2. BURR HOLE МИКРОХИРУРГИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Д.И. Пицхелаури

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Заседание 174 от 17.11.16

1. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

О.И. Ильинский

Beacon Pain Clinic, Dublin.

2. ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА-АЛГОЛОГА НА ПРОБЛЕМУ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Э.Д. Исагулян

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

Диагностика и лечение хронических фармакорезистентных болевых синдромов представляет сложную задачу для клинициста, несмотря на широкий арсенал диагностических и лечебных методов. За последнюю декаду «золотым стандартом» в лечении такой стойких болевых синдромов становятся методы нейростимуляции, которые требуют не только знаний и умений нейрохирурга, но также большой диагностической работы на дооперационном этапе для выявления пациентов. Необходима тщательная оценка психологического статуса и соматического состояния пациента для предотвращения возможных осложнений. Пациент должен иметь определенный уровень образования, который позволит ему использовать нейростимулятор в повседневной жизни. Самым важным критерием отбора для методов хронической нейростимуляции остается критерий выраженности психологического фактора — психогенная составляющая болевого синдрома. Чем меньше выражен этот фактор, тем лучше эффект и лучше контроль

над болевым синдромом. Критериями эффективности нейростимуляции являются достижение стабильного клинического эффекта с уменьшением интенсивности болевого синдрома не менее чем на 50%. Значительным преимуществом нейростимуляции является возможность оценки эффективности контроля над болью уже в тестовом периоде до окончательной имплантации системы. Высокая ее эффективность позволяет контролировать боль даже у инкурабельных пациентов, в то же время для стабильного клинического эффекта необходимо раннее начало лечения. Длительный «период задержки» с применением безуспешной консервативной терапии приводит к уменьшению эффективности метода. Хроническая нейростимуляция — безопасный и эффективный метод, позволяющий пациентам контролировать болевой синдром и существенно улучшить качество жизни при условии своевременного его применения и соблюдения принципов мультидисциплинарности и преемственности.

3. ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА. «ПСИХОГЕННАЯ БОЛЬ — САМЫЙ ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ С БОЛЬЮ!»

А.В. Андрющенко

Кафедра психиатрии I МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

4. ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ МЕЖДУ НЕВРОЛОГОМ И НЕЙРОХИРУРГОМ

А.В. Алексеев

УКБ N3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

5. ИНТРАТЕКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ (ОБЗОР МЕТОДИКИ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

А.М. Зайцев, Г.Р. Абузарова, О.Н. Курсанова, Е.А. Потапова

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Цель исследования. Болевые синдромы в онкологической клинике сопровождаются болью с опухолью на всех этапах развития и лечения болезни. Так, на начальном этапе опухолевого процесса боль беспокоит около 50% пациентов, при прогрессировании — 75%, а в терминальной стадии 90% пациентов считают боль основным симптомом заболевания. Развитие методов противоопухолевого лечения позволяет контролировать основное заболевание, в то время как пролонгированный, безопасный метод контроля хронического болевого синдрома (ХБС) отсутствует.

Целью работы стала разработка методов лечения тяжелого ХБС путем интратекального пролонгированного введения лекарственных препаратов.

Материалы и методы. В институте в период с 2013 по 2016 гг. Применяли различные методы интратекальной терапии ХБС. Пациентам с хорошим прогнозом жизни и перспективой активизации выполняли имплантацию программируемой морфиновой помпы. Установку помпы Synchroned II (Medtronic) производили под общей анестезией. Катетер проводили в субарахноидальном пространстве в позвоночном канале для введения морфина в ЦСЖ, а затем подкожно имплантировали помпу. Помпу программировали для подбора индивидуальной суточной дозы. В нашем институте помпы были имплантированы 93 больным в возрасте от 21 до 81 года. К показаниям для имплантации программируемой помпы мы относили наличие ХБС, при котором требовалась терапия опиоидными анальгетиками в суточной дозе, эквивалентной 30 мг морфина внутримышечно, при статусе по шкале Карновского 40–100%, с интенсивностью боли от 60 до 100% по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), с ожидаемой продолжительностью жизни по шкале TEACH более 3 мес. После имплантации помпы у всех пациентов интенсивность боли значительно уменьшилась (средние значения ВАШ до начала лечения 94,6%, на фоне терапии 73,6%, после имплантации 7%, p -value = 0,000301). Доза базовой терапии варьировала от 200 до 9000 мкг/сутки.

При неблагоприятном прогнозе жизни (менее 3 мес) интратекальную терапию морфином осуществляли путем субдуральной установки катетера, выведенного через контрапертуру и соединенного с внешней программируемой помпой. Использовали катетеры Спинокат® (Bbraun) 24 и 22 G, морфин по которым подавали внешней программируемой помпой Rythmic Plus (Micrel). Внешнюю помпу программируют для подбора индивидуальной суточной дозы. В данном случае также имеется возможность контролируемой пациентом анальгезии путем введения болюсных доз нажатием кнопки пульта помпы. Внешние помпы были установлены 26 больным в возрасте от 41 до 70 лет. Все пациенты страдали прогрессирующим, не контролируемым противоопухолевой терапией онкологическим

заболеванием с прогнозом жизни менее 3 мес.

При длительном стойком воспроизводимом ответе на болюсное интратекальное введение опиоида у больных с неблагоприятным прогнозом жизни выполняли имплантацию порта. Выполняют установку субарахноидально катетера длиной 27–32 см, который присоединяют к имплантированному порту Celsite® Access (Bbraun). В порт затем вводят иглу Губера, через которую болюсно вводят раствор морфина гидрохлорида 1–2 раза в сутки. Порты были установлены 30 больным.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с имплантированными помпами все пациенты полностью прекратили прием наркотических анальгетических препаратов. В группе больных с внешними помпами 5 пациентов продолжили прием наркотических анальгетиков (2 — в связи с недостаточным эффектом обезболивания, 3 пациента страдали от болей в области шеи и плечевого пояса, по поводу чего продолжили прием опиоидов, снизив их дозу в 3 раза). В группе больных с имплантированными портами 20% больных продолжили прием опиоидных анальгетиков системно. Осложнений, связанных с введением морфина в ЦСЖ, или с внешней помпой и катетером в данной группе больных мы не наблюдали. Медиана продолжительности жизни с внешними помпами и портами составила $3,4 \pm 2,1$ мес. Отмечено расширение физической активности пациентов, улучшение психологического состояния. В группе больных с имплантированными помпами медиана наблюдения составила $10,6 \pm 8,4$ мес. У 1 больного после имплантации помпы развился отечный синдром, что потребовало удаления помпы. У 2 больных отмечали дисфункцию катетера, в связи с чем была произведена его ревизия.

Выводы. Метод пролонгированной интратекальной опиоидной терапии высокоэффективен в отношении тяжелого ХБС и позволяет существенно улучшить качество жизни больных. При прогнозе жизни более 3 мес оправдано использование изолированных от внешней среды имплантированных помп. У данной группы пациентов методика позволяет отказаться от системного приема опиоидных анальгетиков. Однако возрастают риски дисфункции системы или появления отдаленных побочных реакций на морфин. Применение метода ограничивается высокой стоимостью системы и необходимостью выполнения оперативного вмешательства под общей анестезией. При ожидаемой продолжительности жизни менее 3 мес имплантация катетера для введения микродоз морфина программируемой внешней помпой позволяет повысить качество жизни, улучшив качество обезболивания. Данная группа больных толерантна к высоким дозам опиоидов, что снижает риски ранних и отсроченных побочных эффектов морфина. Простота и низкая стоимость методики позволяет реализовать её в условиях хосписа или онкологического диспансера.