

Винахід відноситься до медицини, а саме - анестезіології і може бути використаний для купіювання хронічного больового синдрому у онкологічних хворих.

Одним із способів лікування больового синдрому у пацієнтів з розповсюдженою формою онкологічного процесу, є епідуральне введення знеболюючих препаратів, нейролітичних засобів, завдяки котрим відбувається зменшення проведення імпульсів по чуттєвим нервовим волокнах, за рахунок розвитку в них дегенеративних змін.

Відомий спосіб [1], узятий нами за прототип, як співпадаючий у більшості ознак, відповідно до якого хворому надається горизонтальне, бокове, або фовлеровське положення для розповсюдження препарату в потрібному напрямку, після чого проводять пункцію і катетеризацію епідурального простору на рівні Th<sub>I</sub>-L<sub>III</sub> (в залежності від локалізації болю), вводять анестетики - лідокаїн 2%, анекаїн 0,5%; ненаркотичні аналгетики - трамадол; гормональні препарати - дексаметазон або наркотичні аналгетики - морфін 1%; нейролітики - спирт 96°, охолоджений гіпертонічний або ізотонічний розчин хлористого натрію.

Недоліки способу:

1. Епідуральний катетер виходить безпосередньо на шкіру в зоні проекції міжосного відростка і фіксується лейкопластирем, що визиває дискомфорт у хворого.

2. Знаходження лейкопластиру на протязі 3-4 діб, провокує розвиток мацерації шкіри, розвиток інфекції.

3. Дислокація і випадання катетера при рухах тулуба.

В основу винаходу поставлена задача підвищення ефективності лікування хронічного больового синдрому і зниження частоти ускладнень за рахунок підшкірної фіксації епідурального катетеру.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування хронічного больового синдрому, що включає пункцію і катетеризацію епідурального простору, згідно винаходу, катетер проводять під шкірою з послідовним виведенням його на шкіру живота або грудної клітки, за допомогою спиці Кіршнера.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворого укладають у положенні лежачи на боці (бажано хворою стороною вниз).

Шкіру спини обробляють тричі розчином спирту. Анестезія шкіри 1,0мл 2% лідокаїном.

На підставі болі, порушення чуттєвої або рухової сфери, проводять пункцію і катетеризацію епідурального простору.

Проводять катетер до крайньої риски, що гарантує його знаходження в епідуральному просторі на глибині 5-7см.

Вводять 5,0мл 2% лідокаїну для досягнення попереднього знеболювання і ідентифікації епідурального простору.

Безпосередньо у зоні пункції роблять горизонтальну насічку шкіри і підшкірної клітковини скальпелем на глибину до 1см.

Проводять спицю Кіршнера (на одному кінці мається вушко для фіксації катетера) під шкірою з наступним виведенням на шкіру живота або грудної клітки.

Підшивають бактеріальний фільтр на шкіру хворого.

Накладають асептичну пов'язку.

Приклад №1. Хвора П. Історія хвороби №13357, 1962р. народження. Поступила у відділення інтенсивного сестринського догляду 13.01.03р. Діагноз при надходженні: меланобластома шкіри лівого плеча, стан після комбінованого лікування, продовження захворювання, mts у легені, хронічний больовий синдром, дихальна недостатність ІІБ стадії.

Скарги на болісний біль в області живота, грудній клітці, задишку. У положенні сидячи зроблена пункція і катетеризація епідурального простору на рівні Th<sub>VI</sub>-Th<sub>VII</sub>. Після ідентифікації епідурального простору введено 4,0мл 2% лідокаїну.

Насічка шкіри скальпелем з послідовним проведенням модифікованої спиці Кіршнера підшкірно на відстані 30см на шкіру передньої стінки брюшної порожнини. Підключення бактеріального фільтра з фіксацією шовком до шкіри живота. Асептична пов'язка.

З метою знеболювання ведений трамадол 2,0мл, 4,0мл вода для ін'єкції, 4мг дексаметазон. Знеболюючий ефект протягом 14-16 годин. Через 3 доби пов'язка знята, заживлення первинним натягненням. Хвора продовжує одержувати знеболювання 2 рази на добу через 12 годин. Больовий синдром не турбує, задишка значно зменшилася.

Побічний реакцій і ускладнень немає.

Приклад №2. Хворий Б, 55 років. Історія хвороби №22355, поступив у відділення інтенсивного сестринського догляду 19.12.02р. Діагноз при надходженні: Са верхньої і нижньої губи ІІ стадія, хронічний больовий синдром протягом 5 місяців. Скарги на сильний біль в порожнині рота, верхньої і нижньої губи, язика. Хворий не розмовляє, приймає тільки рідку їжу через трубку.

У положенні сидячи проведена пункція і катетеризація епідурального простору на рівні Th<sub>II</sub>-Th<sub>III</sub>. Проведення спиці під шкірою на відстані 25см. з послідовною фіксацією на шкірі грудей. Асептична пов'язка. Після введення 2,0мл 2% лідокаїну, трамадолу 1,0мл, хворий вперше за 5 місяців зміг прийняти тверду їжу, не випробуючи біль, почав говорити. Через 5 діб виписаний додому у задовільному стані. Спостереження за пацієнтом на протязі місяця.

Реакцій і ускладнень немає.

Переваги:

1. Проведення катетера під шкірою дозволяє зняти асептичну пов'язку через 2-3 доби.

2. Заживлення первинним натягом без накладення швів.

3. Створення комфорту при введенні знеболюючих препаратів. "Вростання" катетера під шкірою робить його непомітним для навколишніх і не турбує хворого при русі.

4. Забезпечення відсутності міграції катетера.

5. Відсутність вхідних воріт для інфекції, мацерації шкіри, пролежнів.

6. Збільшення термінів експлуатації катетера до 7-8 місяців і більше на фоні корекції дози аналгетиків.

По заявленому способу проліковано 12 хворих з хронічним больовим синдромом. Реакцій і ускладнень не було.

Джерела інформації, прийняті до уваги:

1. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. З.В.Павлова, М.Е.Исакова - Медицина 1980, стр.53-57.