

В.І. Черній, В.Г. Бондар, В.П. Ісаєв, С.В. Кагадєєва

ПЕРСПЕКТИВИ ВІДКРИТТЯ ПЕРШОГО НА УКРАЇНІ ЦЕНТРА БОЛЮ НА БАЗІ ДОНЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО ЦЕНТРУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Реферат. Розглянута актуальна проблема сьогодення - лікування хронічного больового синдрому у онкологічних хворих. Наведений аналіз даних показує, що на Україні є своєчасним відкриття центра болу на базі Донецького обласного протираковинного центру. Сьогодні допомога здійснюється в стаціонарних, амбулаторних умовах, або забезпечується виїзд до хворого. Наведені показання для лікування хронічного больового синдрому, а також практичні рекомендації для проведення анальгетичних блокад в залежності від локалізації болі.

Ключові слова: центр болу, хронічний больовий синдром, хімічний нейролізис, продовжена епідуральна опіоїд-аналгезія

Лікування болу в онкологічних хворих становить одну з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Пошук оптимальних методів і препаратів для лікування хронічного больового синдрому (ХБС) є актуальною проблемою сьогодення.

Огляд літератури, присвячений цій проблемі, включає велике коло питань і свідчить про те, що хронічний біль супроводжує практично всі поширені форми злоякісних пухлин. 70-87% хворих з генералізацією пухлинного процесу відчують біль від помірного до сильного. Тривалий больовий вплив формує патологічні реакції в периферичній і центральній нервовій системі і супроводжується різким зростанням впливу психологічних факторів на механізми болу. Відчуття безнадійності, втрата соціальної і загальної активності, страх перед смертю підсилюють загальні страждання хворого, загострюють больові відчуття. Розвиваються глибока психічна депресія, відчуття безвихідності, безсоння, втрата апетиту й інтересу до навколишнього оточення і подій [1,2].

За відсутністю єдиної державної програми і належного бюджетного фінансування в нашій країні, лікуванням ХБС в інкурабельних онкологічних хворих займаються в основному районні онкологи і дільничні терапевти, які не мають спеціальної підготовки в цій сфері, тому лікування болу часто буває неефективним і супроводжується ускладненнями.

Значне поширення в анестезіології та інтенсивній терапії має регіонарна анестезія. Висока ефективність, економічність, безпека, відсутність толерантності і звикання до застосовуваних препаратів, доступність, є важливою перевагою регіонарної аналгезії у порівнянні з загальноприйнятими методами знеболювання. Аналіз і оцінка результатів лікування ХБС підтверджує ефективність цього методу і актуальність подальших досліджень у цьому напрямку [3].

Однак існуючі методи регіонарної анестезії мають ряд недоліків і супроводжуються ускладненнями: зниженням артеріального тиску, головним болем, нудотою, затримкою сечовиведення, алергічними реакціями.

Тому очевидна необхідність розробки нових і удосконалення існуючих методів регіонарної аналгезії для лікування ХБС [4, 7]. Рішення проблеми знеболювання онкологічних хворих певним чином вплинуло б і на закон про еутаназію.

Аналіз даних ВООЗ, присвячених проблемі раку, свідчить про щорічне зростання захворюваності. За період з 1986 по 1990 рр. кількість злоякісних новоутворень збільшилася з 6 до 7 млн., смертність зросла з 4 до 5 млн. чоловік. За прогнозом до 2020 року щороку будуть реєструватися 20 млн. нових захворювань на рак.

Смертність, пов'язана з онкологічними захворюваннями, складає 8-10% від усіх випадків смертей у світі. У 30-50% онкологічних хворих біль є основним симптомом, причому в інкурабельних пацієнтів цей показник збільшується до 90%.

Як вважають експерти ВООЗ, тенденція до росту захворюваності на рак зберігатиметься, причому, близько 90% онкологічних хворих будуть неоперабельними. У результаті для більшості онкологічних хворих протибольова терапія і сестринський догляд є єдиною реальною медичною допомогою.

Лікування ХБС в онкологічних хворих дотепер залишається важкою і невирішеною задачею. У нашій країні щорічно близько 40 тис. онкологічних хворих страждають від болу, проте реальну допомогу одержують лише 5%. Незважаючи на поліпшення допомоги онкологічним хворим, мільйони хворих на рак зазнають страждань, яких можна було б уникнути. Рівень онкологічної захворюваності на Україні характеризується поступовим зростанням. Число зареєстрованих хворих складає 304-308 на 100 тис. населення. У 2000 році зареєстровано 156,6 тис. первинних онкологічних хворих. Згідно з прогнозом до 2010 року їхня кількість зросте до 180-200 тис. чоловік.

У структурі захворюваності чоловіків головне місце займають рак легень, шлунка, шкіри, рак прямої і ободової кишки. У жінок - рак молочної залози, тіла і шийки матки, яєчників, бронхів і легень.

Високий рівень захворюваності відзначений у Києві, Севастополі, Донецькій, Полтавській, Дніпропетровській, Одеській областях. Рівень захворюваності різко збільшується з віком і досягає піка до 70-74 років [8]. Рівень смертності

склав у 1995 році 200,8 на 100 тис. населення. З них - 15% особи працездатного віку. У середньому кожен померлий від раку втрачає 18 років життя [5].

За визначенням ВООЗ в 1990 році, паліативна допомога (ПД) - це активна турбота про пацієнтів, захворювання яких не піддаються лікуванню, спрямована на задоволення фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб хворого [8]. Для цього необхідна тісна взаємодія медичних працівників із представниками соціальних, психологічних служб і церкви [9].

Міжнародний симпозиум у Гданську визначив причини низької ефективності лікування хронічного болю: відсутність фундаментальних досліджень з теорії болю; відсутність «спільної мови» між представниками теоретичних дисциплін, експериментаторами і практичними лікарями; відсутність професійних програм з навчання ефективних практичних навичок лікування болю.

Відкриття першого на Україні Центра Болю на базі ДОПЦ дозволить надавати висококваліфіковану медичну допомогу хворим з гострим або хронічним больовим синдромом у сполученні з активними методами детоксикації (плазмаферез, ультрафіолетове опромінення крові).

Центр Болю буде здійснювати в стаціонарних, амбулаторних умовах або при виїзді додому наступні задачі:

- 1) прийом хворих і призначення схем анальгетичної терапії,
- 2) проведення регіонарних анальгетичних блокад;
- 3) визначення показань до стаціонарного або амбулаторного лікування;
- 4) надання виїздної медичної допомоги нетранспортувальним хворим, лікувально-консультативні заходи, включаючи інвазивні методи (продовжена епідуральна аналгезія, пункція і катетеризація центральної або периферичної вени, призначення і корекція інфузійної терапії, експрес-лабораторна діагностика: ЕКГ, аналіз крові на цукор).

Для лікування ХБС існують наступні показання:

1. Больовий синдром онкологічних хворих з будь-якою локалізацією і ступенем вираженості.
2. Ампутаційний біль.
3. Рефлексогенна симпатична дистрофія - виснажливий больовий синдром у виді каузальгії.
4. Настирливий біль у спині після хірургічної корекції і деформації хребта.
5. Ішемічний біль, периферична васкулярна хвороба внаслідок вазоспазма або порушення мікроциркуляції: полірадикулоневрит, міжреберна невралгія, панкреатит, ниркова коліка, виразкова хвороба шлунка і 12-ти палої кишки, травма грудної клітки з одиничними і множинними пошкодженнями ребер.
6. Невропатичний больовий синдром: діабетична невропатія, постгерпетичний біль, симпатичний завзятий біль.
7. Генералізований больовий синдром: судомний синдром, судомна активність, церебральний параліч - розсіяний склероз, судинна дистонія.

Для лікування ХБС сьогодні застосовуються продовжена епідуральна аналгезія; епідуральний хімічний нейролізис (ЕХН), субарахноїдальний хімічний нейролізис (СХН), хімічний нейролізис плечевого сплетіння (ХНПС), кріоаналгезія стегнового або сідничного нерва тощо.

Існують показання і протипоказання для проведення регіонарних анальгетичних блокад

Показання для проведення ЕХН: виражений больовий синдром з пухлинними і метастатичними ураженнями в ділянці язика, шийі, грудної клітки, черевної порожнини. Відносні протипоказання: деформація і патологічні зміни хребців у місці передбачуваної пункції, захворювання центральної і периферичної нервової системи, артеріальна гіпотензія, гіповолемія, тяжка анемія. Абсолютні протипоказання: запальні і гнійничкові ураження шкіри в області епідуральної пункції, висока температура тіла, рефрактерний шок, септичний стан, коагулопатія, підвищений внутрішньочерепний тиск, алергічні реакції на місцеві анестетики або опіюди, відмова хворого від даного методу знеболювання.

Показання для проведення СХН: виражений больовий синдром з пухлинними і метастатичними ураженнями в ділянці таза, нижніх кінцівок. Відносні протипоказання: серцево-судинна недостатність, гіповолемія, септичний стан, кахексія, підвищена збудливість нервової системи, ішемічна хвороба серця. Абсолютні протипоказання: запальні процеси в області поперекового відділу хребта, гнійничкові захворювання шкіри спини, гіповолемія, анемія, психічні захворювання, алергічні реакції на місцеві анестетики, а також відмова хворого від даного методу знеболювання.

Показання для ХНПС: виражений больовий синдром з пухлинними і метастатичними ураженнями верхніх кінцівок. Відносні протипоказання - анатомічні особливості хворого (коротка шия), сутулість. Абсолютні протипоказання: запальні процеси в зоні проекції плечевого сплетіння (наслідки хіміо- та променевої терапії), алергічні реакції на місцеві анестетики, відмова хворого від даного методу знеболювання.

Блокада регіонарних нервів застосовується при наяві протипоказань для проведення епідуральної або субарахноїдальної аналгезії.

Для здійснення блокади треба дотримуватися наступних практичних рекомендацій:

1. При локалізації болю в ділянці язика, слинної залози, гортані, грудної клітки, живота застосовується епідуральний хімічний нейролізис у сполученні з продовженою епідуральною опіюд-аналгезією.

Для знеболювання проводиться пункція і катетеризація епідурального простору на рівні шийного (C_{III}-C_{IV}), верхньо-грудного (Th_I-Th_{VI}) або нижньо-грудного (Th_{VI}-Th_{XII}) відділу хребта, тунелювання епідурального катетера, після чого вводиться 2-6 мл 2% розчину лідокаїну або 2-6 мл 0,5% розчину анекаїну. Через 10-15 хв призначається 2-6 мл 96⁰ спирту із швидкістю 0,1 мл/хв. Катетер промивають 2 мл водою для ін'єкцій (для профілактики больового шоку).

З метою профілактики гемодинамічних порушень проводиться інфузійна терапія: 600-800 мл 0,9% розчину хлориду натрію, 200-300 мл 6% розчину рефортану. Процедура повторюється 2-3 рази з інтервалом 2-3 доби.

2. При локалізації болю в ділянці малого таза, промежини, нижніх кінцівок застосовується субарахноїдальний хімічний нейролізис у сполученні з наркотичними анальгетиками на рівні Th_{XII}-L_I (верхній) і L_{III}-L_{IV} (нижній) хребта. Протягом хвилини випускають 15-20 мл ліквору через верхню голку, вимірюючи його температуру (t). Після чого вводять 120-350 мл 0,9% розчину хлориду натрію за t=+3-+4°C із швидкістю 1мл/сек, поки температура витікаючої рідини не знизиться до t=+6-+10°C. З метою профілактики гемодинамічних порушень призначається інфузійна терапія: 800-1200 мл 0,9% розчину хлориду натрію, 300-500 мл 6% розчину рефортану. Процедура повторюється 2-3 рази з інтервалом 2-3 доби.

3. При локалізації болю в ділянці верхніх кінцівок застосовується хімічний нейролізис плечового сплетення у сполученні з наркотичними анальгетиками. З цією метою проводиться продовжена блокада плечового сплетіння за Куленкампом 10 мл 2% розчину лідокаїну або 10 мл 0,5% розчину анекаїну. Через 10 хвилин вводиться 10 мл 10% розчину хлориду натрію за t=+3°C із швидкістю 1 мл/сек. Процедура повторюється 2-3 рази з інтервалом 2-3 доби.

4. Методи контролю якості анальгезії: клінічні – візуально-аналогова шкала, шкала вербальних оцінок, шкала Карновського, шкала фізичної активності, показники серцево-судинної системи та дихання.

Ми вважаємо, що відкриття центрів болю на Україні дозволить більш ефективно знеболювати хворих з хронічним больовим синдромом.

V.I. Cherniy, V.G. Bondar, V.P. Isaev,
S.V. Kagadeeva

Prospects for opening of the First Ukrainian Pain Center on the basis of Donetsk Regional Anti-Tumor Center

There has been investigated one of the acute problems, namely treatment of chronic pain in cancer patients. The analysis of the data shows that it is high time to open a Pain Center in Ukraine on the basis of Donetsk Regional Anti-Tumor Center. Nowadays the aid is provided in inpatient and outpatient conditions or by house call. There have been determined indications for treatment, as well as

practical advice for analgesic blockades depending on location of the pain (University clinic. – 2013. – Vol.9, №1. – P. 123-125).

Keywords: Pain Center, chronic pain syndrome, chemical neurolysis, prolonged epidural opioid-anesthesia.

В.И. Черний, В.Г. Бондарь, В.П. Исаев,
С.В. Кагадеева

Перспективы открытия первого на Украине центра боли на базе Донецкого областного противоопухолевого центра

Рассмотрена актуальная проблема - лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных. Приведенный анализ данных показывает своевременность в Украине открытия центра боли на базе Донецкого областного противоопухолевого центра. Сегодня помощь осуществляется в стационарных, амбулаторных условиях или обеспечивается выезд к больному. Приведены показания для лечения, а также практические рекомендации для проведения анальгетических блокад в зависимости от локализации болевого синдрома (Университетська клініка. – 2013. – Т.9, №1. – С. 123-125).

Ключевые слова: центр боли, хронический болевой синдром, химический нейролизис, продленная эпидуральная опиоиданестезия.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю., Семікоз Н.Г. Паліативна медицина: організаційні і педагогічні аспекти / Медицина освіти. – 2003. - №2. – С. 56-59.
2. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю. Паліативна медична допомога. - Донецьк, 2003. – 98с.
3. Ганул В., Шишкіна В., Пономарьова О. та ін. Знеболююча терапія хворих на злоякісні новоутворення. – К.: Юніверс, Піраміда, 2003. – 92 с.
4. Думанский Ю.В., Черний В.И., Исаев В.П., Шкарбун Д.А. Лечение хронического болевого синдрома методами эпидуральной и субарахноидальной нейролитической блокады у больных с распространенными формами рака // XIII з'їзд ортопедів-травматологів України: збірник наукових праць з'їзду. – 2001. - С. 271-272.
5. Рак в Україні, 2000-2001. (Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) // Бюллетень національного канцер-реєстру України / Інститут онкології НАМН України.- К., 2002.- 73 с.
6. Регионарное обезболивание. – М.: «Триада»-Х, 2003. – 120 с.
7. Черний В.І., Исаев В.П. Лікування хронічного больового синдрому в онкологічних хворих методом хімічного нейролізису: метод. рекомендації. – Донецьк, 2003.-19 с.
8. Черний В.І., Исаев В.П. Лікування хронічного больового синдрому шляхом епідуральної та субарахноїдальної нейролітичної блокади // Український журнал експериментальної медицини імені Г.О. Можаяєва. – 2003. – №1. - С. 80-82.
9. New themes in palliative care. Edited by David Clark, Jo Hockley, Sam Ahmedzai / Open university press. Buckingham – Philadelphia, 1999. – 152p.
10. On death and Dying / Elisabeth Kubler– Ross. – London and New York, 1999. – 123p.

Надійшла до редакції: 15.07.2013