

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ПРОЛОНГИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В КУПИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ



■ **М.Н. Шакиров**, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, обладатель золотой медали Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС, Женева), академик Международной Академии медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (SME), д.м.н., профессор



■ **Х.О. Гафаров**, аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК, г. Душанбе

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией (зав. – проф. М.Н. Шакиров) Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров



■ **П.Ю. Столяренко**, к.м.н., доцент кафедры ЧЛХ и стоматологии Самарского государственного медицинского университета

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (зав. – проф. И.М. Байриков) Самарского государственного медицинского университета

Статья посвящена важной проблеме современной онкостоматологии – борьбе с хроническим болевым синдромом (ХБС) у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Приведены результаты исследования эффективности купирования ХБС у этой категории больных методом пролонгированной регионарной блокады (ПРБ) ветвей тройничного нерва и традиционным методом с применением наркотических анальгетиков. Показано преимущество метода ПРБ по адекватности и продолжительности анальгезии, меньшей частоте побочных эффектов. На 10-е сутки противоболевой терапии показатель интенсивности болевого синдрома при использовании блокады составил $12,0 \pm 0,8$ мм, и $17,1 \pm 3,9$ мм при использовании наркотических препаратов, продолжительность анальгетического действия – $5,9 \pm 0,3$ и $3,58 \pm 0,2$ ч, частота побочных эффектов – 16,6 и 33,3 % соответственно.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективное лечение хронической боли онкологического генеза, особенно в запущенных стадиях заболевания, является важной, и в то же время трудновыполнимой задачей. Причинами тому являются организационные проблемы, проблема доступности наркотических анальгетиков, нежелание больных принимать обезболивающие препараты, несоблюдение принципа многоуровневого лечения боли, трудность оценки боли, а также отсутствие у медицинских работников навыков по купированию болевого синдрома у онкологических больных. В конечном итоге около 70 % онкологических больных страдают от боли различной степени интенсивности [1, 9].

В отличие от острой боли, которая имеет адаптивное значение и направлена на мобилизацию защитных сил организма, хроническая

боль приводит к гиперактивации симпатической нервной системы, следствием чего являются адинамия, гиповентиляция лёгких, пневмония, дыхательная недостаточность, парез кишечника, транслокация кишечной микрофлоры, гиперкоагуляция, тромбоэмболия, вторичная иммунологическая недостаточность [1, 4, 7]. Особое значение данный аспект приобретает у онкологических больных в запущенных стадиях заболевания, у которых причина боли неустранима, она продолжается в течение длительного периода времени и приобретает статус самостоятельной болезни. Хроническая боль снижает физическую активность, вызывает психоэмоциональные расстройства и приводит к социальной дезадаптации. Поэтому эффективная противоболевая терапия у этой категории больных приобретает

исключительно важное значение и должна рассматриваться как основополагающий компонент паллиативной помощи, направленной на улучшение качества их жизни.

Согласно трёхступенчатой системной фармакотерапии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в запущенных стадиях онкологического процесса, когда боль достигает высокую степень интенсивности, главная роль в её терапии отводится сильнотерапевтическим наркотическим анальгетикам [2, 3, 9]. В то же время, использование этих препаратов сопровождается чередой нежелательных побочных эффектов, что вынуждает больных ограничивать их приём, продолжая при этом испытывать мучительную боль. Кроме того регулярный приём наркотических препаратов в течение длительного промежутка времени приводит к постепенно-

му снижению их эффективности и сокращению времени действия [2, 3]. По данным литературы, несмотря на проводимую терапию сильнодействующими анальгетиками 25-65 % больных с прогрессирующим раком продолжают испытывать боль различной степени интенсивности [1, 9].

При сильной и нестерпимой боли у онкостоматологических больных, когда системная фармакотерапия наркотическими анальгетиками оказывается недостаточно эффективной, с успехом может применяться метод пролонгированной регионарной блокады (ПРБ) второй и третьей ветвей тройничного нерва. Метод заключается во фракционном введении болюсных доз или постоянной инфузии местного анестетика через тонкий катетер, подведённый к месту выхода ветвей тройничного нерва из полости черепа – к овальному отверстию и к крыловидно-нёбной ямке [6]. Метод ПРБ имеет следующие преимущества: простота выполнения, доступность оснащения; малая травматичность – возможность выполнения минимальным количеством уколов, что особенно важно у пациентов пожилого возраста; достижение адекватного обезболивания в обширной зоне малым количеством анестезирующего средства, что уменьшает число нежелательных побочных эффектов; такой вариант анестезии показан пациентам с развившейся толерантностью к наркотическим препаратам; сохраняется сознание и активность больных, что является важным элементом профилактики бронхолегочных осложнений; экономический эффект обусловлен меньшими затратами на медикаменты и отсутствием необходимости в интенсивном наблюдении за больным с привлечением дополнительного персонала [7, 8].

Достоинства метода ПРБ явились побудительным мотивом для оценки эффективности его применения в паллиативной помощи онкостоматологическим больным.

Цель исследования: изучить и сравнить эффективность метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва и наркотических анальгетиков в купировании хронического болевого синдрома у онкостоматологических больных.

Таблица 1. Распределение больных, включённых в исследование, по характеру основного заболевания

Характер основного заболевания	Основная группа (n=48)	Группа контроля (n=60)
Рак губы	4	1
Рак кожи лица	-	1
Рак языка	18	15
Рак слизистой оболочки дна полости рта	2	3
Рак слизистой оболочки щеки	-	3
Рак слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти	6	9
Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти	4	3
Рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи	10	15
Рак слизистой оболочки ротоглотки (носоглотки)	-	10
Саркомы челюстей	4	-

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Оценка эффективности противоболевой терапии проведена у 108 больных (53 мужчин, 55 женщин) в возрасте от 33 до 89 лет (средний возраст – 61,8 год) с запущенными стадиями (T₃N₀-₂M₀, T₄N₂₋₃M₀₋₁) злокачественных новообразований челюстно-лицевой области (ЗН ЧЛО). Паллиативная помощь исследуемым оказывалась в отделении общей онкологии Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения Республики Таджикистан г. Душанбе (ГУ РОНЦ МЗ РТ), в Согдийском областном онкологическом Центре г. Худжанда (СООЦ), в Центре взрослой челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского Центра Республики Таджикистан г. Душанбе (ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ) и в отделении челюстно-лицевой хирургии Согдийской областной клинической больницы г. Худжанда (ЧЛХ СОКБ), в период с 2005 по 2013 гг.

По способу купирования болевого синдрома больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии: основную группу – 48 больных и группу контроля – 60 больных. Распределение больных по характеру основного заболевания представлено в табл. 1.

В основной группе болевой синдром купировался методом ПРБ второй и третьей ветвей тройничного нерва (патент РТ №ТJ 441) [5], этапы которого состоялись из внеротовой регионарной анестезии по Вайсблату, проведения через инъекционную иглу лески-проводника до упора; удаления иглы; введения катетера и его фиксации. Для обезболивания манипуляции установки катетера и блокады нервного ствола использовали 1-2 % раствор лидокаина, а также анестетики четвертого и пятого поколения с минимальным содержанием вазоконстриктора (1:200 000) или без него (4 % артикаин, 3 % мепивакаин). В группе контроля болевые приступы купировали наркотическими анальгетиками. Использовали традиционные анальгетические средства (трамадол, промедол, фентанил, морфин).

Оценивали интенсивность хронического болевого синдрома (ХБС) и адекватность проводимого обезболивания с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), интервал между введением анальгетика, а также частоту возникновения нежелательных побочных эффектов. Исследование проводили в четырёх контрольных точках: в день проведения манипуляций по обезболиванию – до и после 30 мин, на 3-и и 10-е сутки от начала лечения. Статистический анализ результатов проводился с применением t-критерия Стьюдента.

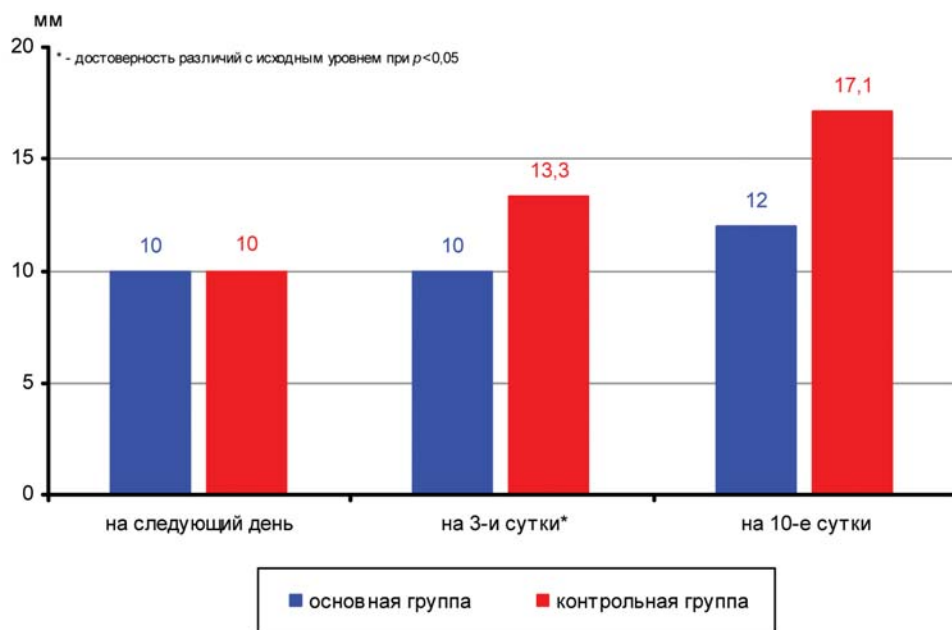


Рис. 1. Нивелирование болевого синдрома в динамике противоболевой терапии различными методами

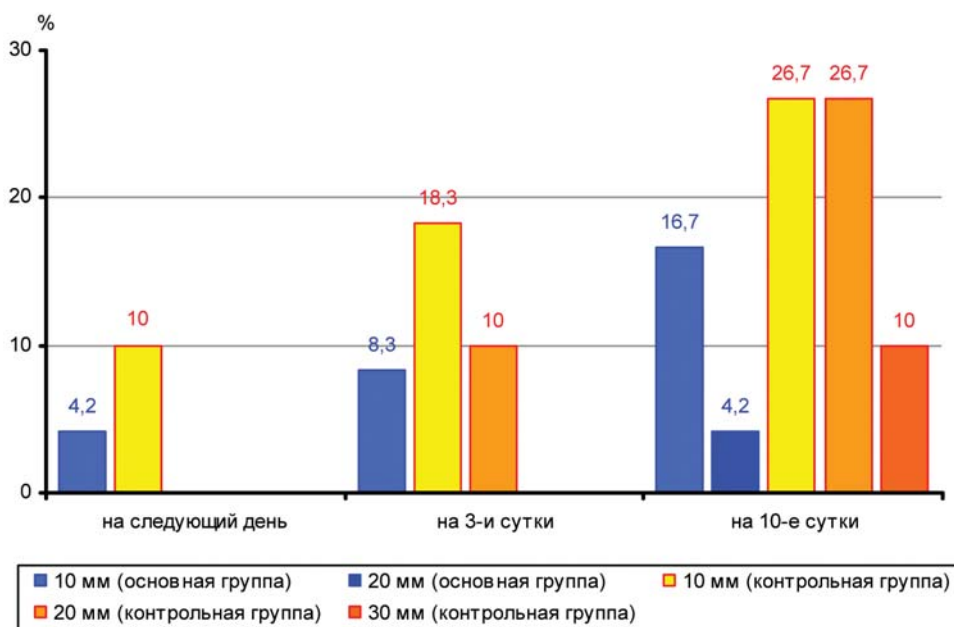


Рис. 2. Детализация нивелирования болевого синдрома в динамике противоболевой терапии различными методами

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка интенсивности ХБС и адекватности проводимой противоболевой терапии у больных с запущенными стадиями ЗН ЧЛО по ВАШ выявила следующие особенности: на момент установки катетера или введения анальгетика интенсивность боли по

группам несколько различалась, и в среднем составляла 82,1±6,9 мм в основной и 80,9±8,7 мм в контрольной. Через 30 мин после проведения лечебного обезболивания динамика нивелирования болевого синдрома в обеих группах не отличалась, показатели ВАШ составляли 10,0±0,0 мм. При этом у 4,2 % (2 пациента)

больных основной группы и у 10 % (6 больных) – контрольной болевой синдром сохранялся в 10 мм по ВАШ. При сравнении адекватности обезболивания на 3-и сутки противоболевой терапии отмечалось достоверное отличие показателей интенсивности болевого синдрома: 10,0±0,0 мм – основная группа, 13,3±1,7 мм – группа контроля (p<0,01). Различие показателей на этот период было обусловлено возрастанием доли больных, оценивающих сохранившуюся боль в 10 мм по группам до 8,3 % (4 больных) и 18,3 % (11 больных) соответственно, а также оценкой 10 % (6 пациентов) больных контрольной группы сохранившейся боли в 20 мм. На 10-е сутки средний показатель интенсивности болевого синдрома по группам составил: 12,0±0,8 мм – основная, 17,1±3,9 мм – контрольная (рис. 1). При детальном анализе оказалось, что в основной группе у 16,7 % (8 пациентов) больных болевые ощущения сохранялись в 10 мм, у 4,2 % (2 больных) – в 20 мм, а в группе контроля у 26,7 % (16 больных) – в 10 мм, у 26,7 % (16 больных) – в 20 мм, и у 10 % (6 пациентов) больных – в 30 мм (рис. 2).

В процессе противоболевой терапии было отмечено, что анальгетическое действие ПРБ возрастает от блокады к блокаде, а действие наркотических препаратов постепенно сокращается (рис. 3). Так, на первые сутки после введения местного анестетика через катетер продолжительность анальгетического действия составила 5,07±0,3 ч (от 4 до 7 ч), а средняя продолжительность действия наркотических препаратов составила 4,89±0,6 ч (от 3,5 до 6,5 ч) – p<0,05. На 3-и сутки от начала противоболевой терапии продолжительность анальгетического эффекта ПРБ увеличилась и достигла 5,43±0,3 ч (от 4,5 до 7 ч), а эффект наркотических препаратов наоборот сократился и составил 4,36±0,5 ч (от 3 до 6 ч) – p<0,01. Аналогичная тенденция наблюдалась и на 10-е сутки противоболевой терапии: анальгетический эффект ПРБ был ещё более продолжительным – 5,9±0,3 ч (от 4,5 до 7,5 ч), а эффект наркотических препаратов был более кратковременным 3,58±0,2 ч (от 2,5 до 4 ч) – p<0,01.

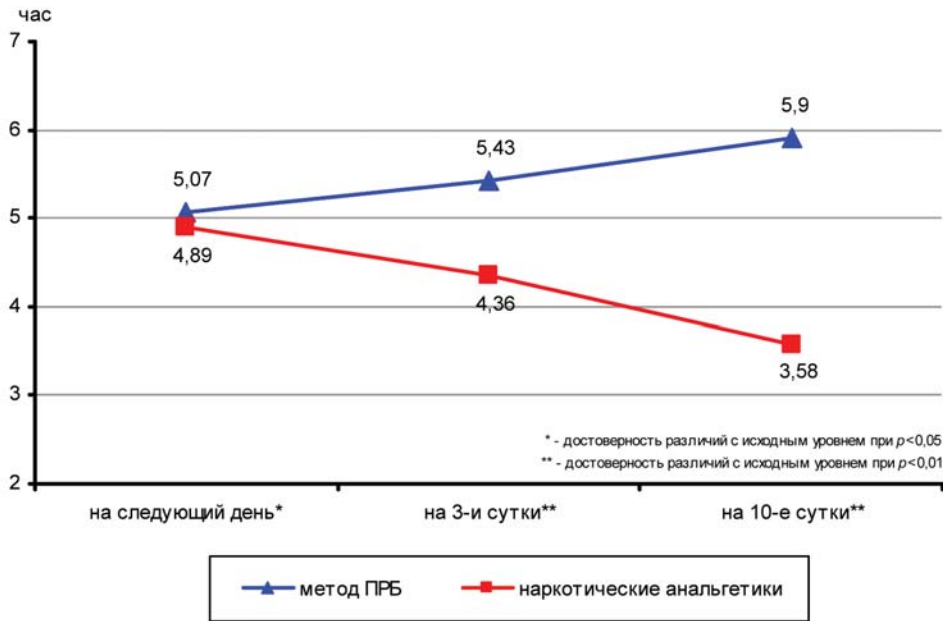


Рис. 3. Продолжительность анальгетического эффекта ПРБ и наркотических препаратов в динамике противоболевой терапии

При исследовании частоты нежелательных побочных эффектов у 8 (16,6 %) больных основной группы были отмечены осложнения, 4 (8,3 %) из которых правильнее отнести к неудачам манипуляции установки катетера, в том числе выпадение катетера во время сна, перегиб катетера, нарушение его проходимости и ретроградное вытекание анестетика, что потребовало повторной установки катетера у 2 больных. Лишь у 4 (8,3 %) больных первые 2-3 суток была отмечена реакция на местный анестетик в виде потливости, беспокойства и тахикардии.

Изучение частоты возникновения нежелательных побочных эффектов в контрольной группе показало, что частота их возникновения нарастает по мере длительности использования наркотических анальгетиков. Если на первые сутки противоболевой терапии число больных, у которых отмечались побочные эффекты, составило 10 (16,6 %), то на 3-и сутки – увеличилось до 18 (30 %), при этом, у 8 (13,3 %) из них отмечались одновременно 2 вида побочных эффекта. К 10-м суткам 20 (33,3 %) больных отмечали негативное влияние

используемых анальгетиков на их состояние, в том числе 16 (26,6 %) – одновременно 2-3 вида побочных действия. В начале противоболевой терапии чаще всего отмечались тошнота и рвота – 58,3 % из всех видов побочных эффектов, а в конце у больных чаще отмечали угнетение дыхания – в 31,5 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало эффективность и перспективность метода ПРБ ветвей тройничного нерва в купировании ХБС у больных с запущенными стадиями ЗН ЧЛО. Применение метода в качестве паллиативной противоболевой терапии обеспечивает адекватное купирование ХБС при отсутствии каких-либо выраженных побочных эффектов. Анальгетический эффект превосходит действие наркотических препаратов, поэтому ПРБ можно считать методом выбора. Эффективное купирование болевого синдрома у больных с запущенными стадиями злокачественной опухоли, является основной предпосылкой повышения уровня качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение хронической боли онкологического генеза: учебное пособие / под ред. Г.А. Новикова, Н.А. Осиповой. М.: Изд-во ООД «Медицина за качество жизни», 2005. 84 с.

2. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицины Онкологии (ESMO) / пер. с англ.; под ред. С. А. Тюляндина, Н. И. Переводчиковой, Д. А. Носова. М.: Издательская группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010. С. 279-282.

3. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена Минздравсоцразвития России», 2010. 67 с.

4. Пасечников С.П., Никитин О.Д., Малолетний Л.Н. Сравнительная оценка эффективности послеоперационного обезболивания морфином и акупаном в урологической практике // Медицина неотложных состояний. 2013. №1(48). С. 72-76. (в журнале)

5. Способ обезболивания у онкостоматологических больных: патент №ТJ 441 Республика Таджикистан. №1100575; заявл. 28.03.2011; опубл. 04.08.2011, Бюл. №5 (II ч.). 3 с.

6. Столяренко П.Ю. Проводниковое обезболивание и продленные проводниковые блокады в челюстно-лицевой хирургии: метод. рекомендации для субординаторов-стоматологов / под ред. И.М. Федяева. Куйбышев: КМИ, 1987. 20 с.

7. Столяренко П.Ю., Федяев И.М. Продленная проводниковая блокада ветвей тройничного нерва для обезболивания в послеоперационном периоде // Стоматология. 2008. №5. С. 56-60. (в журнале)

8. Столяренко П.Ю. 25-летний опыт применения метода пролонгированной регионарной блокады при операциях в челюстно-лицевой области // Стоматолог-практик. 2012. №2. С. 40-42. (в журнале)

9. Cancer pain relief and palliative care. Report of a World Expert Committee. 3rd ed. Geneva: WHO, 1996. 70 p.