancet", 1955, p. 18-20.
7. Maher R.M. Neuron selection in relief of pain: further experiences with intrathecal injections // "Lancet", 1957, p. 16-20.

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

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

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