



ГАУЗ НО НИИКО «НОКОД»

ГАУЗ НО НИИКО «Нижегородский областной
клинический онкологический диспансер»

Нейролизис в лечении болевого синдрома при опухолях поджелудочной железы

Кряжов Владимир Алексеевич

Зав. эндоскопическим отд. Смирнова Раисат Саидовна

Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения Нижегородской области

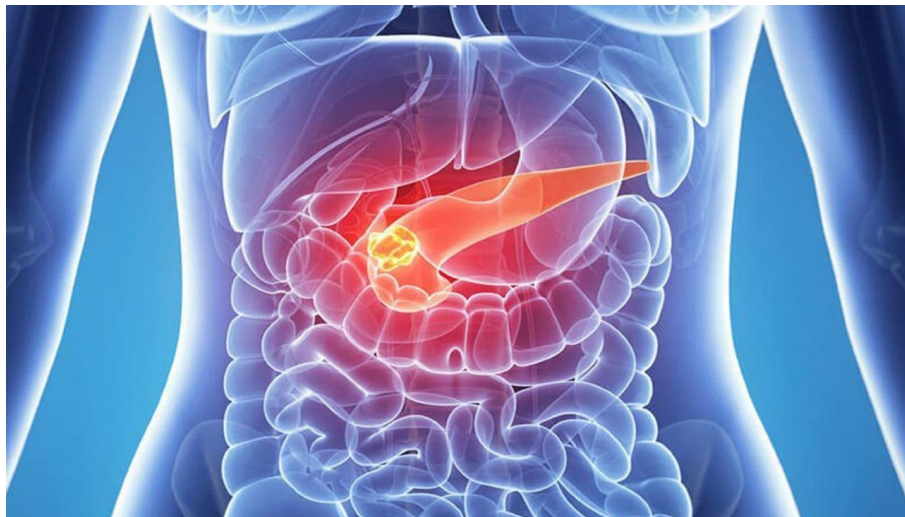
Научно Исследовательский Институт Клинической Онкологии

«Нижегородский Областной Клинический

Онкологический Диспансер»

г. Нижний Новгород

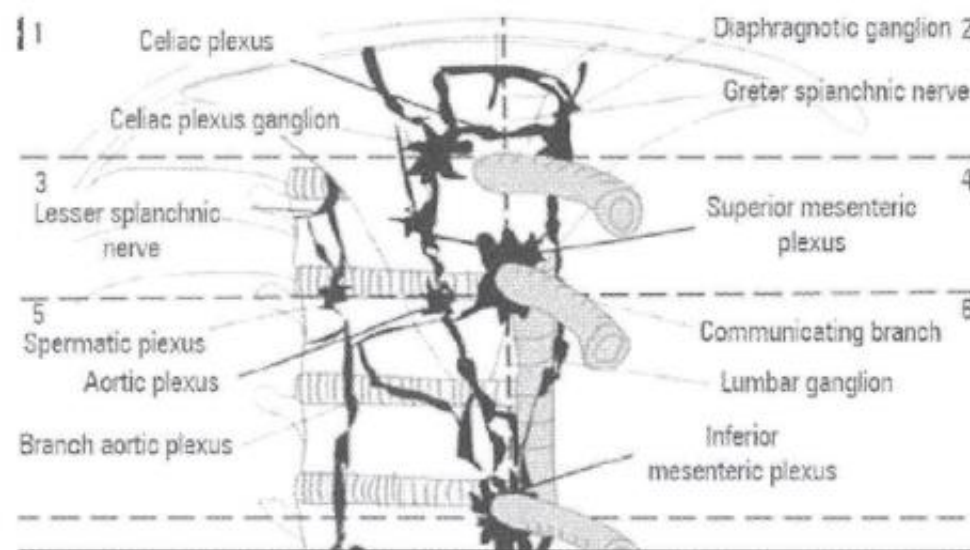
Болевой синдром при раке поджелудочной железы



Более 60 % пациентов испытывают мучительное, постоянное ощущение боли, которая нарушает качество сна, приводит к невозможности полноценно питаться и значительно снижает качество жизни. Одной из основных задач помощи больным раком поджелудочной железы является устранение хронического болевого синдрома.

В связи с длительным бессимптомным течением диагностика PIDK затруднена. Клинические проявления рака не всегда специфичны и не отражают стадии заболевания. При локализации рака в головке ПЖ основным клиническим симптомом заболевания является механическая желтуха.

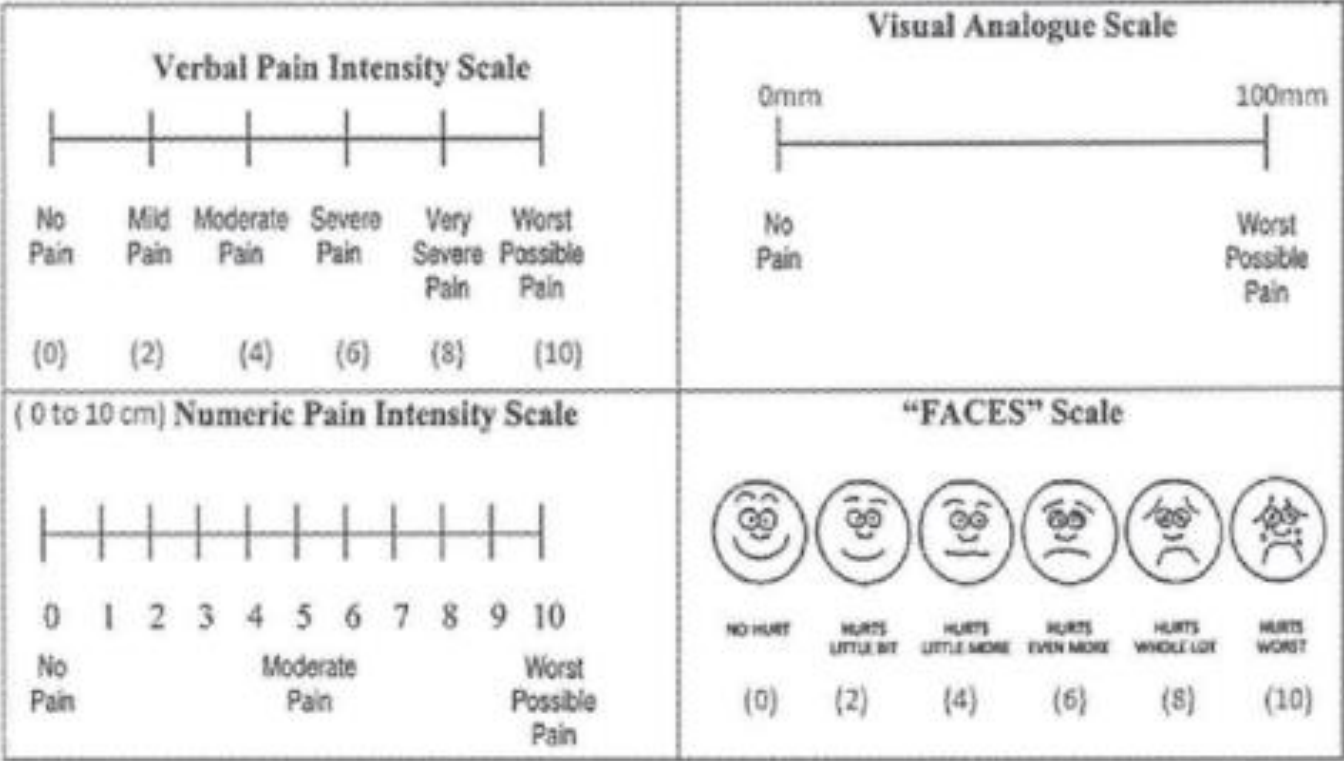
При другой локализации ведущим клиническим симптомом рака поджелудочной железы является боль в животе.



Чревное сплетение располагается на уровне XII грудного позвонка на передней поверхности аорты, по бокам от чревного ствола. Вверху сплетение ограничено сверху диафрагмой, внизу — почечными артериями, с боков — надпочечниками, а спереди поджелудочной железой (этим объясняется высокая интенсивность боли при опухолях и воспалении железы).

Болевой синдром при раке поджелудочной железы

В зависимости от стадии заболевания меняется интенсивность и локализация болевого синдрома. Существуют шкалы оценки хронического болевого синдрома.



Вербальная ранговая шкала интенсивности боли (VRS):

на 0 см — боли нет;
на 2 см — слабая боль;
на 4 см — умеренная боль;
на 6 см — сильная;
на 8 см — очень сильная;
В конечной точке — невыносимая боль.

Цифровая визуальная аналоговая шкала боли (NS):

От 0 до 2 см — боль крайне слабая;
От 2 до 4 см — слабая;
От 4 до 6 см — умеренная;
От 6 до 8 — очень сильная;
9- 10 см — нестерпимая.

Визуальная аналоговая шкала боли (VAS)

Лицевая аналоговая болевая шкала:

Отсутствие боли — -> — Нестерпимая боль

Лечение хронической онкологической боли

*При недостаточной эффективности **консервативного лечения ХБС** целесообразно рассмотреть возможность интервенционного лечения онкологической боли.*

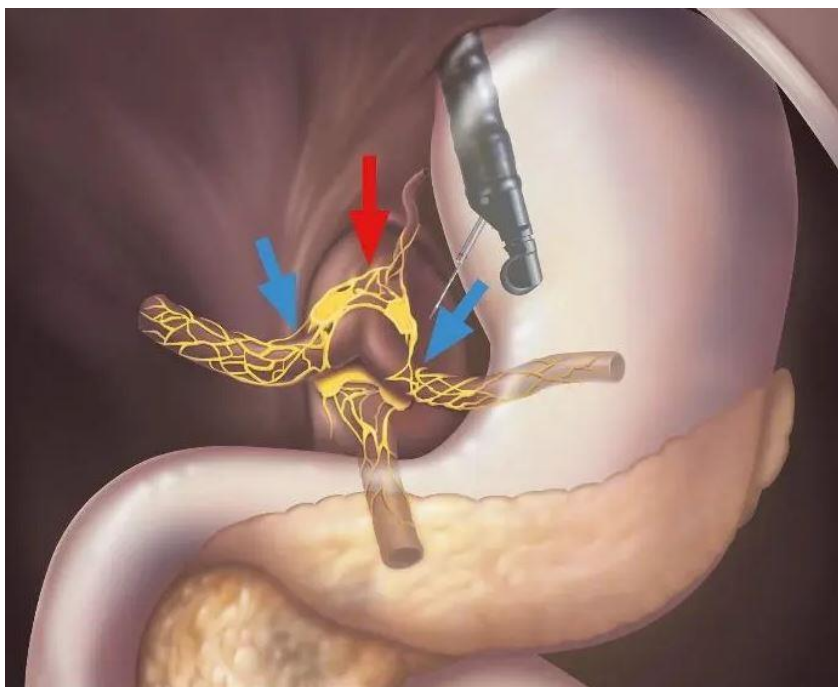
Нейромодулирующие техники, к которым можно отнести интратекальное или эпидуральное введение опиоидов или других активных препаратов, а также воздействие специальным образом модулируемого электрического тока на отдельные нервы или нервные стволы.



Нейродеструктивные техники, К которым относят полную или частичную деструкцию болевых путей химическим или термическим способом. Наиболее часто в лечении ХБС применяют деструкцию нервов.

Эндоскопический нейролизис

Нейролизис (невролиз, нейроабляция) — это процесс разрушения афферентных (чувствительных) нервных волокон периферической нервной системы. Одним из способов нейролизиса является инъекционное введение химического вещества в чревное сплетение под — эндоскопическим ультразвуковым контролем через стенку желудка. Впервые данная методика была предложена в 1996 году как наиболее безопасная и эффективная.



В качестве нейролитического агента используется введение от 10 до 30 мл **95 %-го** этилового спирта. Полная доза нейролитика вводится шприцами объемом 5 мл, последовательно фиксируемыми на проксимальной части рукоятки иглы.

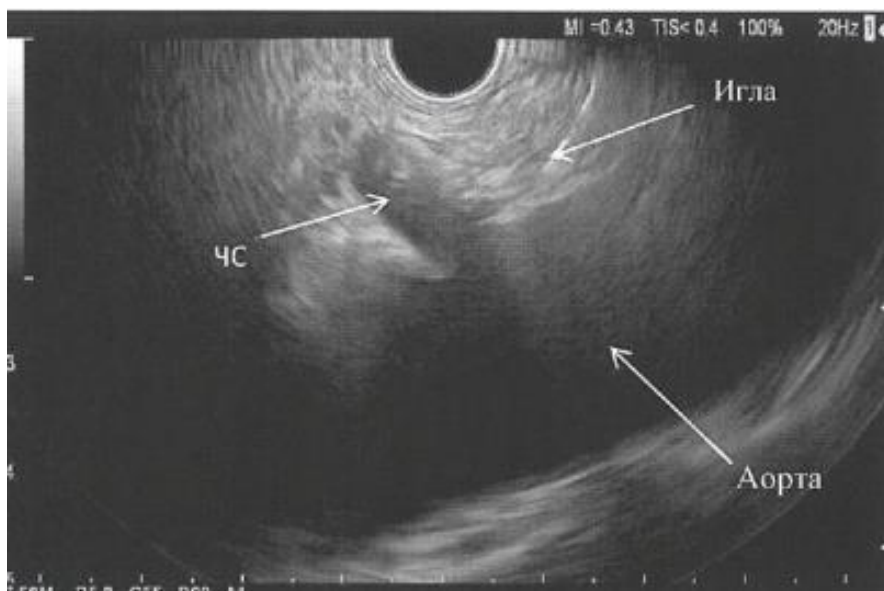


Эндоскопический нейролизис

При кратковременных или малотравматичных операциях обычно проводится внутривенная анестезия на спонтанном дыхании (седация).



Линейный эхоскоп под эндоскопическим контролем проводится в просвет желудка. Ультразвуковой датчик позиционируется в верхней трети тела или кардиальном отделе желудка. Основным ультразвуковым ориентиром 20 для проведения нейролизиса является чревный ствол (ЧС). Общий объем вводимого нейролитика при билатеральном доступе не должен превышать 20-30 мл.



Возможные осложнения нейролизиса

Несмотря на то, что нейролизис под эндосонографическим контролем является достаточно безопасной процедурой, побочные эффекты и осложнения могут возникать во время и после процедуры. В мировой литературе описаны — единичные случаи алкогольной интоксикации, возникающие в результате процедуры.

В недавнем обзоре по безопасности и осложнениям, связанным с ЭУС-нейролизисом, показано, что осложнения наблюдались у 21 % из 661 пациента.

Наиболее — частыми осложнениями является

- гипотония (20 %),
- диарея — 18 %
- увеличение боли в первые сутки после нейролизиса — 8 %

летальные осложнения — 0,2 %

Большинство сообщаемых осложнений были связаны с нарушением симпатической активности и длились менее двух дней.



Заключение:

1. Эндоскопический нейролизис является эффективной и относительно безопасной методикой для лечения болевого синдрома у пациентов с нерезектабельными опухолями поджелудочной железы.
2. Определение четких показаний и тщательный отбор пациентов к ЭУС-НЛ являются важными составляющими в повышении результативности процедуры.
3. Соблюдение регламента при выполнении анестезиологического пособия и этапности при выполнении самой методики ЭУС-НЛ существенно снизит риски интраоперационных осложнений у пациентов.
4. ЭУС-НЛ обеспечивает уменьшение болевого синдрома и/или уменьшение потребления опиоидных анальгетиков и, следовательно, уменьшение побочных действий от опиоидов.



ГАУЗ НО НИИКО «НОКОД»

ГАУЗ НО НИИКО «Нижегородский областной
клинический онкологический диспансер»



ГАУЗ НО НИИКО «НОКОД»

ГАУЗ НО НИИКО «Нижегородский областной
клинический онкологический диспансер»

Спасибо за внимание!

