

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

от 27 октября 2009 года

Председатель: член-корреспондент РАМН Коков Л.С.

НЕЙРОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ОНКОЛОГИИ

**Б.И. Долгушин, В.Ю. Косырев, М.Е. Исакова,
И.Е. Тюрин, Г.В. Молчанов**

*РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
(отделение рентгенохирургических методов
диагностики и лечения)
Москва*

Большинство онкологических заболеваний на определенном этапе развития опухолевого процесса сопровождаются в той или иной степени выраженным болевым синдромом, в связи с чем рассматриваемая проблема весьма актуальна. Так, уже на ранних стадиях рака поджелудочной железы (ПЖ) болевой синдром наблюдается у 30–60% больных, а при распространенном опухолевом поражении – у более чем 80% пациентов. Кроме того, даже после резекции ПЖ свыше 60% пациентов отмечают наличие боли от умеренной до интенсивной в разные сроки после операции. В 1986 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала рекомендации по лечению боли у онкологических пациентов, которые предусматривают трехступенчатый подход.

К 1-й ступени относится боль слабой интенсивности, при которой следует применять ненаркотические анальгетики, а также подбираемые индивидуально вспомогательные средства, способные повысить эффективность анальгезии. При умеренной боли и неэффективности анальгетических средств 1-й ступени выступает «малый» опиоид – кодеин в сочетании с адьювантами. При выраженной боли, относящейся к 3-й ступени, показан переход на сильный опиоидный анальгетик – морфин, который также сочетают по показаниям с адьювантными средствами.

Как правило, это оправданный адекватный подход к лечению. Однако многократный прием сильных опиоидных анальгетиков суще-

ственно снижает качество жизни больных. Есть ли иные средства подавления (уменьшения интенсивности) боли у онкологических больных? Боль – это интеграция ноцицептивных сигналов, которые генерируются в ответ на стимуляцию ноцицепторов медиаторами воспаления, что приводит к увеличению проницаемости катионных каналов для ионов Na⁺, Ca²⁺ и K⁺, и как следствие – усиление ноцицептивного афферентного потока. Знание механизма формирования боли позволяет сформулировать основные принципы этиопатогенетической терапии хронической боли у онкологических больных. К ним относятся (по М.Л. Кукушкину, 2007 г.)

- подавление синтеза и выделения медиаторов воспаления в поврежденных тканях;
- активация антиноцицептивной системы;
- устранение болезненного мышечного напряжения;
- нормализация психологического состояния пациента;
- ограничение ноцицептивной афферентной импульсации из зоны повреждения в ЦНС. Первые 4 позиции успешно корректируются фармакологически. Возможности же подавления/ограничения потока нервных импульсов от опухоли и пораженных тканей в центральную нервную систему сегодня расширены за счет все более активного внедрения в онкологическую практику методики нейролизиса. При выраженном болевом синдроме, обусловленном опухолевым поражением ПЖ либо других органов с вовлечением в процесс забрюшинных лимфатических узлов и требующем

многократного введения наркотических анальгетиков, применяется нейролизис чревных ганглиев.

Главная задача рентгенохирурга, выполняющего нейролизис, – точно попасть в ту часть нервной ткани, которая служит проводником патологических нервных импульсов. Это интервенционная радиологическая технология использует две составляющие – хирургическую (непосредственное введение игл) и рентгенологическую, так как это вмешательство выполняется под контролем одного из видов лучевого наведения (ультразвук, прямая рентгеноскопия или цифровая компьютерная томография). Эта методика выполнима как во время лапаротомии, так и в ходе эндосонографического исследования. Существенное достоинство данной технологии – возможность ее применения чрескожным доступом под местной анестезией.

Для проведения нейролизиса необходимо подготовить растворы для местной анестезии (1%-ный лидокаина), блокады чревного сплетения (0,5%-ный нарпина) и собственно нейролитик (96%-ный раствор этилового спирта). Также понадобятся две иглы длиной 15–20 см и диаметром 22 G с мандренами (так называемая «игла чибо»).

Пациенту выполняют компьютерно-томографическое (КТ) исследование, определяют область чревного сплетения и отмечают необходимый уровень для его блокады. После обработки кожи антисептическим раствором производится местная анестезия в области планируемых вколов. Под контролем КТ-флюороскопии паравертебрально вводят две иглы справа и слева от позвоночного столба. Их кончики максимально приближают к чревному сплетению. По этим иглам медленно, также под контролем КТ-флюороскопии, вводят анестетик для блокады чревного сплетения. В его раствор предварительно добавляют 1–1,5 мл контрастного препарата, который позволяет визуализировать инфильтрируемую область. Через 5–10 минут начинают вводить раствор этилового спирта со скоростью не более 2 мл в минуту. Затем иглы извлекают и места вколов заклеивают стерильными салфетками.

Быстрый обезболивающий эффект наступает буквально через несколько минут благодаря действию анестетика на чревные ганглии. В дальнейшем происходит их постепенный

лизис, за счет чего обезболивающий эффект усиливается и сохраняется длительное время. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН чрескожный нейролизис чревных ганглиев (задним доступом) выполнен 17 больным 21–59 лет (средний возраст – 51 год). Из них 14 мужчин и 3 женщины. Интенсивность боли оценивалась по шкале VAS.

У 13 больных диагностирован рак ПЖ, у 2 обследованных – рак желудка и у 2 пациентов – карциноид ПЖ и рак ободочной кишки с метастазами в печень и забрюшинные л/у. Период наблюдения – от 3 до 29 недель (средний – 2 месяца).

Общая эффективность – 94,1%, что подразумевает снижение в той или иной степени интенсивности боли через неделю после воздействия. Полное отсутствие эффекта наблюдалось у одного больного с карциноидом ПЖ (даже после 2-го сеанса). Из 17 больных у 12 (70,6%) пациентов обезболивающий эффект в различной степени сохранялся в течение 8 недель. Частота осложнений – 0%. Несмотря на небольшое количество клинических наблюдений (17), можно сделать вывод о безопасности и эффективности метода чрескожного нейролизиса чревных ганглиев как способа снижения интенсивности/подавления боли у онкологических больных.

Вопрос: Были использованы опросники для анализа качества жизни пациентов?

Ответ: Да, но эта оценка – более широкое понятие, и она не входила в задачи нашего исследования. Интенсивность боли мы оценивали по визуальной аналоговой шкале (VAS).

Вопрос: Обязательно ли попадание спирта в ганглии?

Ответ: К этому надо стремиться, но даже у тех больных, у кого, как мы считали, спирт мог не достичь чревных ганглиев, наблюдался хороший (хотя и менее продолжительный) обезболивающий эффект.

Вопрос: Какова распространенность данной методики в клинике?

Ответ: Методика довольно широко применяется в хирургических отделениях РОНЦ в ходе лапаротомии чрескожно передним доступом и при эндосонографии. В нашем отделении мы используем задний чрескожный доступ под контролем КТ-флюороскопии. 17 больных – это опыт только нашего отделения. ■