



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **441**

(51) **МПК (2006) А 61 М 19/00;**
А 61 Р 23/02

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1100575

(22) 28.03.2011

(46) Бюл.64, 2011

(71) Шакиров М.Н. (ТJ); Шакиров М.М. (ТJ);
Гафаров Х.О. (ТJ).

(72) Шакиров М.Н. (ТJ); Шакиров М.М. (ТJ);
Гафаров Х.О. (ТJ); Акбаров М.М. (ТJ); Мирзоев
М.Ш. (ТJ); Джонибекова Р.Н. (ТJ); Сафаров С.А.
(ТJ); Хушвахтов Д.И. (ТJ).

(73) Шакиров М.Н. (ТJ); Шакиров М.М. (ТJ);
Гафаров Х.О. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

(56) 1. Зимонт Д.И. Злокачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух глотки. МедГиз, Москва, 1954.

2. Мельников Р.А. Клиника злокачественных опухолей верхней челюсти, Изд-во «Медицина» Ленинградское отделение, 1971.

3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М. «Медицина», 1983.

4. Проводниковое обезболивание и продленные проводниковые блокады в челюстно-лицевой хирургии. Куйбышевский мединститут им. Д.И.Ульянова, Куйбышев, 1987.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно, к способам обезболивания у больных с запущенными стадиями развития злокачественных опухолей челюстно-лицевой области и может быть применено для обезболивания при различных патологических ситуациях.

Способ предусматривает экономичное и эффективное обезболивание путем проведения катетера у выхода в овальное, круглое отверстие и крыло-небный узел и использованием анестетиков четвертого поколения.

Изобретение относится к медицине, а именно, к способам обезболивания у больных с запущенными стадиями развития злокачественных опухолей челюстно-лицевой области и может быть применено для обезболивания при различных патологических ситуациях.

В настоящее время традиционными способами купирования болевых симптомов у больных с запущенными формами злокачественных опухолей челюстно-лицевой области Т3-4, N2-3, особенно в поздних стадиях развития заболевания, а также после проведения различных хирургических и комбинированных вмешательств является применение наркотических анальгетиков (промедол, димедрол, фентанил, дипидолор и др.) [1,2,3]. Применение ненаркотических анальгетиков для этих целей показало свою неэффективность и, по этой причине, на сегодняшний день они используются редко. Наркотические анальгетики в период своего действия, вызывая купирование болей, улучшают общее состояние больного и несколько стабилизируют гомеостаз. Для поддержания обезболивающего эффекта необходим нормированный прием (по дозе и частоте) препаратов.

Применяемые способы обезболивания имеют ряд серьезных недостатков. При прогрессировании роста опухоли и усилении болевых приступов дозировка и частота применяемых наркотических средств повышаются, что приводит к кумуляции препаратов в жизненно важных органах и возникновению абстиненции к ним [2,3]. Это, безусловно, негативно влияет на функцию многих, особенно, экскреторных органов. Кроме того, наркотические анальгетики в больших дозах вызывают резкое угнетение дыхания, снижают эффект кашлевого рефлекса, что требует интенсивного наблюдения со стороны медицинского персонала. Немаловажное отрицательное значение при этом имеет сложная процедура по выписке специалистами наркотических анальгетиков, а также труднодоступность, дефицит и дороговизна препаратов.

В качестве прототипа выбран способ пролонгированной стволовой блокады при проведении операций челюстно-лицевой области. В область выхода в овальное, круглое отверстие и крыло-небный узел иглой одноразового 20,0 мл шприца производят проводниковую анестезию, через просвет иглы проводят катетер с выводом за пределы иглы на 0,3-0,5 см. В просвет периферической части катетера вводят иглу для подкожных инъекций и осуществляют фракционное введение анестетиков четвертого поколения [4]. Однако указанный способ до настоящего времени не применялся для обезболивания у онкостоматологических больных.

С целью устранения указанных недостатков предложен способ проводникового обезболивания у онкостоматологических больных с помощью ненаркотических анестетиков.

Сущность способа заключается в проведении блокады по типу проводниковой периферической анестезии ветвей нижнечелюстного нерва по методу М.Д.Дубова, центральной проводниковой анестезии у овального отверстия для обезболивания третьей ветви тройничного нерва и центральной проводниковой анестезии у круглого отверстия для обезболивания второй ветви тройничного нерва.

Для проведения блокады использовались следующие медицинские инструменты и препараты: одноразовый 20,0 мл шприц с длиной иглы 4,5-5,0 см, игла для центральной проводниковой анестезии длиной 6,0-7,0 см, игла для подкожных инъекций, гемотрансфузионная игла, укороченная до 6,0 см, катетер из набора для эпидурально-сакральной анестезии, резиновая пробка от подключичного катетера, отрезок резиновой перчатки, а также 1-2% новокаин в чистом виде и в сочетании с адреналином, анестетики 4-го поколения (септонест, ультракаин, персекаин, и т.д.).

Больного укладывают в положение на спину с поворотом головы на здоровую сторону. Кожу в месте укола иглы (у выхода в овальное, круглое отверстие и крыло-небный узел) обрабатывают спиртом или 0,2% раствором хлоргексидина. Иглой одноразового 20,0 мл шприца производят проводниковую анестезию по методу М.Д.Дубова. Инфильтрируя ткани новокаином, по ходу иглы, вводят 5 мл 2% р-ра с добавлением 0,1% раствора адреналина. Убедившись в эффективности анестезии, через 10 минут на этом же месте и в том же направлении производят пункцию гемотрансфузионной иглой, предварительно закрепив в ней кусочек стерильной перчаточной резины на расстоянии, соответствующем глубине введения иглы для внутримышечных инъекций. Произведя аспирационную пробу путем подтягивания поршня шприца на себя, фиксируют иглу, дополнительно вводят 0,5-1,0 мл новокаина. Через просвет иглы проводят катетер с таким расчетом, чтобы он вышел за пределы иглы на 0,3-0,5 см. Как правило, препятствий для продвижения катетера не наблюдается и продвижения проводника не требуется.

Иглу извлекают, а катетер фиксируют на кожу височной области лейкопластырем. В просвет периферической части катетера вводят иглу для подкожных инъекций. Лечебное обезболивание поддерживается фракционным введением одного из анестетиков четвертого поколения в количестве 1,8 мл.

Пример.

К больной М. 60 лет, с установленным диагнозом плоскоклеточный рак нижней челюсти Т4, N2-3, M0, применен заявленный способ обезболивания. В период обезболивания самочувствие больной улучшилось без негативных последствий, характерных при обезболивании наркотическими анальгетиками.

Разработанный способ лечебного обезболивания успешно применен у 13 больных (9 мужчин и 4 женщин) в возрасте от 23 до 75 лет со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, из которых у 9 диагностирован плоскоклеточный рак и у 4 - саркомы. При этом у 7 больных опухоли локализовались в нижней челюсти, у 2-х на проекциях гайморовых пазух и имели тенденцию к прорастанию в близлежащие анатомические области. Все больные, у которых были диагностированы саркомы, имели локализацию исключительно на верхней челюсти с распространением процесса в крыло-небное и подвисочное пространства, а также в основание черепа. По системе TNM у всех обследованных были определены T4,N2-3,MO и все они находились у врача онкологического учреждения. Всем 13 больным из-за запущенности опухолевого процесса проводилось химиолучевое лечение и у 5 больных химиолучевое лечение дополнялось паллиативными

хирургическими вмешательствами. На время воздействия анестетиков самочувствие больных заметно улучшилось, они становились активными, настроение поднималось - охотно входили в контакт, повышался аппетит, прием и пережевывание пищи становились свободными. В отличие от действия наркотических анальгетиков, не было замечено ни одного случая заторможенного состояния, сонливости и угнетения со стороны ЦНС.

Данный способ имеет следующие преимущества: достижение лечебного обезболивания доступными недорогими анестетиками ненаркотического происхождения в течение 4-6 часов; возможность многократного повторного фракционного введения при появлении болевого симптома без нанесения организму больного побочных эффектов; нервно-рефлекторное воздействие ненаркотических анальгетиков, стабилизирующих функции жизненно важных органов, особенно ЦНС.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ обезболивания у онкостоматологических больных, заключающийся в том, что иглой одноразового 20,0 мл шприца в области выхода в овальное, круглое отверстие и крыло-небный узел производят проводниковую анестезию, через просвет иглы проводят катетер с выводом за пределы иглы на 0,3-0,5 см, в просвет периферической ча-

сти катетера вводят иглу для подкожных инъекций и осуществляют фракционное введение анестетиков четвертого поколения, отличающийся тем, что применяют при обезболивании у онкостоматологических больных при постоянно зафиксированном катетере.

Компьютерный набор: Назарова Д.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.