

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

На правах рукописи

Гафаров Хуршеджан Олимджанович

**НОВЫЙ МЕТОД ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

14.01.14 – Стоматология

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
М.Н. Шакиров

Душанбе – 2015

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (обзор литературы)	15
1.1. Эпидемиология и социально-организационные проблемы ранней диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан	15
1.2. Купирование хронического болевого синдрома – основополагающий фактор улучшения качества жизни у онкостоматологических больных в запущенных стадиях заболевания	24
Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	42
2.1. Общая характеристика клинического материала	42
2.2. Методы исследования	50
2.3. Характеристика болевого синдрома запущенных стадий злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и эффективность традиционной фармакотерапии в его купировании	53
Глава 3. НОВЫЙ МЕТОД ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	61
3.1. Техническое обеспечение усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва	61

3.2. Техника проведения пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва по усовершенствованной методике ...	65
3.2. Клинико-рентгенологическое обоснование усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва	71
Глава 4. КУПИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫМ МЕТОДОМ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	79
Глава 5. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (результаты собственных исследований)	99
5.1. Сравнительная оценка эффективности наркотических анальгетиков и пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва в купировании хронического болевого синдрома у онкостоматологических больных	99
5.2. Эффективная противоболевая терапия как основной фактор улучшения качества жизни онкостоматологических больных в запущенных стадиях заболевания	108
5.3. Показания и противопоказания к проведению пролонгированной регионарной блокады онкостоматологическим больным	125
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	128
ВЫВОДЫ	141
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	143
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	144
ПРИЛОЖЕНИЯ	173

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

БПЖ – благополучие в повседневной жизни

ВАШ – визуальная аналоговая шкала

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота

ГБОУ ВПО СамГМУ – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» г. Самара

ГОУ ИПОСЗРТ – Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе

ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ – Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе

ГШ – голова и шея

ДП – дополнительные показатели

ЗНО – злокачественные новообразования

КЖ – качество жизни

КТ – компьютерная томография

МКБ – Международная классификация болезней

МПРС – Международный Противораковый Союз

НПВП – нестероидный противовоспалительный препарат

ОКЖ – общий показатель качества жизни

ОФО – орофарингеальная область

ПРБ – пролонгированная (продлённая) регионарная блокада

СООЦ – Согдийский областной онкологический центр г. Худжанд

СОПР – слизистая оболочка полости рта

ССВ – социальные / семейные взаимоотношения

ФС – физическое состояние

ХБС – хронический болевой синдром

ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ – центр взрослой челюстно-лицевой хирургии

Национального медицинского центра Республики Таджикистан,
г. Душанбе

ЦНС – центральная нервная система

ЧД – частота дыхания

ЧЛХ СОКБ – отделение челюстно-лицевой хирургии Согдийской
областной клинической больницы г. Худжанд

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЧЛО – челюстно-лицевая область

ЭБ – эмоциональное благополучие

AJCC – American Joint Committee on Cancer, Американский
Объединённый Комитет по изучению Рака

ASCO – American Society of Clinical Oncology, Американское Общество
Клинической Онкологии

FACT-G – Functional Assessment of Cancer Therapy – General,
функциональная система оценки лечения рака – общая

NCI – National Cancer Institute, Национальный Институт Рака США

TNM – (от tumor, nodus и metastasis) международная классификация
стадий развития раковых опухолей

UICC – International Union Against Cancer, Международный
Противораковый Союз.

*Врачам я хотел бы сказать, что цель
медицины не столько в продлении жизни,
сколько в улучшении её качества и
уменьшении страданий больных*

Кристиан Барнард

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Проблема лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области (ЗНО ЧЛО) является одной из актуальных в онкологии. Это обусловлено неуклонным ростом заболеваемости и смертности населения от этой патологии, а также увеличением числа больных с запущенными формами заболевания (Федяев И.М. с соавт., 2000; Давыдов А.Б. с соавт., 2004; Цветаев В.А. с соавт., 2008; Бузов Д.А. с соавт., 2010; Чиссов В.И. с соавт., 2011; Введенская Е.С., 2012; Евграфова О.Л. с соавт., 2012; Jemal A. et al., 2008; Gulati A. et al., 2011; Komisarovas L. et al., 2011). Прирост заболеваемости за последние 20 лет составил 46 %, а смертность оценивается, как восьмая причина смерти от рака во всём мире (Чиссов В.И. с соавт., 2011; Евграфова О.Л. с соавт., 2012). В 2010 г. при показателе запущенности ЗНО всех локализаций 29,4 %, показатель запущенности больных со ЗНО головы и шеи (ГШ) составил 70,8 % (Чиссов В.И. с соавт., 2011).

В запущенных стадиях заболевания, наряду с другими функциональными нарушениями ЧЛО, основным фактором, влияющим на состояние гомеостаза и снижающим качество жизни (КЖ) больных, является хронический болевой синдром (ХБС) (Брюзгин В.В., 1993; Исакова М.Е. с соавт., 1994; Осипова Н.А. с соавт., 2009; [62]; Sato J. et al., 2010). Так, по данным Мемориального онкологического центра имени Слоуна-Кеттеринга в

Нью-Йорке, болевой синдром отмечается у 80 % больных со ЗНО ГШ, а в запущенных стадиях заболевания ($T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$) им страдают все 100 % (Ефтодий В.С. с соавт., 2007; [132]). Хроническая боль у онкостоматологических больных вызывает нарушение приёма пищи, речи и дыхания, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, что в свою очередь является причиной возникновения вторичной иммунологической недостаточности и нарушения деятельности различных органов и систем (Вайсблат С.Н., 1962; Новиков Г.А. с соавт., 2005). Указанные факторы негативно влияют на процессы жизнедеятельности организма, приводят к тяжёлым психоэмоциональным расстройствам и выраженной социальной дезадаптации, что в значительной степени отражается на КЖ больных (Новиков Г.А. с соавт., 2005; Чиссов В.И., 2006; Осипова Н.А., 2009; Шакиров М.Н. с соавт., 2010). Постоянно усиливающаяся боль в сочетании с тяжёлым психологическим состоянием неизлечимого больного, взаимно потенцируясь, создают сложный комплексный механизм так называемой «патологической боли», отличающийся от «физиологической боли», которая выполняет адаптационную функцию и является сигнализатором защитных механизмов организма (Осипова Н.А., 2003; Кукушкин М.Л. с соавт., 2004). По этой причине устранение ХБС у онкостоматологических больных в запущенных стадиях заболевания является первоочередной задачей паллиативного лечения (Дорук С. с соавт., 2007).

Согласно трёхступенчатой лестнице обезболивания, рекомендованной в 1988 г. ВОЗ, в запущенных стадиях онкологического заболевания, когда боль имеет высокую интенсивность, первостепенная роль для её устранения отводится сильным наркотическим анальгетикам ([10]; Брюзгин В. В., 1993; Осипова Н.А. с соавт., 2003; Важенин А.В. с соавт., 2004; Новиков Г.А. с соавт., 2006; Чиссов В.И., 2006). В то же время, длительное использование наркотических анальгетиков сопровождается нарастанием побочных

эффектов, из-за чего больные часто отказываются от их приёма, испытывая при этом мучительную боль. Постоянный приём наркотических препаратов приводит к постепенному снижению их эффективности, а также сокращению времени их действия ([10] Брюзгин В. В., 1993; Новиков Г.А. с соавт., 2005). Однако по данным литературы, несмотря на терапию сильнодействующими анальгетиками, у 65 % больных с прогрессирующим течением онкологического заболевания, добиться полного купирования болевого синдрома не удаётся ([10]; Новиков Г.А. с соавт., 2005). Указанные факты побуждают к поиску более эффективных средств и методов обезболивания, которые могли бы использоваться для купирования ХБС у этой категории больных. Процесс поиска привёл нас к идее о возможности использования для этих целей проводникового обезболивания.

В челюстно-лицевой хирургии, в качестве метода обезболивания при различных патологиях и вмешательствах, разработан и более 27 лет используется метод пролонгированной (продлённой) регионарной блокады (ПРБ) 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва. Метод заключается во фракционном введении болюсных доз или постоянной инфузии местного анестетика через тонкий катетер, установленный у места выхода ветвей тройничного нерва из основания черепа (Столяренко П.Ю., 1987; 1996). В настоящее время на фармацевтическом рынке появились высокоэффективные местные анестетики IV-V поколений, успешно конкурирующие с наркотическими анальгетиками. Клиническое их применение у пациентов с челюстно-лицевой патологией и стоматологическими заболеваниями показывают их высокую эффективность (Столяренко П.Ю. с соавт., 2008). Широкое внедрение этих средств в клиническую практику расширяют границы анестезиологического пособия ПРБ не только для обезболивания хирургических вмешательств, но и купирования ХБС у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО.

Цель исследования. Повысить качество жизни больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области путём использования нового метода паллиативной противоболевой терапии.

Задачи исследования:

1. Провести анализ заболеваемости и оказания помощи онкостоматологическим больным в Республике Таджикистан.

2. Разработать новый метод паллиативной противоболевой терапии путём усовершенствования пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва и внедрить в клиническую практику у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

3. Провести клинико-рентгенологическое обоснование усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

4. Провести сравнительную оценку эффективности наркотических анальгетиков и усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады в купировании хронического болевого синдрома у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

5. Оценить уровень качества жизни больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области в динамике противоболевой терапии различными методами.

Научная новизна

Впервые изучен характер болевого синдрома у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на стадиях $T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{любая}N_{1-3}M_{0-1}$, что углубило понимание патогенеза хронической боли у этого контингента больных.

На основании изучения состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем научно обоснован патогенетический подход к купированию хронического болевого синдрома у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и дифференцированный подбор обезболивающих средств.

Впервые проведена рентгенологическая визуализация процедуры регионарной блокады ветвей тройничного нерва, что позволило объективно оценить степень распространения раствора анестетика и научно обосновать данный метод обезболивания.

Проведён сравнительный анализ эффективности наркотических анальгетиков и усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва в купировании хронического болевого синдрома у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, что расширило представление о возможности применения местных анестетиков для этой цели.

Всесторонне изучено качество жизни больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на стадиях заболевания $T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$ с использованием опросника FACT-G, модифицированного для больных с опухолями головы и шеи – FACT-H&N. Выявлены статистически значимые факторы, влияющие на качество жизни больных: возраст, пол, локализация опухоли, метод лечения.

Практическая значимость

Усовершенствованный метод пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва расширяет арсенал методов купирования хронического болевого синдрома у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на стадиях заболевания $T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$. Определены показания и противопоказания к применению методики.

Предложенный способ компьютерно-томографического контроля с использованием метода контрастирования позволяет снизить технические дефекты манипуляции и повысить её эффективность в купировании хронического болевого синдрома у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

Разработанный метод регионарной противоболевой терапии местными анестетиками для купирования хронического болевого синдрома у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на стадиях заболевания $T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$ позволяет существенно снизить потребность пациентов в наркотических обезболивающих средствах, повысить качество их жизни и исключить необходимость в пристальном наблюдении за ними с привлечением дополнительного медицинского персонала и сложной аппаратуры.

Положения, выносимые на защиту:

1. Усовершенствованный метод пролонгированной регионарной блокады с целью устранения хронического болевого синдрома при паллиативном лечении больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

2. Сравнительная оценка эффективности противоболевой терапии у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на стадиях заболевания $T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$, с использованием наркотических анальгетиков и предлагаемого метода.

3. Разработанный метод регионарной противоболевой терапии как метод повышения качества жизни больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на стадиях заболевания $T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$.

Внедрение результатов диссертационного исследования.

Разработанный метод паллиативной противоболевой терапии у онкостоматологических больных внедрён в практическую деятельность отделения общей онкологии государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе (ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ), Согдийского областного онкологического центра г. Худжанда (СООЦ), центра взрослой челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан, г. Душанбе (ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ), отделения челюстно-лицевой хирургии Согдийской областной клинической больницы г. Худжанда (ЧЛХ СОКБ) и клиники хирургической стоматологии Ташкентской государственной медицинской академии Республики Узбекистан.

Опубликованные материалы по теме диссертации используются в учебном процессе на кафедрах челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией и онкологии государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (ГОУ ИПОСЗРТ).

Материалы работы опубликованы в трудах международных конференций и симпозиумов Республики Таджикистан и Российской Федерации, в периодических изданиях «Научно-практический журнал ИПОСЗРТ», «Здравоохранение Таджикистана», «Хирург» (РФ), «Стоматолог-практик» (РФ), «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».

Получен патент №TJ 441 МПК (2011) А 61 М 19/00 – «Способ обезболивания у онкостоматологических больных».

Апробация работы. Материалы и основные положения работы доложены и обсуждены на следующих конференциях и конгрессах: XVI

научно-практической конференции Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК) с международным участием «Современные аспекты развития образования и медицинской науки» (Душанбе, Таджикистан, 2010), научно-практической конференции «Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии» (Красноярск, Россия, 2012), XVIII научно-практической конференции ТИППМК с международным участием «Достижения и перспективы в деле улучшения качества образования и оказания современной медицинской помощи» (Душанбе, Таджикистан, 2012), XIX научно-практической конференции ТИППМК с международным участием «Достижения последипломного образования в Таджикистане за 20 лет и перспективы его развития», посвящённой 20-летию образования института (Душанбе, Таджикистан, 2013), семинаре по теме «Купирование хронического болевого синдрома у больных с запущенными формами злокачественных новообразований челюстно-лицевой области методом пролонгированной регионарной блокады» среди врачей-стоматологов, онкологов и анестезиологов (Душанбе, Таджикистан, 2013), научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Худжанд, Таджикистан, 2014), а также на кафедрах челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОСЗРТ, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ.

Личное участие автора в разработке проблемы. Личный вклад автора заключается в проведении подробного обзора доступных отечественных и зарубежных литературных источников по теме проводимого исследования, ретроспективном анализе историй болезни, протоколов (ф. №027-2/У), контрольных карт диспансерного наблюдения (ф. №030-6/У) и регистрационных карт (ф. №030/ГРР) больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, находившихся на лечении

или диспансерном наблюдении в онкологических учреждениях и челюстно-лицевых стационарах Республики Таджикистан за период с 2005 по 2013 гг. Автор непосредственно участвовал в усовершенствовании метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва, что позволило ему получить патент на изобретение. Автор самостоятельно проводил осмотр и клиническое обследование всех курируемых больных, осуществляя вмешательства по установке катетера и обезболиванию в стационарах, в поликлинических условиях и на дому, проводил динамическое наблюдение за пациентами. Статистическая обработка полученных результатов выполнена лично автором. Все главы диссертации написаны автором самостоятельно. Таким образом, личное участие автора в получении научных результатов составляет не менее 90 %.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 работ, из них 4 в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ. Получен 1 патент на изобретение – «Способ обезбоживания у онкостоматологических больных».

Связь исследования с проблемными планами. Работа выполнена по плану научно-исследовательских работ ИПОСЗРТ. Номер государственной регистрации: 15/345.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 177 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений.

Работа содержит 29 рисунков, 12 таблиц, библиографический указатель включает 231 работу, из них 107 в иностранной печати.

Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (обзор литературы)

1.1. Эпидемиология и социально-организационные проблемы ранней диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан

Актуальность проблемы ЗНО ЧЛО обусловлена неуклонным ростом заболеваемости и смертности населения от этой патологии, а также увеличением числа больных с запущенными формами заболевания [15, 19, 24, 29, 35, 36, 72, 117, 128, 133, 205]. По данным ВОЗ за период с 1999 по 2050 гг. прогнозируется рост онкологической заболеваемости во всём мире с 10 до 24 млн случаев, а смертности – с 6 до 16 млн [230]. Согласно статистическим данным ежегодно в мире регистрируются 481 000 новых случаев ЗНО ГШ, и 320 000 летальных исходов от этой патологии. В 2000 году ЗНО ГШ оценивались, как восьмая причина смерти от рака во всём мире [72, 80, 204]. Подсчитано, что средний уровень заболеваемости в мире составляет 8,8 случаев для мужчин и 5,1 – для женщин на 100 000 населения, а уровень смертности составляет 7,3 и 3,2 случая на 100 000 мужского и женского населения соответственно [72].

В настоящее время установлено, что в сущности ЗНО – это клон трансформированных клеток, которые возникают вследствие последовательного накопления генетических повреждений, и что для его развития требуется несколько не связанных между собой генетических событий. Статистический анализ выявил, что для развития злокачественной опухоли в области ГШ должны произойти от 6 до 10 таких генетических событий, и что на это потребуется около 20-25 лет. В течение этого времени

осуществляется воздействие канцерогенов, необходимых для развития рака ГШ [130, 136].

К предрасполагающим факторам их развития относятся:

- курение табака, употребление наса, жевание бетеля, при этом риск возникновения заболевания сохраняется в течение 10 лет после прекращения их употребления;
- злоупотребление алкоголем;
- предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР);
- хроническое раздражение СОПР и пищеварительного тракта (острые края зубов, желудочно-пищеводный рефлюкс);
- вредные производственные факторы (химические производства, горячие цеха, работа в запылённых помещениях, постоянное пребывание на открытом воздухе, во влажной среде при низких температурах, чрезмерная инсоляция);
- недостаточное потребление фруктов и овощей;
- предшествующая радиотерапия;
- железодефицитные состояния (Plummer-Vinson синдром);
- системная иммунодепрессия [12, 32, 53, 60, 80, 126, 130, 136, 138, 139, 148, 173, 206, 207].

Перечисленные факторы риска находятся в прямой связи с образованием, профессией, полом и этнической принадлежностью обследуемых [157, 169]. Кроме того, отмечается достоверная взаимосвязь между развитием ЗНО ГШ и вирусов (HPV, вирус простого герпеса). Вирус папилломы обнаруживается более чем у 95 % пациентов с диагнозом ЗНО ГШ [136, 162, 164, 204]. Риск заболеваемости при курении доминирует над всеми другими профильными рисками [80, 126, 140].

Частота заболеваемости ЗНО ГШ варьирует в различных регионах мира. Различие в заболеваемости определяется множеством факторов:

климатогеографических, этнических и профессионально-бытовых [53]. У мужчин ЗНО ЧЛО развиваются в 5-7 раз чаще, чем у женщин [36, 72]. Средний возраст пациентов составляет 61 год у мужчин и 59 лет у женщин, 58 лет у населения больших городов и 61 год у жителей горных областей [158, 211]. Максимальный уровень заболеваемости приходится на возраст от 60 до 80 лет. Заболеваемость увеличивается после 40 лет и уменьшается после 80 лет [36, 56, 72, 168, 225]. Однако А.И. Пачес [81] указывает на возможность возникновения заболевания в довольно раннем возрасте, приводя в пример случаи заболевания у детей 4-летнего возраста. Установлен статистически достоверно повышенный риск заболеваемости ЗНО ГШ у лиц, живущих в регионах с низким уровнем доходов, и у безработных, по сравнению с населением, имеющим более высокий уровень прибыли [140].

В настоящее время демографическую ситуацию в Республике Таджикистан можно охарактеризовать следующим образом: на фоне высокого уровня рождаемости (29,1 на 1000 населения) и относительно низкого показателя смертности (4,4 на 1000 населения) сохраняются низкий уровень урбанизации и высокий уровень трудовой миграции среди населения (4,7 на 1000 населения). По оценке Министерства экономического развития и торговли Республики Таджикистан, доля населения, проживающего за чертой бедности, превышает 40 %. Больше 73 % населения проживает в сельской местности с различными климато-географическими, экологическими и социально-экономическими особенностями [107, 108]. В последнее десятилетие в республике, как и во всём мире, имеется тенденция к росту заболеваемости населения ЗНО. Так, по данным Агентства по статистике при Президенте в 2011 г. по республике впервые в жизни выявлено 2998 случаев ЗНО (41,6 % мужчин, 58,4 % женщин), что на 26,4 % больше показателя десятилетней давности (в 2001 г. – 2206). Численность больных ЗНО, состоящих на учёте на этот период, составила 8552, что

соответствует 110 больным на 100 000 населения [34, 108]. Анализ половозрастного контингента больных показал, что заболеваемость женского населения гораздо выше, чем мужского – 43,1 и 34,6 на 100 000 населения соответственно, и что большинство пациентов (70,2 %) относятся к возрастной категории 45-65 лет. Среди больных с впервые установленным диагнозом ЗНО 65,4 % составляют жители сельской местности, а жители города – соответственно 34,6 %. На момент постановки диагноза 38,1 % больных уже имеют III-IV стадии заболевания, и только у 1,7 % пациентов он установлен во время профилактического осмотра [65]. В 2011 году в структуре причин смертности населения ЗНО заняли второе место (34,8 на 100 000 населения) после болезней системы кровообращения (216,1 на 100 000 населения) [33, 108]. Учитывая эти тревожные факты, Постановлением Правительства Республики Таджикистан проблема лечения онкологических заболеваний включена в перечень приоритетных направлений научных исследований. Подтверждением тому является принятие «Национальной программы по профилактике, диагностике и лечению злокачественных новообразований в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.» [65].

ЗНО ГШ относятся к категории заболеваний с низким уровнем выживания. Причиной тому являются позднее обращение больных в специализированные клиники, быстрый темп роста опухоли, раннее метастазирование и недостаточная эффективность различных видов лечения [29, 72, 139, 197]. По литературным данным [62, 155, 159, 171, 204, 225], одногодичная выживаемость больных составляет 86,4 %, 3-летняя – 49 %, 5-летняя – 31 %, 10-летняя – 3,4 %. Особой агрессивностью среди ЗНО ГШ отличается рак СОПР и ротоглотки. Ввиду особенностей анатомо-топографического взаиморасположения полости рта, носовой полости и глотки для опухолей этой локализации характерно быстрое распространение на соседние анатомические структуры, и потому удельный вес больных с поздними стадиями заболевания достигает 70-75 %, летальность в течение

первого года после установления диагноза составляет 38,6 %, а показатель 5-летней выживаемости, как правило, не превышает 30-43 % [29, 74, 116, 122]. По наблюдениям J. McMahon (2011) [189] средний период выживаемости пациентов, получающих только паллиативное или поддерживающее лечение, составляет – 2,5 и 5 мес. соответственно.

Несмотря на то, что многие новообразования ЧЛО доступны для визуального и пальпаторного исследований, в последние годы отмечается стойкая тенденция к приросту числа больных, поступающих на лечение с запущенными формами заболевания [18, 24, 120]. По данным ряда исследователей [18, 155, 158, 209] в различных регионах мира число запущенных форм составляет от 40 до 70 % от общего числа больных. По результатам исследований T. Lung (2007) [158] в Румынии за период с 1993 по 2002 гг. у 63,3 % пациентов со ЗН ГШ были диагностированы III-IV стадии заболевания. Наиболее высокий показатель запущенности – 93,4 % отмечен в Бразилии у пациентов с плоскоклеточным раком полости рта [138]. Согласно литературным данным, в России в 2010 г. у 70,8 % больных со ЗНО ГШ диагностированы III и IV стадии заболевания [120]. Самые высокие показатели отмечены в Тверской и Омской областях, где показатель запущенности рака СОПР составил 85 и 85,3 %, соответственно [24, 72, 120].

Аналогичные показатели отмечаются и по Республике Таджикистан. Так, по данным государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ), до 80 % больных с раком орофарингеальной области (ОФО), поступающих в специализированные учреждения, уже имеют III-IV стадии заболевания. После комбинированного лечения 3-х и 5-летняя выживаемость пациентов составляет 38,8 % и 34,9 %, что объясняется агрессивностью клинического течения опухолей данной локализации [116]. Большая часть этих больных нуждается в паллиативной помощи и не все могут её получить.

Структура онкологической службы страны включает в себя 5 учреждений общей мощностью в 410 коек, в том числе ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ – головное учреждение, Согдийский (СООЦ), Кулябский, Курган-Тюбинский и Хорогский областные онкологические центры. Материально-техническая база учреждений позволяет на современном уровне проводить углублённые методы обследования и различные виды лечения онкологических больных. Однако на сегодняшний день, в структуре этих учреждений нет специализированного отделения для лечения больных со ЗНО ГШ, и больные с подобным диагнозом для проведения специального лечения направляются и госпитализируются в отделение общей онкологии мощностью в 30 коек при головном учреждении. Несомненно, данное обстоятельство отражается на сроках обращения больных к специалисту и начала лечения.

Система паллиативной помощи онкологическим больным с терминальной стадией заболевания, в Республике Таджикистан, как и во многих государствах постсоветского пространства, находится в стадии становления. Понимая важность проблемы облегчения страданий онкологических больных в конце их жизни, которая является не только медицинской, но и социальной, несмотря на трудное экономическое положение страны, система здравоохранения республики делает только первые шаги в сторону развития службы паллиативной помощи. В 2009 г. при финансовой поддержке международной организации Института «Открытое Общество» – Фонда Содействия было открыто единственное отделение паллиативной помощи при Республиканском госпитале сестринского дела в г. Душанбе. Отделение располагается в 2-х этажном здании и рассчитано на 12 коек, в т. ч. 4 – для пациентов мужского пола, 4 – женского и 4 – детского возраста. Согласно стандартам и с морально-этических соображений в стационаре предусмотрены только 1-местные палаты. Такой подход предусмотрен для ограничения больных от тяжёлых переживаний в связи со смертью своего соседа (воспринимая её как

репетицию собственной смерти) [19]. Отделение оказывает паллиативную помощь по принципу стационара, дневного стационара, когда больные могут находиться днём или ночью (если родственники не в состоянии обеспечить за ними уход) и выездной службы. Круглосуточно дежурящая бригада, состоит из врача, фельдшера, медсестры и добровольцев – волонтеров, оказывает квалифицированную помощь обречённым больным на дому. При оказании паллиативной помощи онкологическим больным для обезболивания используется только инъекционная форма морфина. Таблетированные и трансдермальные формы опиоидных анальгетиков до настоящего времени по стране не доступны.

Несмотря на некоторые сделанные шаги в сторону становления, в Республике Таджикистан паллиативная помощь не входит в основные приоритеты развития здравоохранения. В программных и стратегических документах не отражаются ни сами проблемы паллиативной помощи, ни пути их решения. При наличии широкой сети лечебно-профилактических учреждений в республике нет хосписов. Единственное существующее отделение паллиативной помощи, по стандартам хосписной и паллиативной помощи (80-100 коек на 1 млн), по мощности не соответствует даже для 8000 населения столицы [19, 108]. Не существует и не разработана единая система оказания паллиативной помощи онкологическим больным в системе здравоохранения республики [65].

Следует подчеркнуть, что своевременная диагностика ЗНО, в том числе ЧЛО, в виду отсутствия характерных симптомов и стёртости клиники на ранних стадиях заболевания, является трудной задачей [81, 159, 197].

Бесспорно, одной из главных причин запущенности онкологических заболеваний является недостаточный уровень знаний в этом разделе медицины и отсутствие онкологической настороженности у врачей первичного приёма (общей практики, узких специалистов), стоматологов и зубных врачей [24, 213]. Подтверждением этому являются сводные данные

различных отделений опухолей головы и шеи, где отмечено, что 40 % больных поступают в специализированные учреждения с запущенными формами именно по вине врачей [15, 24, 36, 60, 72, 81, 213].

Основными причинами диагностических ошибок, допускаемых при первичном обследовании больного, являются следующие:

1. Недооценка анамнестических данных и характера жалоб больного [81];

2. Неправильная расшифровка патологических изменений на СОПР, последствием чего становятся неадекватное лечение и наблюдение пациентов, в течение длительного периода времени – в 60 % случаев [60]. Сообщая об этой ошибке ряд авторов [15, 213] отмечают, что в большинстве случаев осмотр больных осуществляется бегло и поверхностно. Не проводятся такие доступные методы исследования, как стоматоскопия, флуоресцентная люминоскопия, не говоря даже об использовании обычной лупы. После установления ошибочного диагноза, этим больным часто назначается лечение, при котором даже стимулируется рост опухоли. В том числе, тепловые процедуры – при раковых инфильтратах; смазывание раковых язв различными прижигающими растворами; при зубной боли, причиной которой является сдавление раковой опухолью нервных стволов в челюсти, удаляют зубы; при вялом заживлении после экстракции – проводят кюретаж лунки. И, к сожалению, удалённые ткани не подвергаются морфологическому исследованию. Указанные ошибочные действия вызывают ускорение роста опухоли и переход её в более тяжёлую стадию [213];

3. Отказ врача от осмотра полости рта с целью выявления предраковых заболеваний или собственно опухолей при диспансеризации населения или лечения неспецифических заболеваний ротовой полости [24];

4. Наблюдение и лечение в течение длительного промежутка времени у врачей других профилей;

5. Ошибочная трактовка морфологического заключения или рентгенологических данных на этапах неспециализированного обследования [24];

6. Недостаточное знание врачами организации оказания онкологической помощи населению, что заставляет больного ходить от специалиста к специалисту для уточнения диагноза, теряя при этом драгоценное время. Врачу «первого контакта» при подозрении на рак, согласно положениям приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации №915н от 15.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» [87], следует направить больного в специализированное онкологическое учреждение, а не пытаться установить окончательный диагноз самостоятельно [15, 24, 81].

Другими причинами роста числа запущенных форм ЗНО ЧЛЮ можно считать низкий образовательный уровень и неосведомлённость населения об этих заболеваниях. Например, опрос, проведённый в Соединённом Королевстве показал, что только 1 % опрошиваемых ранее слышали о раке полости рта, и 61 % опрошиваемых ответили, что если болезненная язва во рту не заживёт дольше 3-х недель, они обратятся к своему лечащему врачу, а не к стоматологу [209].

Наиболее частой причиной запоздалой диагностики злокачественных опухолей является позднее обращение или отказ больного от посещения врача, даже при наличии чётких клинических проявлений заболевания. Зачастую, пациенты вначале интерпретируют первые симптомы, как нечто незначительное, и рассчитывают, что болезнь пройдет сама по себе. Подтверждением тому являются данные А.Б. Давыдова (2004), М. уулу Жаныбая (2010) и S. Rogers (2011) [24, 60, 209], что 50-72,7 % больных игнорируют первые клинические проявления и обращаются за медицинской помощью только при возникновении боли, кровотечения, нарушения

функции ротовой полости, которые свидетельствуют уже о прогрессировании процесса. В ряде опубликованных работ [32, 195] отмечено, что средний срок от начала появления клинических симптомов до постановки диагноза составляет более одного года (13,58 мес.).

Нельзя отрицать и то, что социально-экономическое положение больного, особенно в Республике Таджикистан, также может повлиять на сроки обращения за медицинской помощью. Нередко отказ от медицинской помощи объясняется отсутствием материальной возможности на поездку в больницу или посещения врача-стоматолога. Этот факт убедительно подтверждает мнение доктора Ch-E.A. Winslow, утверждавшего, что «бедность не является прямой причиной болезни, но она оказывает определяющее влияние на факторы, приводящие к ней» [8].

Таким образом, высокий удельный вес ЗНО ЧЛЮ, высокие показатели летальности от этой патологии, поступление больных преимущественно с запущенными формами заболевания, стойкая тенденция к увеличению этих показателей в Республике Таджикистан, отсутствие скрининговых программ для раннего выявления опухолей указанной локализации и отсутствие системы оказания паллиативной помощи онкологическим больным в системе здравоохранения республики обуславливают актуальность данной проблемы.

1.2. Купирование хронического болевого синдрома – основополагающий фактор улучшения качества жизни у онкостоматологических больных в запущенных стадиях заболевания

Несмотря на несомненные успехи и достижения в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, во всём мире сохраняется тенденция к росту заболеваемости раком и увеличению числа больных с запущенными формами ЗНО [19, 24, 79, 120, 133, 211]. Клинические исследования последних лет показывают, что более чем в 70 % случаев у пациентов с

впервые установленным диагнозом ЗНО ГШ, диагностируются III-IV стадии заболевания [120]. Основным проявлением заболевания на этот период является ХБС, который в значительной степени снижает КЖ больных [13, 43, 62, 118, 152, 211]. Так, по данным Мемориального онкологического центра имени Слоуна-Кеттеринга в Нью-Йорке болевой синдром отмечается у 80 % больных со ЗНО ГШ, а в запущенных стадиях ($T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{\text{любая}}N_{1-3}M_{0-1}$) им страдают 100 % из них [62, 132]. По мнению ряда авторов [66, 143, 153], в 75% случаев болевой синдром связан с ростом опухоли, в 20 % – обусловлен противоопухолевым лечением (оперативным, лучевым и лекарственным) и в 5 % случаев обусловлен сопутствующей патологией.

Возникновение болевого синдрома у больных со ЗНО ЧЛО, связанного непосредственно с опухолевым процессом, обусловлено следующими факторами:

- инфильтрирующим ростом опухоли и вовлечением в процесс нервных элементов, находящихся в мягких тканях;
- присоединением вторичного воспалительного процесса вследствие изъязвления или распада опухоли;
- распространением опухолевого процесса в кость челюсти и вовлечением в процесс зубов;
- прорастанием или сдавлением ветвей тройничного нерва;
- ишемизацией тканей вследствие паравазального распространения опухоли.

Локализация болей при ЗНО ЧЛО, по мнению И.М. Федяева с соавт. (2000) [36], зависит от места расположения опухоли. При расположении злокачественного процесса на верхней губе, альвеолярном отростке верхней челюсти, нёбе и в верхнечелюстном синусе боли чаще локализуются в области верхней челюсти и иррадиируют в область виска и ВНЧС. При опухолях нижней губы, нижней челюсти, дна полости рта и языка боли иррадиируют в висок и ухо. При этом характер болей может быть

разнообразным. Вначале, при небольших размерах опухоли, боли носят локализованный характер и имеют небольшую интенсивность. По мере роста опухоли они приобретают постоянный характер, становятся всё более интенсивными, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва. Интенсивность болей, в свою очередь, может меняться при изменении положения тела. Такая картина наблюдается при первичном поражении верхнечелюстного синуса, когда боль усиливается в горизонтальном положении и при наклоне головы вперёд. И.М. Федяев с соавт. [36] объясняют данное обстоятельство повышением давления на нервные стволы вследствие прилива крови. При локализации или распространении процесса на область зубов возникает и зубная боль.

Постоянные болевые ощущения приводят к многочисленным функциональным нарушениям, больные с трудом разговаривают, часто не могут принимать обычную пищу и даже пить. При локализациях опухоли в области корня языка и в глотке постепенно нарушается дыхание вследствие обтурации ротоглотки [199, 200]. А в терминальных стадиях заболевания присоединяются мучительные постоянные головные боли [10]. Перечисленные выше факторы сильно отражаются на повседневной жизни пациентов, приводят к тяжёлым психоэмоциональным расстройствам и выраженной социальной дезадаптации, что в значительной степени снижает качество их жизни [3, 45, 69, 73, 75, 156, 165, 212]. Кроме того, хроническая боль приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, которые являются причиной возникновения вторичной иммунологической недостаточности и нарушения деятельности органов и систем [17, 69, 73, 76]. По данным ряда авторов [54, 75], постоянная усиливающаяся боль в сочетании с тяжёлым психологическим состоянием неизлечимого больного, взаимно потенцируясь, создают сложный комплексный механизм так называемой «патологической боли», отличающейся от «физиологической боли», которая выполняет адаптивную функцию и является сигнализатором

защитных механизмов организма. Иными словами, по выражению В.А. Николаева (1997), боль, переходя в хроническую форму «из сторожевой собаки организма превращается в бешеного пса», а это представляет собой серьёзную угрозу для жизни [66]. Поэтому предотвращение этого бессмысленного процесса является первоочередной задачей врача любой специальности. ХБС в виде «бешеного пса» проявляется именно у онкостоматологических больных и его устранение является первостепенной задачей паллиативного лечения [28].

Проблемам устранения болевого синдрома при паллиативном лечении больных со ЗНО посвящены многочисленные работы [13, 43, 75, 118, 132]. Однако, имеющаяся литература, в основном, посвящена курации больных со ЗНО в целом и имеет общесистемный характер. Проблемам устранения болевого синдрома у больных с опухолями, расположенными в ЧЛО, уделяется недостаточное внимание. При этом чётко просматриваются пробелы в системе организации оказания специализированной помощи указанному контингенту, что наблюдается не только в Республике Таджикистан, но и в других странах мира. Примером тому является тот факт, что в самых развитых странах на паллиативное лечение отчисляется только 10 % средств, выделенных на борьбу со ЗНО, что составляет ничтожную долю. Это происходит на фоне отсутствия единого взгляда у специалистов на проблему паллиативной помощи онкологическим больным. В результате этого миллионы больных с указанными заболеваниями испытывают страдания и мучения и готовы любой ценой избежать их [16, 118]. Согласно положениям ВОЗ, боль должна быть облегчена «до уровня удовлетворённости больного с тем, чтобы он мог эффективно функционировать и в конечном счёте умереть, не испытывая боли» [2, 75].

В современной клинической практике только правильное понимание механизмов развития болевого синдрома у каждого конкретного пациента позволит специалисту определить стратегию эффективной терапии

хронической боли онкологического генеза [69]. Для лучшего понимания механизма развития болевого синдрома позволим себе остановиться на существующей патогенетической классификации, согласно которой различают три основных типа: ноцицептивный (соматогенный), нейропатический и психогенный [54, 69, 118, 137].

Ноцицептивный механизм развития болевого синдрома. Боль, возникающую вследствие активации ноцицепторов – свободных нервных окончаний, относят к ноцицептивной, или соматогенной. Клинически соматогенные болевые синдромы проявляются наличием постоянной болезненности или повышением болевой чувствительности в зоне повреждения. Такая боль, как правило, локализована, имеет определённую интенсивность и характер. Примерами ноцицептивной боли являются послеоперационная боль, боль при травме, боль при опухолевой инфильтрации, боли в области сердца во время приступов стенокардии, боли в эпигастрии при язвенной болезни желудка, боли при артритах и миозитах.

Характерной особенностью ноцицептивных болевых синдромов является формирование зон первичной и вторичной гиперальгезии (участки с повышенной восприимчивостью к боли). Механизм развития первичной гиперальгезии заключается в сенситизации ноцицепторов (гиперчувствительности ноцицепторов к действию повреждающих стимулов), которая происходит в результате воздействия на определённые рецепторы их мембраны медиаторов воспаления (простагландинов, цитокинов, биогенных аминов, нейрокининов и др.) [54, 69, 225]. Вследствие этого нервное волокно становится более возбудимым и более чувствительным к внешним раздражителям. Данный механизм сенситизации характерен для всех типов ноцицепторов и любой локализации (кожа, мышцы, суставы, кость и внутренние органы). Вторичная гиперальгезия является следствием центральной сенситизации (чрезмерной возбудимости ноцицептивных нейронов в ЦНС), которая формируется в результате

длительного деполяризующего влияния глутамата и нейрокининов. Выработка этих веществ связана с постоянной и интенсивной импульсацией, поступающей из зоны повреждения [144, 166, 167, 216, 225].

Учитывая механизм развития для лечения ноцицептивной боли целесообразно применение средств, направленных на подавление синтеза медиаторов воспаления, на ограничение поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения в ЦНС и на активацию структур антиноцицептивной системы.

Нейропатический механизм развития болевого синдрома.

Нейропатическая боль возникает в результате структурных и/или функциональных изменений периферической или ЦНС [1, 125, 137, 145, 187, 210, 222, 225]. Клинические проявления нейропатической боли у разных больных не одинаковы, что обусловлено характером, степенью и местом повреждения нервных структур. При частичном повреждении ноцицептивных афферентов боль имеет жгучий поверхностный характер или напоминает удар электрического тока, длящаяся всего несколько секунд, а при полной денервации боль постоянная. Структурно-функциональные изменения специфических волокон проявляются негативными (гипестезия, гипоальгезия и термогипестезия) и позитивными (парестезия, дизестезия, и вызванная боль) сенсорными симптомами. Вызванная боль отражает патологическую активность нервных структур и проявляется в виде аллодинии (болезненное ощущение при неболевом воздействии), гиперальгезии (сверхболезненное ощущение при болевом воздействии) и гиперпатии (чрезмерная чувствительность при не болевом или болевом воздействии) [25, 145, 186].

Патофизиологической основой нейропатических болевых синдромов являются извращённое восприятие и неправильное проведение ноцицептивного сигнала нервными волокнами, а также неадекватная возбудимость ноцицептивных нейронов в структурах ЦНС [27]. Иными

словами, для развития невропатического варианта болевого синдрома необходимо драматическое соединение двух событий – повреждение структур соматосенсорной нервной системы и дисфункция в корково-подкорковых отделах спинного и головного мозга [54]. Результатом деятельности формировавшейся патологической альгической системы является болевой синдром.

Учитывая патогенез развития невропатической боли при её лечении необходимо использовать средства, подавляющие патологическую активность периферических эктопических нейрональных пейсмекеров и агрегатов гипервозбудимых нейронов: антиконвульсантов, бензодиазепинов, агонистов рецепторов ГАМК, блокаторов кальциевых каналов, антагонистов возбуждающих аминокислот, периферических и центральных блокаторов Na^+ каналов.

Психогенный механизм развития болевого синдрома. Основой развития психогенных болевых синдромов является психологический конфликт [54, 69, 225]. Любая болезнь сопровождающаяся болью, влияет на эмоции больного, его поведение. При этом боль ведёт к появлению тревожности и напряжённости, которые сами увеличивают восприятие боли [64, 69, 177]. Это относится и к онкологическим больным. Ослабленные, уставшие и находящиеся в угнетённом состоянии, они реагируют на угрозу с большей степенью безотчётного страха и поэтому более чувствительны к боли [97].

Психогенные болевые синдромы протекают в виде соматоформного болевого расстройства, для которого, согласно МКБ-10, характерно сочетание боли с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами [61]. Вместе с тем нельзя забывать о том, что психогенная боль также возникает в результате активации ноцицептивной системы [54]. Если при возникновении двух предыдущих вариантов болевых синдромов происходит прямая активация структур ноцицептивной системы (вследствие

повреждения тканей или структур соматосенсорной нервной системы), то при психогенном варианте болевого синдрома происходит опосредованное возбуждение ноцицепторов – или по механизму ретроградной активации симпатическими эфферентами и/или посредством рефлекторного напряжения мышц. Долговременное напряжение мышц, возникающее во время психоэмоционального напряжения, вызывает синтез альгогенов в большом количестве, которые взаимодействуя с терминалями ноцицепторов, расположенных в этих же мышцах, вызывают их сенситизацию.

Таким образом вышеизложенное свидетельствует о том, что болевой синдром у онкологических больных является результатом не только функциональных, но и структурных изменений, затрагивающих всю ноцицептивную систему – от тканевых рецепторов до корковых нейронов [54, 117]. Для ХБС онкологического генеза характерна комбинация патогенетических механизмов, когда к ведущему основному механизму (ноцицептивному или нейропатическому) присоединяется психогенный, усугубляющий клинические проявления боли [54, 68, 79, 137, 145, 177, 225]. При ЗН ЧЛО, в силу раннего поражения опухолевым процессом ветвей тройничного нерва (сдавление, прорастание, повреждение вследствие патологического перелома), ведущим механизмом развития болевого синдрома является нейропатический. Повреждение тканей или периферических нервов, по данным А. Dray (1996), А. Stabhaug (1996), Н. Kehlet (1997, 1999) и S.B. McMahon (2005) [144, 166, 167, 216, 225], приводит к усиленному потоку ноцицептивных сигналов, что ведёт к развитию центральной сенситизации (долговременному повышению эффективности синаптической передачи и гиперактивности ноцицептивных нейронов спинного и головного мозга). В свою очередь, повышение активности центральных ноцицептивных структур отражается на возбудимости ноцицепторов, вследствие чего формируется порочный круг,

поддерживающий долго длящуюся гипервозбудимость ноцицептивной системы [54, 217].

При лечении хронической боли у онкологических больных по настоящее время первостепенная роль отводится трёхступенчатой системной фармакотерапии, рекомендованной ВОЗ в 1988 г. [15, 62, 69, 73, 76, 118]. В соответствии с этой схемой на I ступени лечения болевого синдрома слабой и средней интенсивности используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол. Пациентам, у которых на фоне такого лечения боль не только не уменьшается, но и усиливается до средней или сильной степени, назначают слабые наркотические препараты в сочетании с НПВП. При неэффективности лечения этими анальгетиками и при более интенсивной боли используют сильные наркотические препараты в дозах, дающих адекватное обезболивание. На каждой ступени наряду с НПВП схема лечения дополняется адъювантными препаратами [13, 69, 79, 192]. Однако, как показывают клинические наблюдения, при использовании наркотических анальгетиков, у 20-65 % больных с прогрессирующим течением онкологического процесса, добиться полного купирования болевого синдрома не удаётся [10, 14, 69, 176]. В таких случаях ряд авторов [10, 14, 66, 69, 73, 117, 229] рекомендуют дополнительные инвазивные – интервенционные методы обезболивания, к которым относятся нейроаблативные и нейромодулирующие процедуры. Под нейроаблацией понимают физическое прерывание путей передачи болевой импульсации хирургическим, химическим или термальным методом и включает в себя литические и другого рода блокады. Нейромодуляция определяется как динамическое и функциональное подавление путей передачи болевой импульсации в результате введения опиоидов и других химических веществ вблизи нервных структур. К числу инвазивных методов устранения ХБС ЧЛЮ, в том числе онкологического генеза, можно отнести методы блокады узла тройничного нерва (гассеров узел) через foramen ovale посредством

введения абсолютного спирта (Hartel F., 1912) или радиочастотной коагуляцией (Sweet W.H., 1974), а также методику инъекции глицерина в область, расположенную позади гассерова узла (Hakanson S., 1981). К недостаткам методик относятся постоянное чувство онемения соответствующей половины лица и возможность потери роговичного рефлекса [14].

Наркотические препараты относятся к анальгетикам центрального действия, т. е. действующим через эндогенную опиоидную систему организма на уровне спинного и головного мозга путём торможения восходящего потока болевой импульсации. Они отличаются друг от друга по анальгетическому потенциалу и способности купировать умеренную или сильную боль [57, 118]. Согласно современным терминологическим критериям, болеутоляющие соединения, содержащиеся в соке опийного мака, принято называть опиатами, а другие вещества, близкие по фармакологическим эффектам к опиатам – опиоидами или опиатоподобными веществами [10]. В зависимости от избирательного взаимодействия с опиоидными рецепторами наркотические анальгетики делятся на четыре основных класса: морфиноподобные агонисты, частичные агонисты, смешанные агонисты-антагонисты и антагонисты [10, 75]. Следует отметить, что болеутоляющий эффект наркотических анальгетиков является не единственным элементом спектра активности данной группы фармакологических средств. Широко известны и другие центральные эффекты морфиноподобных соединений: седативный, эйфоригенный, угнетения дыхания и кашлевого рефлекса, тошноты и рвоты, способность изменять функции желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, мочевыводящих путей, эндокринных органов [10, 69, 188]. Эти эффекты являются естественной составляющей фармакологического профиля наркотических анальгетиков, однако с клинических позиций многие из них рассматриваются как побочные и нежелательные свойства.

Таким образом, проблема облегчения страданий инкурабельных онкологических больных на сегодняшний день является актуальной. Первостепенное значение в её решении имеет трёхступенчатая системная фармакотерапия, которая проводится ненаркотическими и наркотическими анальгетиками. В то же время, применяемые наркотические анальгетики обладают целым рядом побочных действий, которые негативно сказываются на ослабленный организм, усугубляя имеющийся статус. Длительный и постоянный приём приводит к постепенному снижению эффективности и сокращению времени их действия. В свою очередь, при таких обстоятельствах возникает необходимость в интенсивном наблюдении, с привлечением дополнительного персонала и использования сложной аппаратуры, что является экономически нецелесообразным. Альтернативными методами купирования ХБС у больных со ЗНО ЧЛО являются продлённые блокады или деструкция путей проведения болевой чувствительности. Настоящая работа и посвящена этой теме, так как проблема обезболивания онкостоматологических больных с запущенными стадиями заболевания является первостепенной задачей паллиативной помощи, и основным фактором улучшения их КЖ.

Продлённая регионарная блокада в стоматологии и перспектива её использования для купирования хронического болевого синдрома. Разработка и внедрение пролонгированной регионарной блокады в стоматологии основывается на классических методах проведения центрального проводникового обезболивания, у истоков которых стояли R. Matas, H. Braun, В.Ф. Войно-Ясенецкий, J.H. Bercher, Offerhaus, H. Sicher, Payr, Carrea, Lindemann, В.М. Уваров, С.Н. Вайсблат, А.В. Вишневский и др. [17, 67, 104]. В совершенствовании указанных методов большой вклад внесли С.Н. Вайсблат, М.Д. Дубов, П.М. Егоров [17, 104]. Эти и другие методы, которые в настоящее время широко применяются в клинической

практике, и легли в основу создания ПРБ. Ведущая роль в разработке данного направления принадлежит П.Ю. Столяренко [99, 100].

Основанием для этого, по мнению П.Ю. Столяренко, послужили следующие положительные качества проводниковой анестезии:

- возможность ограничиться небольшим количеством уколов;
- наступление более глубокого и продолжительного обезболивания;
- возможность её проведения вне зоны воспалительного и деструктивного очага;
- достижение эффективного обезболивания в обширной зоне малыми дозами анестезирующего раствора с минимальным риском интоксикации;
- возможность проведения при ограничении открывания рта вследствие воспалительной и рубцовой контрактуры или изменений в ВНЧС;
- малая травматичность и достаточная безопасность проведения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста;
- уменьшение слюноотделения, что связано с воздействием на нервные проводники, регулирующие функцию слюнных желёз;
- возникновение регионарной ишемии, что благотворно влияет на состояние гемостаза, так как перинеурально введённый раствор анестетика помимо блокады нервной проводимости вызывает уменьшение кровенаполнения анатомического региона, воздействуя и на симпатические узлы.

Метод ПРБ разработан и применяется автором более 27 лет не только при обезболивании хирургических вмешательств в ЧЛО, но и для купирования болевого симптома в послеоперационном периоде [101]. Преимуществом техники проведения ПРБ является то, что она позволяет тестировать введение местного анестетика и способствует снижению количества гемодинамических и послеоперационных осложнений, что

особенно важно при лечении пациентов группы риска и пожилого возраста [50, 70, 71, 100, 121].

Использование метода ПРБ имеет следующие преимущества: простота техники, простота и доступность оснащения, возможность проведения у больных с ограничением открывания рта, меньшая вероятность повреждения нервных стволов и сосудов, чем при повторных инъекционных блокадах; длительное обезболивание в послеоперационном периоде без использования наркотических анальгетиков, что исключает угнетение защитных и компенсаторных реакций организма, тем самым способствует ранней активизации пациента, что в свою очередь является основным фактором предупреждения бронхолёгочных осложнений. При выполнении методики миорелаксация ограничивается только обезболиваемой областью (жевательные мышцы); экономическая выгода заключается в исключении необходимости интенсивного наблюдения в послеоперационном периоде с привлечением дополнительного персонала и использованием сложной аппаратуры [101]. Такой вариант анестезии П.Ю. Столяренко (2008, 2012) [101, 105] рекомендует у пациентов с развившейся толерантностью к наркотическим анальгетикам, что особенно важно для настоящего исследования. Методика осуществляется с помощью стандартного инструментария и поэтому может использоваться как в условиях стационара, так и поликлиники, что также имеет немалое значение при паллиативном лечении онкостоматологических больных.

В то время, когда разрабатывалась методика ПРБ, наиболее широко применяющимися в клинической практике анестетиками были новокаин, дикаин, анестезин, лидокаин и тримекаин, которые обладали множеством недостатков. Из-за высокой липофильности препараты быстро всасывались в кровь через стенку капилляра и легко проникали через гистогематические барьеры [22, 37, 103, 109], что увеличивало риск развития системного действия и интоксикации, особенно при использовании в ЧЛЮ, имеющей

высокую степень васкуляризации. Низкий показатель связывания с белками-рецепторами ионного канала в мембране нервного волокна, был причиной кратковременности анестезирующего действия, а плохая способность связываться с белками плазмы крови, обуславливала беспрепятственное поступление препарата в ткани, вызывая системную токсичность [38, 109]. Кроме того, согласно последним литературным данным, основным продуктом метаболизма эфирных анестетиков является парааминобензоат, который может вызывать аллергические реакции и реакции гиперчувствительности и является очень токсичным для ЦНС [22, 40]. Сочетание этих препаратов с адреналином (эпинефрином) не только усиливает действие анестетиков, но и снижает их системную токсичность, а также улучшает локальный гемостаз [90, 95, 174]. Подсчитано, что действие анестетика с добавлением вазоконстриктора удлиняется с 60 мин. до 2,5-3 часа [90, 170]. Большинство исследователей [131, 163, 194, 202, 203, 231] считает, что для получения адекватного обезболивания достаточно использовать растворы анестетиков с минимальным содержанием вазоконстриктора (1:200 000) в составе, а для улучшения гемостаза – растворы с более высокой его концентрацией (не менее 1:100 000).

В последнее время в стоматологии особой популярностью пользуются препараты артикаина [21, 88, 90, 95, 103, 124, 175, 181], позволившие достичь 90-100 % обезболивания стоматологических манипуляций. Наличие дополнительной эфирной связи даёт возможность артикаину биотрансформироваться как в плазме крови, так и в печени (микросомальными ферментами), а высокий процент связывания с белками плазмы крови позволяет удерживаться 94 % артикаина гидрохлорида в циркулирующем русле в связанном фармакологически неактивном виде – артикаиновой кислоты [90]. Этот показатель свидетельствует о низкой системной токсичности анестетика. Низкая токсичность по сравнению со всеми другими анестетиками амидного ряда даёт возможность использовать

4 % раствор препарата, обладающий высокой анестезирующей активностью. Подобные преимущества артикаина позволяют применять его у детей, беременных женщин, и делает его препаратом выбора для пожилых пациентов, а также пациентов имеющих печёночную и почечную недостаточность. Выводится препарат почками, преимущественно в виде неактивных метаболитов, в неизменённом виде выводится около 5-10 % препарата [102, 103, 174].

Высокую эффективность артикаина отмечают большинство исследователей [22, 88, 196]. По данным H.G. Grigoleit (1996), R. Rahn (1996), S.F. Malamed (2000), П.Ю. Столяренко (2009) [21, 90, 103, 175], эффективность артикаина превышает в 5 раз действие новокаина и в 2-3 раза – анестетиков на основе лидокаина. Препарат обладает самым высоким соотношением активности и токсичности, имеет большую широту терапевтического действия. В его эффективности ключевую роль играют коэффициент разделения и конфигурация молекулы. Показатель коэффициента разделения у артикаина гидрохлорида значительно выше, чем у лидокаина, прилокаина и бупивакаина (соответственно 123,0 против 10,0; 6,9 и 83,2), что обеспечивает ему более высокую степень диффузии в нервное волокно [134]. Следует отметить, что в настоящее время на фармацевтическом рынке появился 4 % раствор артикаина без вазоконстриктора – Ультракаин Д, производство Санофи-Авентис.

Немалый интерес представляет препарат мепивакаин. Хотя по жирорастворимости и связыванию с белками плазмы крови он занимает промежуточное положение, в отличие от других анестетиков не обладает сосудорасширяющим эффектом. Эти уникальные свойства препарата позволяют использовать его в стоматологической практике в виде 3 % раствора без добавления вазоконстриктора [23, 39]. Результаты проведённых исследований показывают, что при использовании 3 % мепивакаина без вазоконстриктора, длительность анестезии пульпы составляет 20-40 минут,

мягких тканей – 2-3 часа [9, 174], а проведение наиболее травматичных этапов стоматологических вмешательств можно осуществлять с 10-й минуты [5].

При проведении обезболивания, выбирая местно-анестезирующий препарат, следует учитывать возраст пациента, наличие у него фоновой патологии, физико-химические свойства и фармакологические особенности препарата, а также его способность оказывать побочные системные действия [38, 95]. Возможность использования 3 % раствора мепивакаина и 4 % раствора артикаина без вазоконстриктора, для проведения различных стоматологических вмешательств, делает их препаратами выбора для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, тиреотоксикозом, бронхиальной астмой и т. д., которым противопоказано применение местно-анестезирующих препаратов, содержащих вазоконстриктор [37, 39, 55].

Таким образом, в связи с бурным развитием медицинской промышленности, в настоящее время на фармацевтическом рынке появились высокоэффективные местные анестетики IV-V поколений, успешно конкурирующие с наркотическими анальгетиками. Клиническое их применение у пациентов с челюстно-лицевой патологией и стоматологическими заболеваниями показывает преимущество первых. Широкое внедрение этих средств в клиническую практику расширяет границы анестезиологического пособия ПРБ не только при обезболивании хирургических вмешательств, но и купировании ХБС у больных с запущенными формами ЗНО ЧЛО.

Показатели «качества жизни» как основной критерий оценки эффективности паллиативного лечения онкологических больных. Основной целью медицинской помощи в онкологии является восстановление и/или сохранение КЖ пациентов [7, 30, 31, 78, 218, 223]. В связи с этим, в последние годы при оценке результативности лечения онкологических

больных показатели КЖ занимают особое место [41, 63, 85, 89, 115, 141, 179, 218]. Такой подход относится и к онкостоматологическим больным [4, 20, 45, 111, 112, 113, 180, 190, 200, 201]. Следует отметить, что в запущенных стадиях заболевания онкостоматологических больных основным фактором, снижающим качество их жизни является ХБС. Болевой фактор оказывает непосредственное влияние на многие функции жизнедеятельности организма, определяющие качество жизни больных – речь, приём пищи, глотание, дыхание [3, 129, 182]. Поэтому оценка КЖ у этой категории больных может быть критерием эффективности проводимого паллиативного лечения [183].

Имеющаяся литература свидетельствует, что понятие КЖ применительно к медицине, используется с 1977 г. Уже в 1990 г. на конференции Национального Института Рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO) показатель КЖ был утверждён ведущим критерием оценки результатов противоопухолевого лечения после показателя выживаемости [41, 154].

КЖ – это совокупная оценка физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [68, 106, 135, 160, 219, 220]. По сути КЖ – это показатель воздействия на человека факторов внешней и внутренней среды [150, 208], и который зависит от возраста, пола, локализации опухолевого процесса, гистобиологической характеристики опухоли, метода лечения и т. д. [92, 207, 208, 214]. Широко распространённый термин «качество жизни, связанное со здоровьем», по мнению многих авторов [47, 68, 84, 127, 160, 161, 178, 198], позволяет дифференцированно определять влияние болезни и лечения на состояние пациента. При этом эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий оценивается субъективными ощущениями самого пациента, что даёт возможность определить не только его объективный статус, но и самооценку этого статуса. КЖ является одним из

ключевых понятий в современной медицине, которое позволяет дать глубокий многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека [119]. Оно является одним из основных критериев при оценке успешности лечения, в том числе и выраженных болевых синдромов.

ВОЗ предлагает следующее определение паллиативной медицины: это «активный целостный уход за пациентами, чьи болезни не поддаются излечению». Его цель – достижение наилучшего КЖ для больных и их семей. Несмотря на то, что болезнь прогрессирует, состояние пациента ухудшается, ему оказывается квалифицированная – паллиативная помощь, эффективность которой может быть оценена критерием «качество жизни» [192]. Важнейшими составляющими оценки КЖ большинство авторов [26, 51, 84, 193] считают физические симптомы, сохранность функций организма, психологический статус и социальное благополучие больного. Изучение этих позиций у этой категории больных, наряду с определением качества и доступности высококвалифицированной медицинской помощи, проясняют такие жизненные аспекты, как трудность ситуационной социальной адаптации, ощущение пациентом бесперспективности и безысходности своего состояния, инвалидизацию вследствие ухудшения эстетики и нарушения функций организма (голосового образования, приёма пищи и дыхания), возникновение побочных реакций на постоянно применяемые антибластические препараты и опиоидные анальгетики, необходимость посторонней помощи и др. [45, 73, 96, 147, 165, 179, 184, 191, 208, 212].

Таким образом, оценка КЖ онкостоматологических больных с одной стороны является надёжным, информативным и объективным методом исследования, позволяющим охарактеризовать состояние здоровья пациента, а с другой – является определяющим критерием оценки эффективности паллиативного лечения, в том числе связанного с устранением выраженного болевого синдрома.

Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика клинического материала

Основу настоящего исследования составили 108 больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (III-IV стадии) в возрасте от 33 до 89 лет, находившихся на лечении или под диспансерным наблюдением в отделении общей онкологии государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе (ГУ РОНЦ МЗСЗН 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), в отделении челюстно-лицевой хирургии Согдийской областной клинической больницы г. Худжанда (ЧЛХ СОКБ) и в клинике хирургической стоматологии Ташкентской государственной медицинской академии Республики Узбекистан с 2005 по 2013 гг. Среди обследованных мужчин было 53 (49,0 %), женщин – 55 (51,0 %).

Наибольшее число больных – 85 из 108 – были в возрасте от 40 до 80 лет, что составило 78,8 %. Больных в возрасте до 40 лет было 10 (9,2%) и 13 (12,0 %) больных – старше 80 лет. Средний возраст мужчин составил 57,5 лет, женщин – 66 лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Из общего количества наблюдаемых больных, первично взятых на курацию, 45 (41,7 %) находились в условиях специализированных учреждений, где им проводилось комплексное противоопухолевое лечение. Оставшаяся часть больных – 63 (58,3 %), симптоматическое лечение основного и сопутствующих заболеваний получала в амбулаторно-поликлинических или в домашних условиях.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

№	Возраст	Мужчины (n=53)		Женщины (n=55)		Всего	
		Абсол.	%	Абсол.	%	Абсол.	%
1	До 39 лет	-	-	10	9,2	10	9,2
2	от 40 до 49 лет	7	6,5	8	7,4	15	13,9
3	от 50 до 59 лет	13	12,0	15	13,9	28	25,9
4	от 60 до 69 лет	12	11,1	5	4,7	17	15,8
5	от 70 до 79 лет	11	10,2	14	13,0	25	23,2
6	старше 80 лет	10	9,2	3	2,8	13	12,0
ВСЕГО		53	49,0	55	51,0	108	100

Среди больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО сельские жители составили 56,5 %, городские – 43,5 % (таблица 2).

Таблица 2

Соотношение городских и сельских больных

Место проживания	Количество больных	% от общего числа больных
Город	47	43,5
Село	61	56,5
ВСЕГО	108	100

Распределение больных в зависимости от пола, первичной локализации опухолевого процесса и его распространённости представлено в таблице 3.

Как видно из представленной таблицы, у большинства наблюдаемых больных – 63 (58,3 %) были диагностированы запущенные стадии рака СОПР. При этом у 33 (30,5 %) больных был выявлен рак языка, у 5 (4,6 %) – рак дна полости рта, у 3 (2,8 %) – рак щеки, у 15 (13,9 %) – рак альвеолярной части нижней челюсти и у 7 (6,5 %) – рак альвеолярного отростка верхней челюсти. Почти у четверти исследуемых – 25 (23,1 %) был установлен рак слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, и лишь у 4 (3,7 %) больных были определены запущенные стадии остеосарком челюстей. Из общего количества больных у 27 (25,0 %) имел место распад опухоли. Следует отметить, что такое условное распределение больных основано на локализации первичного участка возникновения опухолевого процесса. В клинике при III-IV стадиях опухоль занимает 2-3 анатомические области.

Проведённый анализ распространённости злокачественного процесса выявил у 19 (17,6 %) наблюдаемых пациентов III стадию, и у 89 (82,4 %) – IV стадию заболевания. Причём у преобладающего большинства обследованных – 64 (59,2 %) была констатирована распространённость опухолевого процесса, соответствующая $T_4N_{1-2}M_0$.

Результаты морфологического изучения опухолей у наблюдаемых больных представлены на рисунке 1. Они свидетельствуют о том, что у большинства – 104 (96,3 %) больных, злокачественная опухоль имела эпителиальное происхождение, а именно плоскоклеточный рак у 91 (84,2 %), базалиома – у 1 (0,9 %), переходноклеточный рак у 7 (6,5 %) и цилиндрома – у 5 (4,6 %). Только у 4 (3,7 %) больных опухоли имели соединительнотканное происхождение.

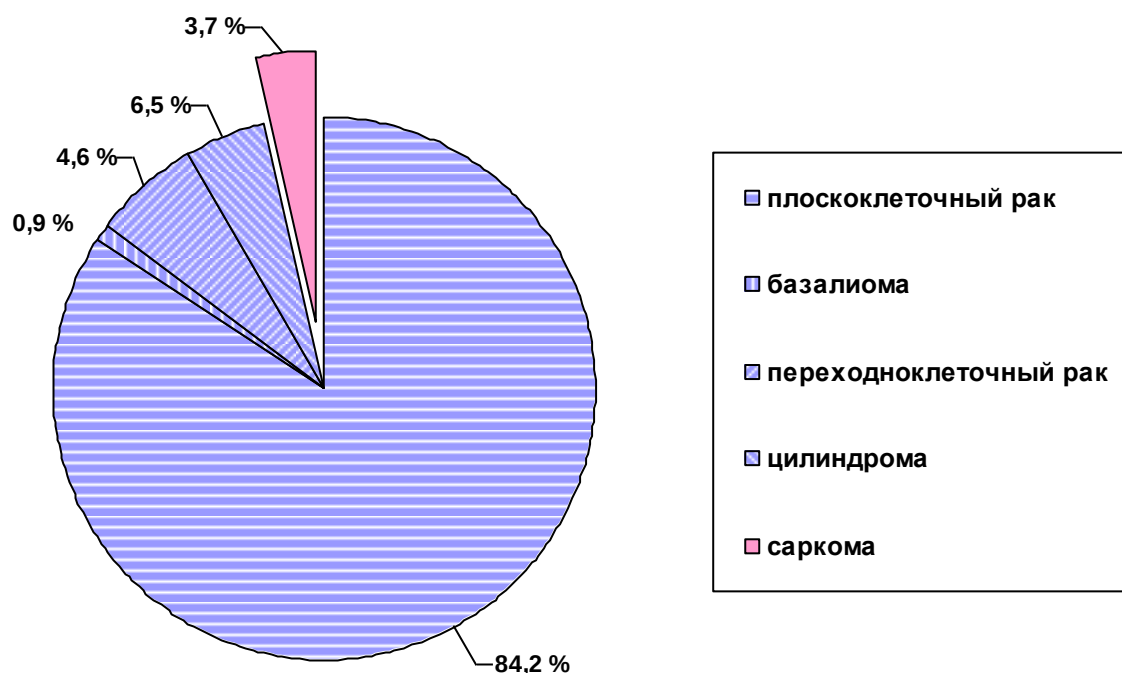


Рис. 1. Структура результатов морфологического исследования опухолевого процесса у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований ЧЛЮ

Кроме того, нами проводилось изучение предрасполагающих анамнестических факторов, способствующих возникновению опухолевого процесса. Результаты которого представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Структура выявленных предрасполагающих факторов
возникновения опухолевого процесса**

№	Факторы риска	Число	%
1	Вредные привычки:	76	70,37 %
	– курение табака	23	21,3 %
	– употребление наса	25	23,14 %
	– злоупотребление алкоголем	28	25,9 %
2	Предраковые заболевания СОПР (болезнь Боуэна, преканцерозный хейлит Манганотти,	3	2,77 %

	веррукозная форма лейкоплакии)		
3	Заболевание простым герпесом	58	53,7 %
4	Доброкачественные новообразования полости рта (эпулис, папилломатоз)	7	6,48 %
5	Хроническое раздражение СОПР и пищеварительного тракта:	48	44,44 %
	– острые края зубов	25	23,14 %
	– некачественное протезирование	23	21,3 %
	– желудочно-пищеводный рефлюкс	2	1,85 %
6	Вредные производственные факторы (работа в запылённом помещении, работа на открытом воздухе, чрезмерная солнечная инсоляция, постоянная сырость)	13	12,0 %
7	Длительный воспалительный процесс	25	23,14 %

Примечание: в связи с возможностью наличия у одного больного 2-х и более показателей, сумма в относительном выражении больше 100 % и абсолютном выше 108 в таблицах 5 и 6.

В ходе изучения у каждого исследуемого были выявлены от 1 до 4 потенциальных факторов, способствующих развитию заболевания. Причём анализ показывает, что 80 % (42 больных) исследуемых мужского пола имели вредные привычки в виде употребления табака, курения сигарет, злоупотребления алкоголем. Из этого количества 28 пациентов имели одновременно два предрасполагающих фактора. В ходе выявления предрасполагающих факторов развития опухолевого процесса у 76 % больных раком СОПР выявлены факторы раздражения слизистой оболочки (острыми краями зубов, некачественно изготовленными зубными протезами, а также желудочно-пищеводный рефлюкс). Кроме того, у 53,7 % (58 больных), исследуемых в первичном звене, констатировано наличие

хронического герпетического поражения слизистой оболочки губ и полости рта.

При обследовании наблюдаемых больных особое внимание отводилось изучению фоновых заболеваний. С точки зрения общей курации такая тактика была обусловлена тщательным выбором основных и вспомогательных средств, оказывающих минимально негативное влияние на функцию жизненно важных органов. Результаты изучения частоты сопутствующей патологии у исследуемых представлены в таблице 5.

Таблица 5

Частота сопутствующей патологии у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области

№	Характер сопутствующей патологии	Количество больных	% от общего числа больных
1	Сердечно-сосудистая:	94	87,0 %
	– артериальная гипертензия	49	45,3 %
	– ишемическая болезнь сердца,	45	41,7 %
	атеросклероз, пороки сердца и др.		
2	Инфекции (бронхит, ОРВИ, гастрит, вирусный гепатит, холецистопанкреатит, энтероколит, пиелонефрит, аднексит, эндометрит, простатит, ревматическая лихорадка, полиартрит)	91	84,2 %
3	Хирургическая (язвенная болезнь желудка, желудочно-пищеводный рефлюкс, нефроптоз, камни	28	26,0 %

	мочевыводящих путей, доброкачественные новообразования яичников, матки, геморрой)		
4	Травмы (ушиб, перелом)	3	2,7 %
5	Эндокринная:	18	16,66 %
	– сахарный диабет	12	11,1 %
	– эндемический зоб	6	5,5 %
6	Анемии	51	47,2 %
7	Ожирение	6	5,5 %

Из таблицы видно, что у абсолютного большинства наблюдаемых – 105 (97 %) больных выявлены заболевания, сопутствующие основному. Данный показатель согласовывается с данными возрастного ценза исследуемых, поскольку в возрасте старше 49 лет наличие некоторых изменений в деятельности основных органов и систем даже у здорового организма закономерно. Так, у 94 (87 %) наблюдаемых была выявлена патология сердечно-сосудистой системы, в том числе в виде артериальной гипертензии у 49 (45,3%) больных. У 91 (84,25 %) больного были выявлены хронические инфекционно-воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. Почти у половины наблюдаемых – 51 (47,2 %), выявлены анемии различной степени тяжести, которые были связаны с ранее проведёнными химио-, лучевой терапией, хирургическим вмешательством или комбинированным лечением.

С учётом этих данных нами проводилось изучение вида ранее проведённого противоопухолевого лечения, результаты которой представлены на рисунке 2.

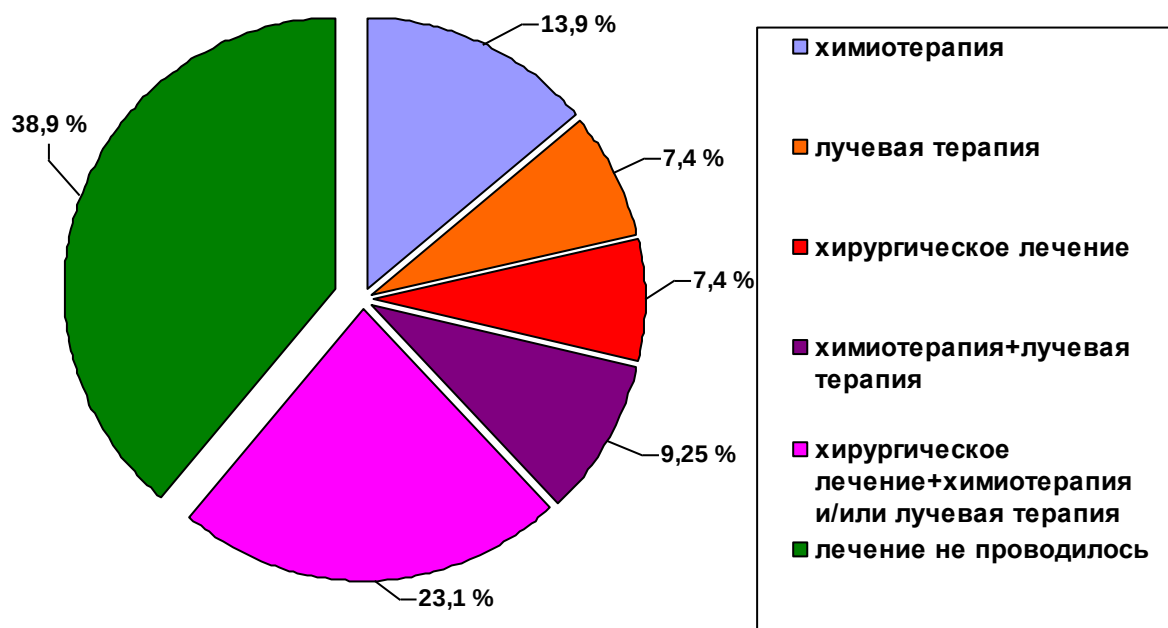


Рис. 2. Характер ранее проведённого лечения больных запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области

Как видно из рисунка, 31 (28,7 %) больному проведены один из трёх существующих видов лечения – химиотерапия, лучевая терапия или хирургическое вмешательство. Сочетание двух или трёх видов лечения – комбинированное лечение, применено 35 (32,4 %) больным. При этом следует особо обратить внимание на то, что 42 (38,9 %) больным в догоспитальном периоде никакого лечения не проводилось. Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует, что больше трети обследуемых обращались к специалисту либо уже с запущенными стадиями злокачественного процесса, или же после установления диагноза больные оставались равнодушными к состоянию своего здоровья.

2.2. Методы исследования

Исследование болевого синдрома и оценка эффективности проводимой противоболевой терапии. ХБС у больных с запущенными

стадиями ЗНО ЧЛО изучали методом анкетирования, с помощью специально разработанной карты. Указанная карта состоит из 21 пункта – вопросов, определяющих характер болевого синдрома: его связь с ранее проведённым лечением, длительность его существования, локализацию, интенсивность и иррадиацию болевых ощущений, глубину их расположения, остроту, подвижность, ритм и динамику после приёма анальгетика, время возникновения максимальных болевых ощущений в течение суток, их зависимость от движения, покоя и давления. Кроме того, определяли влияние боли на функции жевания, глотания и речи. Особое внимание уделяли результатам проводимой анальгезирующей терапии, включая вид анальгетика, длительность его применения, дозировку, продолжительность и глубину оказываемого анальгетического эффекта, а также на наличие побочных воздействий (приложение 1).

Для оценки интенсивности ХБС использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), которая представляет собой линейку длиной 10 см, с отметками на ней от 0 баллов, что означает «боли нет», до 10 баллов, что определяет «нестерпимую боль». Пациенты самостоятельно отмечали на линейке метку, которая соответствовала уровню боли, испытываемой ими в момент исследования. С обратной стороны линейки были нанесены сантиметровые деления для отметки полученных значений.

Эффективность проводимой лечебной анальгезии у исследуемых оценивали по ВАШ и по показателям сердечно-сосудистой (подсчёт частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение кровяного давления – тонометрия) и дыхательной (подсчёт частоты дыхания (ЧД)) систем.

Оценку динамики ХБС и эффективности проводимой анальгезии, по перечисленным показателям, проводили в день проведения манипуляций по обезболиванию (до и после 30 мин), на 3-и и на 10-е сутки от начала противоболевой терапии.

Оценка уровня качества жизни. Уровень КЖ оценивался с использованием опросника FACT-G версии 4, модифицированного FACT-N&N для больных с опухолями головы и шеи [149]. Опросник FACT-N&N состоит из базовой части, включающей 27 общих вопросов, и модуля, содержащего 12 дополнительных. Общие вопросы оценивают 4 основные сферы жизнедеятельности пациентов: сфера физического благополучия (Physical well-being, PWB); сфера социального или семейного благополучия (Social/Family well-being, SWB); сфера эмоционального благополучия (Emotional well-being, EWB); сфера функционального благополучия (Functional well-being, FWB). Дополнительные вопросы специфичны для больных с опухолями головы и шеи (приложение 2).

Оценку уровня КЖ проводили в день проведения манипуляций по обезболиванию (до обезболивания), на следующий день, на 3-и и 10-е сутки от начала противоболевой терапии.

Кроме того, всем больным выполняли общепринятые клинические исследования: анализы морфологии периферической крови, мочи, биохимический анализ крови и др. Из дополнительных методов исследования проводили рентгенографию и компьютерную томографию (КТ) костей черепно-челюстно-лицевой области и органов грудной клетки, визиографию.

Полученные результаты подвергали статистической обработке. Достоверность различий полученных средних определяли при помощи доверительного коэффициента t (критерий Стьюдента). Статистически различие считали достоверным при $p < 0,05$ и $p < 0,01$. Для обработки и представления полученных результатов с применением таблиц и графиков использовали пакеты прикладных программ «Microsoft Office Excel 2010», «Statistica for Windows 7.0».

2.3. Характеристика болевого синдрома запущенных стадий злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и эффективность традиционной фармакотерапии в его купировании

Структура болевого синдрома и эффективность проводимой противоболевой терапии изучали методом анкетирования. Специально составленная анкета состоит из 21 пункта, первые 13 из которых посвящены характерологическим особенностям болевого синдрома, включая связь с ранее проведённым лечением, длительность существования, локализацию и интенсивность болевых ощущений, глубину их расположения, характер и остроту, подвижность, ритм, время максимального их возникновения в течение суток, зависимость от движения, покоя и давления, и иррадиацию. Следующие 3 пункта освещают наличие изменений со стороны функций жевания, глотания и речи, возникающие под влиянием боли. Последние 5 пунктов анкеты посвящены вопросам оценки эффективности проводимой фармакотерапии, включая вид применяемого анальгетика, длительность его применения, дозировку, продолжительность и глубину оказываемого эффекта, а также наличие нежелательных побочных эффектов.

В ходе исследования было установлено, что все 108 исследуемых испытывают боли различной степени интенсивности. При этом отмечено, что у 71 (65,7 %) больного боли появились до проведения противоопухолевого лечения, то есть болевой синдром был обусловлен ростом опухоли. Из этого количества 20 (18,5 %) больных начали испытывать болевые ощущения на первом месяце заболевания, 38 (35,1 %) – в течение 2 ± 1 месяцев, 13 (12,0 %) – после 3 месяцев от начала заболевания. У 37 (34,25 %) больных боли появились после проведения противоопухолевого лечения (химиотерапии, лучевой терапии, хирургического вмешательства или их комбинации). Из них у 10 (9,25 %) – болевые ощущения появились в течение первого месяца

после лечения, у 5 (4,6 %) – в течение 2 ± 1 месяцев и у 22 (20,3 %) больных – после 3 месяцев от начала лечения.

Изучение динамики болевого синдрома показало, что интенсивность болевых ощущений нарастала в первые 3 месяца у 22 (20,4 %) больных, от 3 до 6 месяцев – у 40 (37,0 %) больных, от 6 до 12 месяцев – у 28 (25,9 %) и позже 1 года – только у 18 (16,6 %) пациентов. Следовательно, почти половина исследуемых – 57,4 % начали испытывать сильные боли в течение 6 месяцев от начала заболевания. Эти данные свидетельствуют о необходимости усиления проведения мероприятий по купированию болевого симптома у этой категории больных именно в эти сроки.

Дальнейшее изучение структуры болевого синдрома показывает, что локализация болевых ощущений соответствует месту расположения и направлению роста опухоли. Большинство исследуемых ощущают боль по ходу иннервации одной из ветвей тройничного нерва. Так, при расположении злокачественной опухоли на верхней губе, на альвеолярном отростке верхней челюсти и в верхнечелюстном синусе (41 больной, или 37,9 %) болевые ощущения локализовались в сегменте, иннервация которого осуществляется за счёт второй ветви тройничного нерва. При расположении опухоли на нижней губе, на альвеолярной части нижней челюсти, в области дна полости рта и на языке (39 больных, или 36,1 %) боль ощущалась на сегменте, иннервируемом третьей ветвью тройничного нерва. Когда опухоль располагалась в области корня языка с прорастанием в глотку (25 больных, или 23,1%), боль ощущалась в поражённой патологическим процессом половине языка и глотки. Только у 3 больных с расположением опухоли в щеке локализация боли соответствовала топографии последней. При наличии регионарных метастазов больших размеров (21 больной, или 19,4 %) боль ощущалась и в область шеи.

В соответствии с особенностями анатомо-топографического строения ЧЛЮ и быстрым прорастанием опухоли в костные структуры, больше

половины исследуемых – 65 (60,1 %) констатировали боль по всей поражённой половине челюсти. Причём 5 (4,6 %) больных ощущали боль одновременно и в кости и мышцах, 30 (27,7 %) – в кости и на коже, 13 (12,0 %) – в кости, в мышцах и на коже. У 43 (39,7 %) больных болевые ощущения локализовались в мышцах, в том числе у 11 (10,1 %) одновременно и на коже. У преобладающего большинства исследуемых 80 (74,0%) отмечено, что болевые ощущения носят острый характер. На неподвижность характера боли указывали 90 (83,3 %) больных, на постоянную интенсивность боли – 83 (75,9 %) больных. Согласно данным анкетирования болевые ощущения у 93 (86,1 %) больных усиливались в вечернее и ночное время суток.

Анализ характера болевых ощущений показывает, что у 41 (37,9 %) больного они носят «разрывающий» характер, у 30 (27,7 %) пациентов – «схватывающий», у 25 (23,1 %) – «жгучий», у 7 (6,5 %) – «ломающий» и у 5 (4,6 %) – «ноющий» характер. При этом особо отмечено, что при локализации злокачественной опухоли в мягких тканях, болевые ощущения носят «ноющий», «жгучий» и «схватывающий» характер, а при прорастании опухоли в костные структуры челюстных костей они приобретают «разрывающий» характер. Кроме того у 46 (42,6 %) больных одновременно отмечены неврологические сенсорные нарушения в виде парестезии (постоянное чувство холода или жжения в области губ, носа, подбородка), дизестезии (чувство «ползания мурашек» на коже) и аллодинии (возникновение боли при не болевом раздражении), указывающие на нейропатический механизм развития болевого синдрома.

Большинство исследуемых – 83,3 % (90 больных) отмечают усиление болевых ощущений при разговоре и жевании, что вынуждает их ограничивать себя в общении и в приёме пищи. Наряду с этим, почти половина – 48 % (12 больных) исследуемых с первичной локализацией опухолевого процесса в верхнечелюстном синусе, отмечали усиление боли

при принятии горизонтального положения тела или при наклоне головы вперёд, что объясняется повышением давления на нервные стволы, вследствие прилива крови. Проведённый анализ показывает, что у 72,2 % (78 больных) исследуемых отмечается усиление боли от давления на область опухоли. У абсолютного большинства исследуемых – 103 (95,3 %) больных, отмечена иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва, что свидетельствовало о прогрессирующем росте опухоли. При этом у 50 (46,2 %) пациентов боли иррадиировали в направлении уха, у 41 (37,9%) – в височную область и у 12 (11,1 %) – одновременно в обе указанные области. У 17 (15,7 %) больных, находящихся в терминальной стадии заболевания, отмечена постоянная мучительная головная боль.

По результатам анкетирования мы также проанализировали функцию жевания, которая была нарушена у 83 (76,8 %) больных. Нарушения проявлялись ограничением или болезненным открыванием рта, затруднённым пережёвыванием пищи, связанными с болезненными движениями языка, что вынуждало больных жевать на здоровой стороне или принимать только жидкую пищу. Кроме того, у 58 (53,7 %) больных выявлены нарушения функции глотания, заключающиеся в болезненном или затруднённом проглатывании пищи, а также затруднения дыхания, что свидетельствовало о прогрессирующем экзофитном росте опухоли. У 90 (83,3 %) исследуемых выявлены нарушения функции речи, которые проявлялись изменением тембра голоса, открытой гнусавостью и невнятным произношением. При этом установлено, что открытая гнусавость речи встречалась у больных с локализацией злокачественной опухоли в верхнечелюстном синусе, ротоглотке или у больных с распадающейся опухолью верхней челюсти с образованием дефекта нёба. При локализации опухоли на альвеолярной части нижней челюсти, в области дна полости рта и языка чаще отмечалась невнятность речи. Из-за усиления болевых ощущений

больные старались не разговаривать, что вынуждало их общаться с окружающими письменно или с помощью жестикуляции и мимики.

Общеизвестно, что интенсивность боли является одним из основных критериев потребности в анальгетиках. Результаты оценки интенсивности болевого синдрома по ВАШ показывают, что 15 (13,9 %) исследуемых оценивали болевые ощущения как «слабой интенсивности» (до 4 баллов), 35 (32,4 %) – как «средней интенсивности» (5-7 балла) и 58 (53,7 %) – как «выраженной интенсивности» (8-10 балла). В соответствии с этим все 108 больных получали анальгетики согласно критериям трёхступенчатой схемы обезболивания рекомендованной ВОЗ. Было установлено, что на момент анкетирования 40 (37,0 %) больных с целью купирования болевого синдрома получали НПВП, а 68 (63,0 %) больных – наркотические препараты, в том числе мощный наркотический анальгетик – морфин 27 (25,0 %) больных, и их суточный расход у некоторых достигал 12 мл. Следует особо подчеркнуть, что согласно результатам анкетирования даже при применении больших доз анальгетиков у 67 (62,0 %) больных полного и желаемого обезболивания достигнуто не было, и болевой синдром сохранялся в пределах 1-4 баллов по ВАШ. При этом было отмечено заметное укорочение времени действия используемых анальгетиков, что объясняется усилением болевого синдрома по мере прогрессирования опухолевого процесса, а также развитием толерантности к препаратам, вследствие частого и длительного применения. Результаты оценки эффективности противоболевой терапии у исследуемых представлены в таблице 6.

Таблица 6

Эффективность противоболевой терапии у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области

Интенсивность боли после обезболивания (по ВАШ)	Вид применяемого анальгетика		ВСЕГО
	НПВП	Наркотические препараты	
0 балла (боли нет)	10 (9,2 %)	31 (28,8 %)	41 (38,0 %)
1 бал	5 (4,6 %)	8 (7,4 %)	13 (12,0 %)
2 балла	23 (21,4 %)	20 (18,5 %)	43 (39,9 %)
3 балла	2 (1,8 %)	7 (6,5 %)	9 (8,3 %)
4 балла	-	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)
ВСЕГО	40 (37,0 %)	68 (63,0 %)	108 (100 %)

Из представленных данных видно, что эффективность проводимой противоболевой терапии в группе больных, которым использовались наркотические препараты, составила 57,4 %. Продолжительность анальгетического эффекта в этой группе больных в среднем составила $4,2 \pm 0,09$ ч.

Результаты исследования показали, что у 95 больных (87,9 %) отмечались побочные эффекты на приём анальгетиков, в том числе у 35 (32,4 %) больных на приём НПВП и у 60 (55,5 %) больных на наркотические препараты. В группе исследуемых, которым для обезболивания применялись НПВП, в 75,0 % (30 больных) случаев отмечались признаки раздражения слизистой оболочки желудка (боли и жжение в области эпигастрия, обострение хронического гастрита, язвенная болезнь желудка). У 88,2 % (60 больных) исследуемых, которым обезболивание проводилось наркотическими препаратами, отмечались побочные эффекты, структура которых представлена в таблице 7.

Таблица 7

Побочные действия применяющихся наркотических препаратов

№	Побочные действия	Число случаев	%
1	Тошнота	58	85,3 %
2	Рвота	45	66,1 %
3	Сонливость	17	25,0 %
4	Слабость	7	10,3 %
5	Повышение АД	12	17,6 %
6	Запоры	20	29,4 %
7	Затруднение мочеиспускания	5	7,3 %
8	Угнетение дыхания	35	51,4 %

Примечание: в связи с возможностью наличия у одного больного 2 и более показателей, сумма в относительном выражении больше 100 % и абсолютном выше 68.

Таким образом, на основании анкетного опроса больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ была выявлена типичная для описываемой локализации картина – характер ХБС. Болевой синдром начинал развиваться в течение первых 3 месяцев от начала заболевания вне зависимости от проведения лечения, и через полгода он уже носил выраженный характер. Боль чаще ощущалась одновременно в нескольких областях, располагаясь в кости и усиливаясь в вечернее и ночное время, с иррадиацией в ухо и висок. Боль была охарактеризована, как острая и неподвижная, «разрывающая», «схватывающая», сопровождающаяся сенсорными симптомами, и ощущаемая постоянно. При движении челюсти и от надавливания на опухоль боль усиливалась. Описываемая структура боли соответствует нейропатическому типу болевого синдрома, чем и объясняется недостаточная эффективность проводимой традиционной фармакотерапии у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ. Эти данные побуждают к

поиску новых, эффективных методов купирования ХБС у этой категории больных.

Глава 3. НОВЫЙ МЕТОД ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

3.1. Техническое обеспечение усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва

В основной группе курируемых больных болевой синдром купировали усовершенствованным методом ПРБ ветвей тройничного нерва, заключающимся во фракционном введении болюсных доз местного анестетика через тонкий катетер, подведённый к месту выхода 2-й или 3-й ветви тройничного нерва из полости черепа – к круглому или овальному отверстию [99, 100].

Главными обстоятельствами, которые необходимо учитывать при проведении паллиативной противоболевой терапии больным с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО, являются долговременность проводимого обезболивания, малоинвазивность манипуляции и безопасность используемых средств. В этой связи возникает необходимость в надёжной фиксации катетера с использованием материалов, не имеющих побочных эффектов, и не изменяющих свою структуру в условиях длительного пребывания в организме человека. Это стало возможным благодаря последним достижениям медицинского материаловедения, в том числе совершенствованию микрокатетерной техники, появлению нового класса шовных материалов и анестетиков IV-V поколений. В отличие от проведения ПРБ по классическому методу, предложенному П.Ю. Столяренко (1987) [97], при осуществлении блокады по усовершенствованной методике используются следующие медицинские изделия:

- одноразовый комплект шприца, объёмом 5,0 мл, и иглы для внутримышечных инъекций;
- «внутрисосудистый катетер» (далее «катетер на игле») производства фирмы Provein (Индия) различного размера (16G, 17G, 18G, 20G), выбор которого осуществляется с учётом местных конституциональных особенностей больного;
- 2 % раствор лидокаина, 4 % раствор артикаина с адреналином (1:200 000) или без него, 3 % раствор мепивакаина – как для обезболивания места подведения катетера, так и для проведения лечебной анальгезии;
- шовный материал из никелида титана – нить марки ТН-20 (диаметром 0,12-0,15 мм) с атравматичной иглой для фиксации катетера (рис. 3).



Рис. 3. Набор инструментов и средств для проведения ПРБ ветвей тройничного нерва по усовершенствованной методике

«Катетеры на игле» фирмы Provein, как и катетеры других фирм, изготавливаются из тефлона, с соблюдением международной цветовой кодировки (стандарт ISO 10555-5:1996), что очень удобно для быстрого определения необходимого размера катетера [46] (табл. 8). Отличительной особенностью катетеров фирмы Provein является наличие отверстий (обычно по 3) на фиксационных «крыльях» (рис. 4 а-б). Этот элемент, помимо традиционного закрепления лейкопластырем, даёт возможность фиксировать катетер путём подшивания к подлежащим тканям. Данная особенность катетеров указанной фирмы явилась основанием для их выбора при проведении ПРБ курируемой группе больных.

Таблица 8

Технические характеристики «катетеров на игле» фирмы Provein, используемых при проведении пролонгированной регионарной блокады у онкостоматологических больных

Размер (G)	Внешний диаметр (мм)	Длина активной части (мм)	Цветовая кодировка
16	1,8	45	Серый
17	1,5	45	Белый
18	1,3	45	Тёмно-зелёный
20	1,1	33	Розовый

Использование шовного материала из сплава на основе никелида титана для фиксации катетера является весьма уместным. Хирургический шовный материал в виде нити из сплава на основе никелида титана марки ТН-20 обладает уникальными биофизическими и биомеханическими свойствами, позволяющими ему долговременно находиться в тканях, при этом не изменять свою структуру и не оказывать негативное влияние на них. Характерными свойствами нити являются: отсутствие фитильных свойств,

следовательно, меньшая подверженность контаминации микроорганизмами, что предупреждает развитие воспалительного процесса; биоинертность, исключая развитие реакции со стороны кожи и образование гипертрофических рубцов; прочность и циклоустойчивость, позволяющие стабильно, в течение длительного периода времени удерживать ткани; шероховатая, микропористая поверхность, обуславливающая надёжную фиксацию коллагена по всей длине нити, и предотвращающая её прорезывание [82, 110, 123] (рис. 4 в-г).



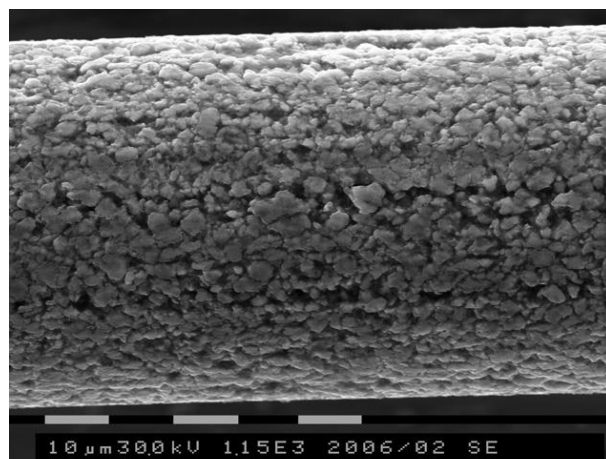
а



б



в



г

Рис. 4. Медицинские изделия и средства, используемые для проведения ПРБ онкостоматологическим больным, по усовершенствованной методике; а – «катетеры на игле» фирмы Provein различных размеров; б – отверстия на

фиксационных «крыльях» катетера (белые стрелки); в – хирургический шовный материал на основе никелида титана (на катушке слева нить Ø 0,15 мм, справа – 0,12 мм); г – поверхность никелид-титановой нити [110]

На способ купирования ХБС у больных со ЗНО ЧЛО методом ПРБ получен патент на изобретение государственного патентного ведомства РТ №ТJ 441 от 28 марта 2011 г. «Способ обезболивания у онкостоматологических больных» (рис. 5) [83].



Рис. 5. Патент на изобретение №ТJ 441 «Способ обезболивания у онкостоматологических больных» от 28 марта 2011 года

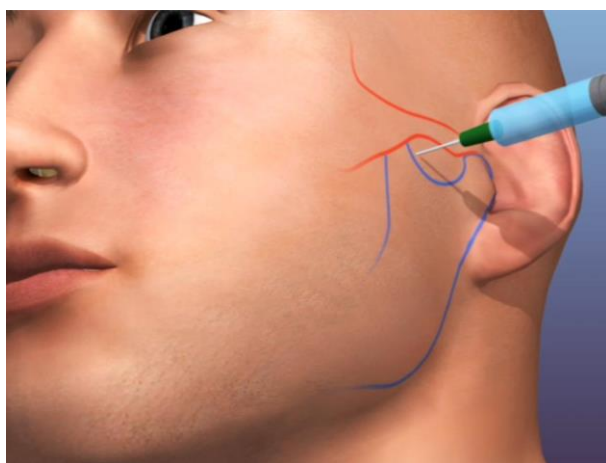
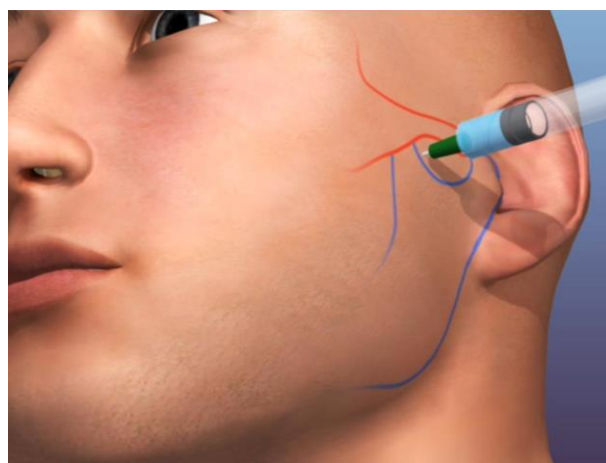
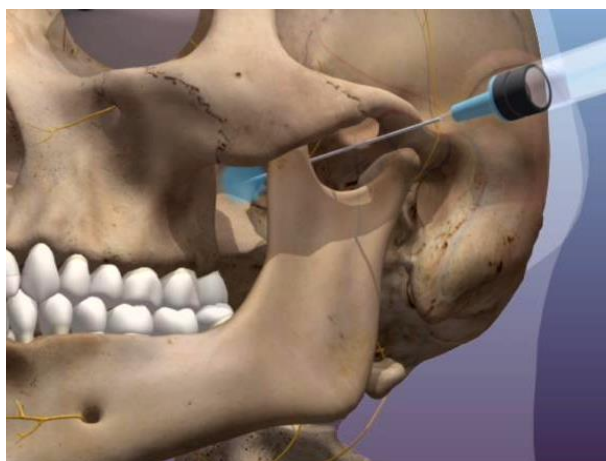
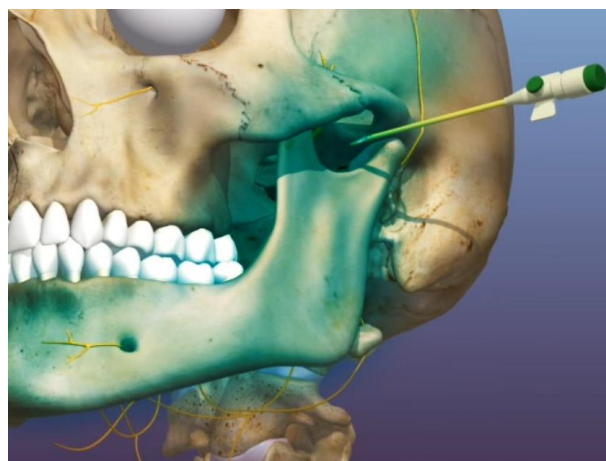
3.2. Техника проведения пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва по усовершенствованной методике

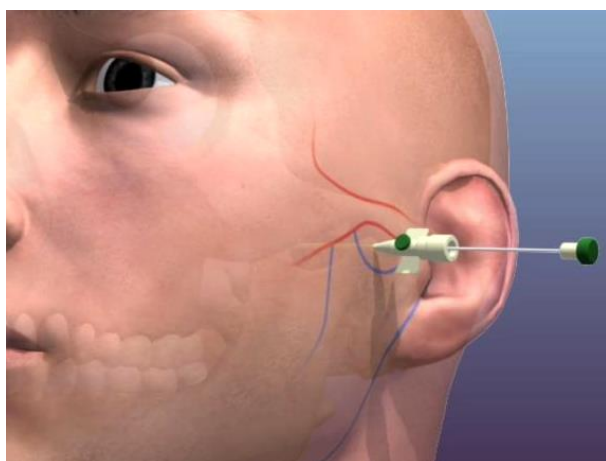
Техника пролонгированной регионарной блокады 3-й ветви тройничного нерва. Блокаду третьей ветви тройничного (нижнечелюстного) нерва проводили у больных с локализацией злокачественной опухоли в зоне

его иннервации – на нижней губе, в щёчной области, в области дна полости рта, на нижней челюсти и языке. При этом за основу брали методику анестезии В.М. Уварова.

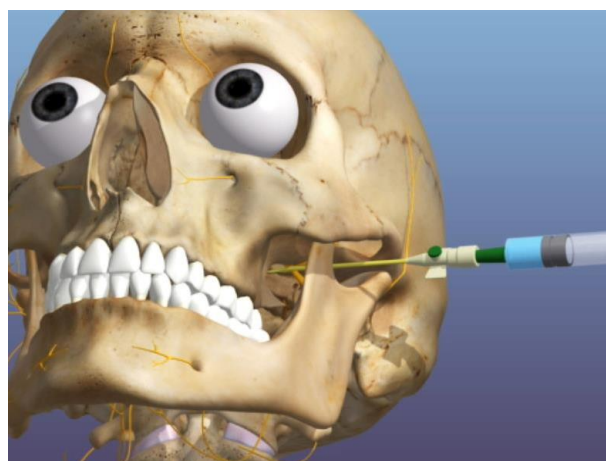
Техника подведения катетера к овальному отверстию складывается из следующих этапов: больному придаём положение лёжа на спине с поворотом головы в сторону, противоположную проведению инъекции; проводим антисептическую обработку кожи 1 % раствором йодоповидона или 70° спиртом (двукратно); на 2 см кпереди от козелка уха, у нижнего края скуловой дуги, перпендикулярно коже делаем вкол иглы для внутримышечных инъекций, подсоединённой к 5,0-миллилитровому шприцу с 3,4-4 мл (2 карпулы/ампулы) раствора анестетика, выбранного для конкретного больного; производим инфильтрационное обезболивание кожи и подкожной жировой клетчатки до образования лимонной корки Ø 2-2,5 см; постоянно впрыскивая раствор анестетика, иглу продвигаем до уровня оставления выступающей части в 2-3 мм над кожей (для захвата зажимом в случае поломки места соединения с пластмассовой канюлей), проводим аспирационную пробу, и вводим весь оставшийся объём обезболивающего раствора в подвисочную ямку. Исчезновение чувствительности по всей нижней трети лица соответствующей стороны (в течение 10-15 мин для лидокаина, 8-12 мин для атрикаина) является признаком правильного выполнения техники обезболивания; затем по той же точке укола, в том же направлении вводим «катетер на игле» 16G-18G размеров до погружения всей его активной части (до канюли). При этом конец катетера достигает овального отверстия (по данным В.М. Уварова расстояние от кожи до овального отверстия 4,5 см); после извлечения «иглы-интродуктора» к катетеру подсоединяем 5,0-миллилитровый шприц с предварительно набранным раствором анестетика, который использовали в начале процедуры, в объёме 1,7-2 мл (1 карпула/ампула). После проведения аспирационной пробы вводим обезболивающий раствор и закрываем катетер

колпачком; далее у основания катетера с двух взаимно противоположных сторон, как при накладывании П-образного шва, через кожно-жировой слой проводим две нити из никелида титана марки ТН-20; концы обеих нитей, находящиеся с одной стороны, завязываем над кожей, дополнительно делаем узел на уровне отверстий фиксационных «крыльев» катетера, нить проводим через одно из отверстий и, завязывая ещё один узел, фиксируем катетер. Этапы установки катетера у овального отверстия и способа его фиксации представлены на рисунках 6 а-з и 7 а-г.

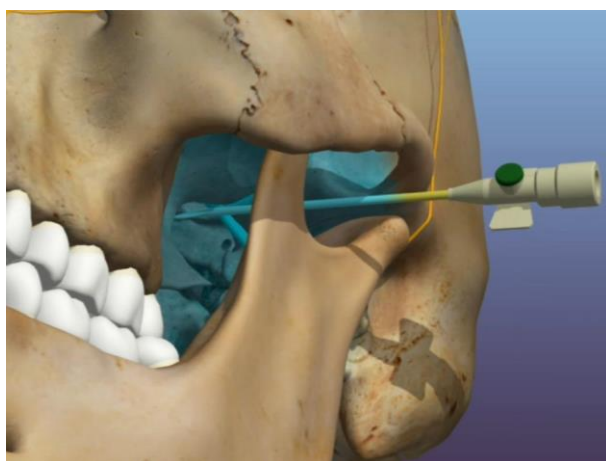
***а******б******в******г***



д



е



ж



з

Рис. 6. Этапы проведения ПРБ 3-й ветви тройничного нерва по усовершенствованной методике. Схема из навигационной системы: а – обезболивание процедуры по методике В.М. Уварова; б – конечное положение иглы при введении анестетика в подвисочную ямку; в – конец иглы оказывается на близком расстоянии к овальному отверстию и стволу нижнечелюстного нерва. Начало введения раствора анестетика; г – по той же точке укола, в том же направлении вводится «катетер на игле» (в данном случае размера 18G); д – после установки катетера в конечное положение извлекается «игла-интродуктор»; е – далее в катетер вводится 1,7-2 мл анестетика; ж – конечное положение катетера, его конец находится у овального отверстия через которое выходит нижнечелюстной нерв. Момент инфильтрации раствора анестетика в мягкие ткани подвисочной ямки; з – конечный эффект обезболивания

*а**б**в**г*

Рис. 7. Фиксация катетера при проведении ПРБ по усовершенствованной методике: а – проведение двух отдельных нитей из никелида титана через кожно-жировой слой у основания катетера; б – завязывают концы обеих нитей, находящиеся с одной стороны, в узел с 2-3-мя нахлёстами; в – после завязывания узла над кожей дополнительно делают узел на уровне отверстий фиксационных «крыльев» катетера; г – положение катетера после завершения фиксации

Техника пролонгированной регионарной блокады 2-й ветви тройничного нерва. У больных с локализацией злокачественной опухоли в зоне иннервации второй ветви тройничного (верхнечелюстного) нерва – на верхней губе, нёбе, верхней челюсти и в верхнечелюстном синусе, проводили блокаду второй ветви тройничного нерва. При этом использовали

подскулокрыловидный метод по С.Н. Вайсблату (для предупреждения образования гематомы, техника проведения без манёвров иглы и катетера).

Техника подведения катетера к круглому отверстию заключается в следующем: как при предыдущем способе, больному придаём положение лёжа на спине с поворотом головы в сторону, противоположную проведению инъекции; проводим антисептическую обработку кожи 1 % раствором йодоповидона или 70° спиртом (двукратно); по центру трагоорбитальной линии (линия, соединяющая козелок уха и ниже-наружный угол глазницы), у нижнего края скуловой дуги, делаем вкол иглы для внутримышечных инъекций и производим инфильтрационное обезболивание кожи и подкожной жировой клетчатки; затем придав игле в сагиттальной плоскости уклон *кпереди* на 15-20° (или 1 см), постоянно впрыскивая раствор анестетика, иглу продвигаем до уровня оставления выступающей части в 2-3 мм над кожей. При этом конец иглы оказывается на близком расстоянии от крыловидно-нёбной ямки, куда после аспирационной пробы вводим весь оставшийся объём обезболивающего раствора. Появление чувства онемения по всей средней трети лица соответствующей стороны (в течение 8-15 мин, в зависимости от применяемого местного анестетика) свидетельствует о правильном выполнении техники обезболивания; затем по той же точке укола, в том же направлении, вводим «катетер на игле» 16G-18G размеров до полного погружения его активной части (до канюли). При этом конец катетера достигает входа в крыловидно-нёбную ямку (по данным С.Н. Вайсблата расстояние от кожи до указанной ямки от 2,7 до 5,5 см). В дальнейшем продвижении катетера к круглому отверстию нет необходимости. Крыловидно-нёбная ямка небольших размеров, в среднем 2 см³, поэтому введённый в объёме 1,7-2,0 мл (1 карпула/ампула) обезболивающий раствор, распространяясь по рыхлой клетчатке, достигает нервного ствола; после извлечения «иглы-интродуктора» в катетер вводим 1,7-2,0 мл (1 карпула/ампула) раствора местного анестетика, который

использовали в начале процедуры, и закрываем его колпачком; далее проводим фиксацию катетера по той же методике, как было указано ранее.

Уход за катетером. Учитывая факт длительного по времени присутствия катетера, для профилактики нагноения кожи, подкожной клетчатки, образования инфильтратов, у основания катетера подкладываем микросалфетку Ø 1-1,5 см и фиксируем лейкопластырем или бактерицидным пластырем. Салфетки и наклейки меняем через каждые 2-3 дня. Кожу вокруг катетера в радиусе 4-5 см обрабатываем 70° спиртом или 1 % раствором йодоповидона, чередуя их с 4 % раствором борной кислоты или 0,5 % спиртовым раствором хлоргексидина. Место фиксации лейкопластыря каждый раз меняем, поворачивая полоски пластыря по оси катетера на 30-45°.

Так как катетер находится вне полости кровеносного сосуда (проводим контроль аспирации), а введение анестетика, в зависимости от частоты возникновения болевых приступов, проводим в 4-6 ч один раз, нет необходимости создавать в катетере «гепариновую пробку».

3.3. Клинико-рентгенологическое обоснование усовершенствованного метода пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва

Неотъемлемой составляющей комплексного исследования пациентов с патологией ЧЛО являются методы лучевой диагностики. При этом современные методы лучевого исследования, помимо диагностики патологических состояний, применяются для виртуального планирования и оценки результатов различных вмешательств, а также непосредственного контроля правильности проведения манипуляций.

Для уточнения правильности установки катетера, достижения раствора анестетика нервных стволов и изучения длительности его рассасывания у 12

курируемых больных (5 мужчин, 7 женщин) проводили лучевую визуализацию установки катетера при процедуре ПРБ ветвей тройничного нерва. У 5 из них катетер подводили к овальному отверстию, а у 7 – к круглому, что зависело от расположения злокачественного новообразования, и соответственно блокируемой ветви тройничного нерва. При этом для проведения манипуляции по установке катетера и непосредственно самой блокады в 2-х случаях применяли 2 % раствор лидокаина, а в 10 – 4 % раствор артикаина с адреналином 1:200 000. Рентгенологическое исследование проводили на мультисрезовом компьютерном томографе Toshiba Aquilion 32 при следующих физических параметрах на трубке: 120 кВ и 225 мАс. Средняя лучевая нагрузка составила 4,0 мЗв. Результаты КТ оценивались на 2D изображениях в мультипланарных реконструкциях, а затем в формате DICOM преобразовывались в трёхмерное (3D) изображение при помощи программного обеспечения InVesalius 3.0. Визуализации раствора анестетика достигали добавлением неионных низкоосмолярных йодсодержащих рентгеноконтрастных средств из расчёта 1:10. КТ исследование проводили в следующих контрольных точках: по завершении процедуры установки катетера, не извлекая «иглу-интродуктор» (для лучшей визуализации), сразу после введения раствора анестетика с контрастом и через 3-3,5 ч. Процесс рассасывания контрастированного анестетика сопоставляли с клиническими признаками блокады нервных стволов и ощущениями больных.

Неионные низкоосмолярные трийодированные рентгеноконтрастные препараты йопамидол (Scanlux 300-370 mg/ml) и йогексол (Омнипак 300-350 mg/ml) предназначены для рентгенологических, особенно КТ исследований широкого круга областей, у взрослых и детей (рис. 8 а-б). Продолжительность эффекта контрастирования от 1 до 4 ч, и зависит от области их введения. В зависимости от исследуемой области препараты используются в чистом или разведённом видах, в объёмах от 1,0 до 100,0 мл.

Йогексол и йопамидол в организме не метаболизируются и выводятся в неизменённом виде, объём связывания с белками плазмы – менее 2 %. Относятся к препаратам парентерального введения, способы введения: внутрисосудистое (внутривенное, внутриартериальное), интратекальное, внутримышечное, пероральное, ректальное и внутрипротоковое. Частота и тяжесть побочных реакций при внесосудистом (экстравазальном) попадании препаратов сопоставимы с таковыми при внутримышечном их введении. В редких случаях могут возникать локальная болезненность или отёк, которые проходят без каких-либо последствий [44, 48]. Осложнений, связанных с введением указанных контрастных веществ в смеси с анестетиками, не было.

Рентгенологическая оценка положения установленных катетеров показала правильность выбора методик В.М. Уварова и С.Н. Вайсблата для их установки у овального и круглого отверстий, соответственно. В 91,7 % случаев (у 11 пациентов) его конец достигал близкого расстояния (от 0,3 до 0,8 см) от вышеуказанных пунктов (рис. 8 в-г). Только у одной пациентки конец катетера визуализировался на расстоянии 1,2 см от входа в крыловидно-нёбную ямку, что было связано с неудачным подбором катетера 20G размера. В среднем расстояние между концом катетера и целевыми пунктами составило $0,6 \pm 0,35$ см.



а



б

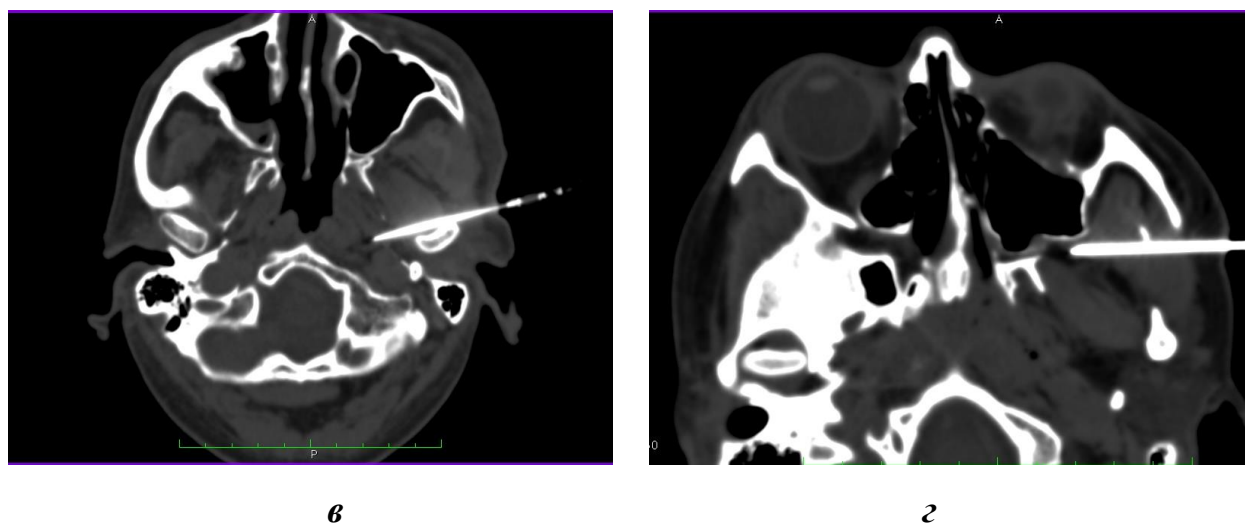


Рис. 8. Контрастные средства и положение установленных катетеров: а – рентгеноконтрастный препарат йопамидол (Scanlux 300 mg/ml); б – рентгеноконтрастный препарат йогексол (Омнипак 350 mg/ml); в – «катетер на игле» (18G), подведённый к овальному отверстию (игла-интродуктор не извлечена); г – катетер (18G) с внутренней иглой, подведённый к круглому отверстию

На результатах КТ исследований и, после их преобразования, на 3D изображениях раствор анестетика с контрастом представлялся в виде бесформенного участка контрастирования, с виду напоминающего костную ткань, и который со временем терял свою интенсивность. Исследование степени распространения раствора анестетика путём его контрастирования показало, что сразу по окончании его введения через катетер в объёме 1,8-2,0 мл он не только достигает места выхода ветвей тройничного нерва, но и переходит эти границы. Так, при введении раствора через катетер, подведённый к овальному отверстию, визуализирующийся участок контрастирования имел следующие границы: с внутренней стороны – ограничивался задним отделом наружной пластинки крыловидного отростка основной кости и почти доходил до слепого отверстия, снаружи – видимо ограничиваясь наружной крыловидной мышцей, не доходил до вырезки нижней челюсти, сзади – частично прилегал к передней поверхности головки

мышцелкового отростка нижней челюсти, спереди – не доходил до переднего края наружной пластинки крыловидного отростка основной кости, сверху – плотно прилегал к подвисочной поверхности основной кости, снизу – ни в одном случае не доходил до середины длины наружной пластинки крыловидного отростка основной кости (рис. 9 а-б). Границы участка контрастирования при введении раствора через катетер, установленный у входа в крыловидно-нёбную ямку, были следующими: с внутренней стороны – полностью заполнял крыловидно-нёбную ямку и частично прилегал к переднему отделу наружной пластинки крыловидного отростка основной кости, снаружи – ограничиваясь наружной крыловидной мышцей, не доходил до вырезки нижней челюсти, сзади – чаще доходил до середины ширины наружной пластинки крыловидного отростка основной кости, спереди – частично ограничивался бугром верхней челюсти, не доходил до височной поверхности скуловой кости, сверху – прилегал к подвисочной поверхности основной кости, иногда переходя подвисочный гребень основной кости, попадал в височную ямку, снизу – доходил до нижних отделов верхнечелюстного бугра и наружной пластинки крыловидного отростка основной кости (рис. 9 в-г). Эти данные свидетельствуют о том, что в процессе проведения ПРБ 2-й или 3-й ветвей тройничного нерва, для проведения очередной блокады нервных стволов, достаточно введение через катетер раствора анестетика объёмом в 1,5 мл.

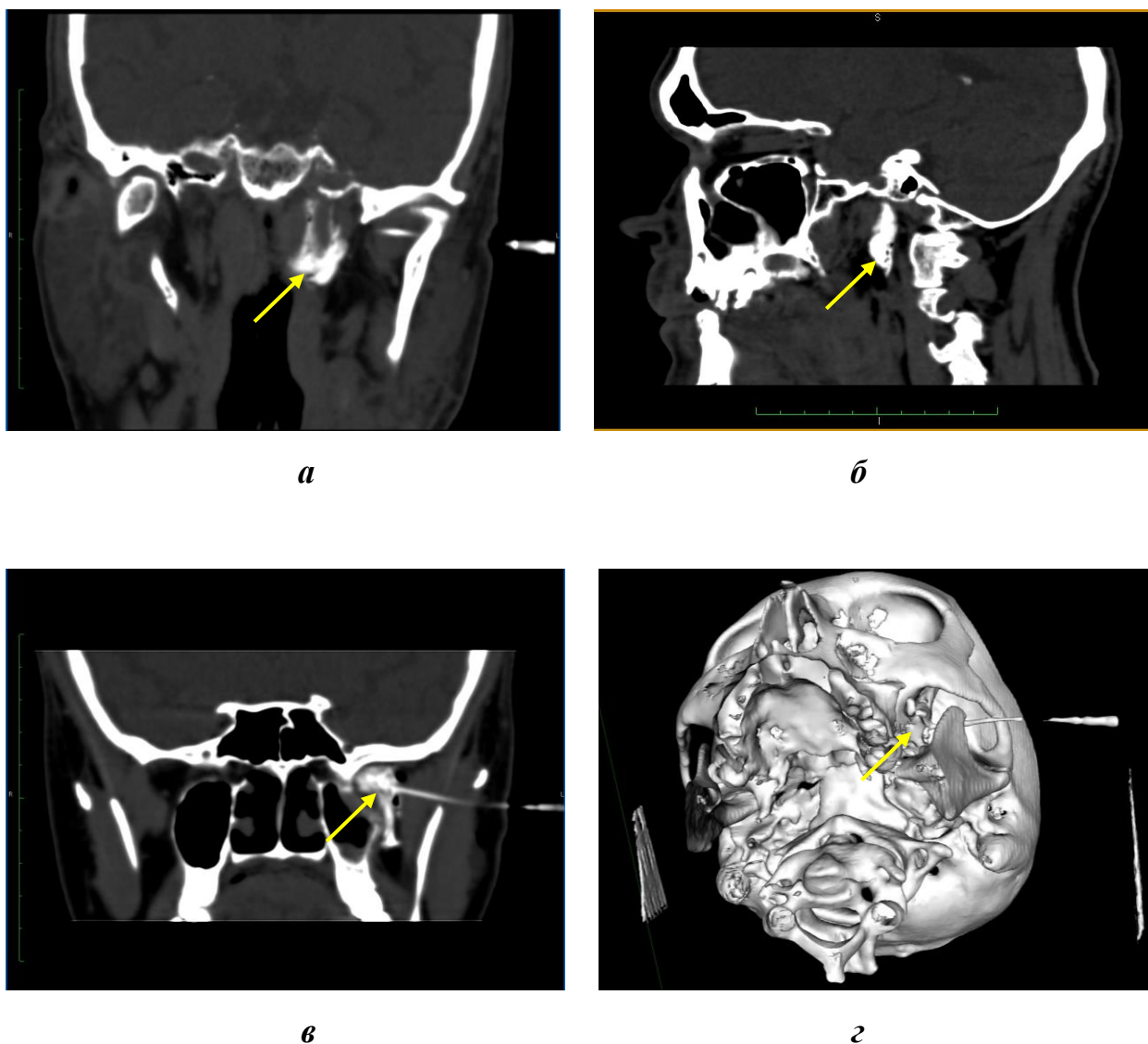


Рис. 9. Участок контрастирования после введения раствора анестетика с контрастным средством (жёлтые стрелки): а, б – границы распространения контрастированного раствора анестетика (2,0 мл) при ПРБ 3-й ветви тройничного нерва; в, г – области распространения раствора анестетика с контрастом (2,0 мл) при ПРБ 2-й ветви тройничного нерва

При исследовании скорости рассасывания контрастированного раствора анестетика было установлено, что она зависит от вида анестетика, точнее от наличия вазоконстриктора в его составе. Участок контрастирования, образовавшийся от смеси лидокаина с контрастом, как правило, исчезал намного быстрее, чем участок контрастирования, появившийся от контрастированного раствора артикаина с адреналином. Если на контрольном КТ исследовании, проведённом через 30 мин после

введения 2 % раствора лидокаина с контрастом, участок контрастирования уже не визуализировался, то при проведении блокады контрастированным 4 % раствором артикаина с адреналином 1:200 000, следы участка контрастирования можно было рассмотреть через 3-3,5 ч после введения обезболивающего раствора. При этом сравнительный анализ позволил выявить расхождение между рентгенологическими признаками присутствия раствора анестетика в области его введения и клиническим эффектом обезболивания, что, вероятно, обусловлено разной скоростью всасывания и метаболизации анестетика и контрастного вещества. Даже после полного рассасывания участка контрастирования больные продолжали ощущать эффект обезболивания. В группе больных, где блокаду проводили артикаином, если период рассасывания участка контрастирования в среднем составил $3,05 \pm 0,2$ ч, то эффект обезболивания в среднем продолжался – $4,6 \pm 0,3$ ч. Из этого следует, что исчезновение участка контрастирования ни в коем случае не может оцениваться как полное рассасывание раствора анестетика в области его введения.

Таким образом, результаты проведённого исследования показали, что при ПРБ ветвей тройничного нерва для достижения раствора анестетика нервных стволов 2-й или 3-й ветви тройничного нерва и адекватной их блокады достаточно достичь положения конца установленного катетера на расстоянии до 1,0 см от блокируемой ветви и введения через него минимального объёма раствора анестетика – 1,5 мл. Компьютерная томография без введения контрастного вещества является методом выбора для определения адекватности расположения катетера. Методика позволяет изменить положение катетера непосредственно после исследования для более точного подведения анестетика. При визуализации раствора анестетика путём добавления контрастного средства, исчезновение участка контрастирования на результатах КТ исследования не может оцениваться как

полное рассасывание раствора анестетика в месте его введения и свидетельствовать об окончании эффекта блокады.

Глава 4. КУПИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫМ МЕТОДОМ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В настоящее время согласно данным литературы в 70-85 % случаев у больных с впервые установленным диагнозом ЗНО ОФО диагностируются III-IV стадии заболевания [15, 19, 35, 116, 133, 205]. Как известно, основным видом лечения больных на данном этапе является паллиативный, в котором важное место отводится проведению противоболевой терапии. Во все времена и по сегодняшний день проблема противоболевой терапии у этой категории больных с переменным успехом осуществляется наркотическими анальгетиками. Не принижая их достоинства, подавляющее большинство авторов отмечают возникновение побочных эффектов при приёме этих препаратов, а при длительном применении формирование к ним резистентности. Согласно литературным данным последних лет, несмотря на проводимую противоболевую терапию наркотическими анальгетиками, около 65 % больных с прогрессирующим раком продолжают испытывать боль различной степени интенсивности [69, 118, 132]. По этой причине отмечается даже нецелесообразность их применения. В этой связи с целью купирования болевого синдрома у этой категории больных использование регионарного обезболивания с применением ненаркотических анальгетиков является уместным и оправданным.

Под нашим наблюдением находилось 108 больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО. Из общего количества, у 60 исследуемых (мужчин – 31, женщин – 29, средний возраст – 66,7 лет) ХБС купировался традиционным методом с использованием наркотических анальгетиков. Усовершенствованный метод ПРБ ветвей тройничного нерва с использованием ненаркотических анальгетиков был применён у 48

пациентов (мужчин – 22, женщин – 26, средний возраст – 57,6 лет). Распределение больных с учётом локализации опухолевого процесса и блокируемой ветви тройничного нерва представлено в таблице 9.

Таблица 9

**Распределение больных с учётом локализации опухолевого процесса
и блокируемой ветви тройничного нерва**

№	Блокируемая ветвь	Топография злокачественной опухоли	Количество больных	%
1	3-я ветвь тройничного нерва	Рак губы	4	8,3 %
2		Рак языка	18	37,5 %
3		Рак слизистой оболочки дна полости рта	2	4,2 %
4		Рак слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти	6	12,5 %
5		Саркома нижней челюсти	2	4,2 %
6	2-я ветвь тройничного нерва	Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти	4	8,3 %
7		Рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи	10	20,8 %
8		Саркома верхней челюсти	2	4,2 %
ВСЕГО			48	100 %

Как видно из представленной таблицы, больше половины (58,3 %) пациентов, которым ХБС купировался методом ПРБ, составили больные раком языка и слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, 20,8 % – раком слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного

отростка верхней челюсти, 8,3 % – раком губы, 4,2 % – раком слизистой оболочки дна полости рта и больные с саркомами челюстей составили 8,4 %. Учитывая локализацию злокачественной опухоли, для осуществления ПРБ, 32 (66,7 %) больным катетер установлен у места выхода 3-й ветви тройничного нерва – у овального отверстия в подвисочной ямке, а 16 (33,3%) больным – вблизи места выхода 2-й ветви тройничного нерва – у круглого отверстия в крыловидно-нёбной ямке.

ПРБ ветвей тройничного нерва проводили с соблюдением правил асептики в условиях перевязочного кабинета или у постели больного. Руки обрабатывали, как для проведения хирургических вмешательств. Как правило, для проведения процедуры катетеризации медикаментозная подготовка не требуется, достаточно проведения психологической подготовки больного. Техника выполнения ПРБ ветвей тройничного нерва по усовершенствованной методике была подробно изложена в предыдущей главе.

Как правило, при проведении ПРБ, в зависимости от вида анестетика, обезболивающий эффект наступал в течение 8-20 мин после их введения. При этом на участках кожи, иннервируемой соответствующими ветвями тройничного нерва (нижняя губа, подбородок, задний отдел височной области – при блокаде 3-й ветви; верхняя губа, боковая поверхность носа, передний отдел височной области – при блокаде 2-й ветви) в начале появляется чувство «ползания мурашек», сменяющееся чувством приятного тепла, затем онемением.

Для осуществления продлённой блокады ветвей тройничного нерва использовали анестетики IV-V поколений. При этом выбор препарата проводили с учётом его физико-химических свойств и особенностей фармакокинетики всех входящих в препарат компонентов, а также возраста больных и наличия у них сопутствующей патологии. Учитывая то, что средний возраст больных в исследуемой группе составлял 66,7 лет, и то что у

87 % наблюдаемых имелась патология сердечно-сосудистой системы, использовали препараты с минимальным содержанием вазоконстриктора в составе – артикаин 4 % с адреналином 1:200 000. У онкостоматологических больных, имеющих фоновые заболевания в виде сердечной недостаточности, сахарного диабета, бронхиальной астмы применяли препараты, не имеющие в составе вазоконстриктор – 4 % раствор артикаина без адреналина (ультракаин Д) или 3 % раствор мепивакаина.

На момент установки катетера интенсивность боли в группе в среднем составляла $82,1 \pm 6,9$ мм по ВАШ. При этом 33,4 % больных оценивали интенсивность своей боли как «средней интенсивности» (5-7 баллов), и 66,6 % – как «выраженной интенсивности» (8-10 баллов). На 10-е сутки противоболевой терапии хороший клинический результат – полное или почти полное снятие болевых ощущений (0-1 балла по ВАШ) – наблюдался у 46 (95,8 %) больных. У 2 (4,2 %) больных выраженность болевого симптома по ВАШ оценивалась в 2 балла. Продолжительность анальгезии на этот период составила $5,9 \pm 0,3$ ч (от 4,5 до 7,5 ч). То есть приходилось вводить анестетик 3-5 раз в течение суток. При этом самочувствие больных заметно улучшалось, они становились активными, свободно могли себя обслуживать, поднималось настроение, они охотно входили в контакт, общение с ними, приём и пережёвывание пищи становились свободными.

Перевод больных, привыкших к большим дозам наркотических препаратов, на обезболивание методом ПРБ проводился постепенно во избежание явлений абстиненции.

При проведении ПРБ ветвей тройничного нерва по усовершенствованной методике у 8 (16,6 %) больных были отмечены осложнения, которые правильнее отнести к неудачам проведения манипуляции, не отразившимся на состоянии больных. Так, у 1 пациента выпадение катетера во время сна, в связи с чем была проведена повторная катетеризация. Нарушение проходимости катетера наблюдалось у 2 больных,

из них у 1 – отмечался перегиб катетера на 2-е сутки после его установки, что также потребовало повторной установки катетера. У другой больной катетер оказался непроходимым вследствие закупорки сгустком крови в результате кровотечения. При незначительном надавливании на поршень шприца проходимость катетера была восстановлена. У 1 больного в течение первых суток отмечалось ретроградное вытекание анестетика, что не требовало никаких действий, и которое самостоятельно прекратилось. Лишь у 4 (8,3 %) больных была отмечена реакция на местный анестетик в виде потливости, беспокойства, тошноты и тахикардии. Побочные явления прошли в течение 15-20 мин от начала введения анестетика. Воспалительных осложнений, в связи с длительным пребыванием катетера (от 1 до 4 мес.), не наблюдалось.

Для наглядности приводим выписки из историй болезни онкостоматологических больных, у которых ХБС купировали усовершенствованным методом ПРБ ветвей тройничного нерва.

1. Больной К., 88 лет, и/б №4229/123, госпитализирован 13.04.2011 г. в ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ с диагнозом «Рак нижней губы слева. Распространение процесса на нижнюю челюсть. Метастазирование в поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы. IV клиническая стадия ($T_4N_2M_0$). Состояние после комбинированного лечения. Распад опухоли. Гипертоническая болезнь. Хронический холецистит. Хронический простатит». Жалобы при поступлении на постоянные жгучие и стреляющие боли в левой половине нижней челюсти, усиливающиеся при разговоре и приёме пищи и распространяющиеся в область уха и в левую половину головы, на наличие опухоли нижней челюсти слева, ограничение открывания рта, сонливость и резкую общую слабость, отсутствие стула в течение 12 дней и затруднённое мочеиспускание.

Из анамнеза – болеет в течение 1,5 лет. Начало болезни связывает с появлением небольшой язвы на нижней губе слева. Своевременно за медицинской помощью не обратился, занимался самолечением. Язва

постепенно увеличивалась в размере. Только на 6-м месяце от начала заболевания, когда язва уже имела большие размеры (2,5×3,0 см), стала болезненной и кровоточащей, обратился к онкологу. Гистологическое исследование (№764 от 23.04.2010 г.) выявило «Плоскоклеточную ороговевающую карциному». В период 04-05.2010 г. больному проведены лучевая терапия (два курса по 40 Гр и 60 Гр с промежутком в 15 дней) и химиотерапия. Затем 21.09.2010 г. произведена операция «Квадратная резекция нижней губы с одновременной пластикой лоскутом из носогубной складки по Брунсу. Верхний вариант футлярно-фасциальной эксцизии клетчатки шеи слева». Послеоперационный период протекал гладко. Однако спустя месяц после операции больной стал ощущать боль в левой половине нижней челюсти. Вначале боль была периодической, жгучего характера, и для её устранения больной принимал анальгин (до 6 табл. в сутки). Позднее боль стала постоянной, усиливалась при приёме пищи и разговоре. Приём анальгина уже боль не купировал, и больной стал применять ибупрофен или наклофен, вначале в форме таблеток (до 6 табл. в сутки), а потом в инъекциях (до 4 инъекций в сутки). При этом боль полностью не проходила и появлялась постоянная ноющая боль в желудке. В дальнейшем боль в области нижней челюсти стала ещё интенсивнее, иррадиировала в ухо, одновременно возникала стреляющая боль подобно удару «электрического тока». Для обезболивания больному начали применять трамадол (от 4 до 6 инъекций в сутки). Вначале препарат действовал хорошо – боли не было, однако постоянно мучила тошнота. Через некоторое время боль стала невыносимой, и присоединилась мучительная головная боль. В течение последнего месяца для обезболивания больному применяли морфин (от 3 до 6 инъекций в сутки). При этом на время действия препарата боль полностью не исчезала, постоянно отмечалась тошнота, рвота, слабость и чувство удушья, а последние 2 недели – запоры и затруднение мочеиспускания.

Объективно: лицо асимметрично за счёт грубых послеоперационных рубцов в подглазничной области, в области нижней губы и в поднижнечелюстной области слева, за счёт припухлости области нижней челюсти и поднижнечелюстной области слева. Послеоперационные рубцы без признаков воспаления. В поднижнечелюстной области на уровне тела нижней челюсти имеется дефект кожи $1,0 \times 1,0$ см, дном которого является кость, и из которого наблюдается гнойное отделяемое. При пальпации отмечается вздутие подбородочного отдела и тела нижней челюсти слева. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены и достигают 3,0-4,0 см, плотные, неподвижные. Шейные лимфоузлы также увеличены, имеют плотноэластическую консистенцию, малоподвижные по отношению к окружающим тканям. Открывание рта ограничено до 1,5 см. Из полости рта исходит зловонный запах. При осмотре полости рта также наблюдаются увеличение объёма альвеолярной части нижней челюсти слева и дефект слизистой оболочки с оголением нижней челюсти в проекции отсутствующих зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8. Некротизированная кость имеет коричневую окраску с зеленоватым оттенком. Глотание болезненное слева (рис. 10 а-г).



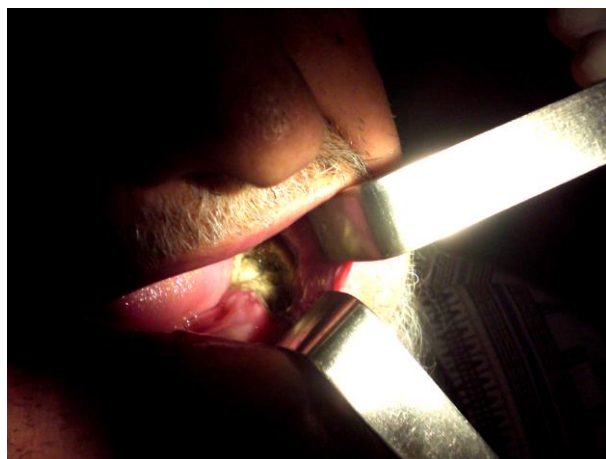
а



б



в



г

Рис. 10. Больной К., 88 лет, с диагнозом «Рак нижней губы слева. IV клиническая стадия (T₄N₂M₀). Состояние после комбинированного лечения. Распад опухоли»; а – внешний вид больного; б – рентгенограмма; в – дефект кожи в поднижнечелюстной области с оголением кости нижней челюсти; г – состояние полости рта: наблюдаются увеличение объема альвеолярной части нижней челюсти слева и распад опухоли в проекции отсутствующих зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8

Структурная характеристика болевого синдрома: боли появились в течение месяца после комбинированного лечения; длительность существования боли – 6 мес.; боль локализуется в области левой половины нижней челюсти и передаётся в ухо и висок; боль острая, постоянная, располагается в кости, жгучего и стреляющего характера, усиливается вечером и ночью, при этом больной чувствует упадок настроения, исчезает сон, появляются головные боли; интенсивность боли по ВАШ 10 баллов; ЧД – 28 в 1 мин, пульс – 122 в 1 мин, АД – 180/100 мм рт. ст.; для купирования болевого синдрома использует морфин кратностью 5-6 инъекций в сутки; после чего отмечаются побочные действия: тошнота, рвота, запоры, затруднение мочеиспускания, угнетение дыхания; длительность анальгезии составляет 4,5 часа, при этом боль по шкале ВАШ сохраняется в пределах 4 баллов; показатели КЖ по опроснику FАСТ-N&N составляют ОКЖ – 23 балла, ФС – 3 балла, ДП – 14 баллов.

Для устранения мучительных болей принято решение о проведении ПРБ 3-й ветви тройничного нерва, и по классической методике у овального отверстия слева установлен катетер (рис. 11 а-е). При введении 1,7 мл ультракаина Д в течение 10 мин в области нижней губы, нижней челюсти, околоушной и височной областях и в половине языка соответствующей стороны появилось чувство разлитого тепла, которое на 15 мин сменилась онемением. При этом боль исчезла полностью, открывание рта стало возможным на 3 см, движения челюсти стали свободными. Через 30 мин после проведения процедуры больной переведён в палату. Основные клинические показатели были следующими: ЧД – 17 в 1 мин, пульс – 78 в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст., интенсивность боли по ВАШ – 0 баллов. В палате больной тут же попросил поесть. При этом отмечено безболезненное пережёвывание и проглатывание пищи. Динамическое наблюдение за больным показало, что длительность анальгетического эффекта составила 5,17 часов. На следующий день показатель ОКЖ составил 40 баллов, ФС – 12 баллов, ДП – 32 балла. В дальнейшем эффект поддерживался дробным введением 1,7 мл (разовая доза) 4 % раствора артикаина с адреналином в соотношении 1:200 000 каждые 5-6 часов. Показанием к введению очередной дозы было начало появления болевых ощущений. Ночью впервые спал спокойно без введения морфина. Утром следующего дня при возобновлении боли введена очередная доза анестетика, после чего больной плотно позавтракал, с окружающими общался охотно. После двукратного применения слабительных (бесакодил) стул нормализовался. На 2-е сутки после отмены морфина мочеиспускание стало свободным.

*a**б**в**г*



д

е

Рис. 11. Этапы установки катетера у овального отверстия: а – положение больного лёжа на спине с поворотом головы в сторону, противоположную инъекции; б – обработка кожи; в – по центру трагоорбитальной линии производят вкол иглы и проводится обезболивание по С.Н. Вайсблату; г – игла упирается на наружную пластинку крыловидного отростка основной кости; д – момент проведения гемотрансфузионной иглы к овальному отверстию; е – после установки периферическая часть катетера фиксирована на коже височной области

В результате проведённой противоболевой терапии – купирования ХБС усовершенствованным методом ПРБ, состояние больного заметно улучшилось. Самостоятельно умывался, переодевался, кушал. Речь и приём пищи стали безболезненными, охотно входил в контакт с медперсоналом и соседями по палате, читал газеты, шутил. Без помощи посторонних перемещался по отделению. За время пребывания в клинике прибавил в весе 2 кг. Физиологические отправления в норме. На 10-е сутки показатель ОКЖ

достиг – 65 баллов, ФС – 21 балла, ДП – 41 балла. Через 2 нед. больной с катетером выписан домой, под наблюдение поликлиники ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ. Рекомендовано продолжить противоболевую терапию по предложенной схеме и уход за катетером.

2. Приводим следующий пример из клинической практики, наглядно иллюстрирующий эффективность ПРБ при устранении ХБС с расположением злокачественного новообразования на верхней челюсти. **Больная Б., 55 лет**, и/б №7418/217, поступила 01.07.2011 г. в ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ с диагнозом «Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти справа с распространением процесса в костные структуры верхней челюсти и слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи. IV клиническая стадия (T₄N₀M₀). Состояние после химиолучевой терапии. Распад опухоли. Хронический панкреатит. Анемия». Жалобы при поступлении на сильные боли в области верхней челюсти и верхних зубов справа, распространяющиеся в висок, периодическое ощущение онемения и «ползания мурашек» на коже области верхней губы и носа справа, на наличие дефекта нёба, ограничение открывания рта, изменение фонации, на постоянную слабость и сонливость.

Анамнез заболевания: болеет в течение 11 мес. После удаления 1.8 зуба в задней части верхней челюсти появилась припухлость. Проведённые стоматологом-хирургом вскрытие припухлости и антибактериальная терапия результата не дали. На месте операции сформировалась язва, которая постепенно увеличивалась и причиняла больной неудобства, в том числе боль и кровотечения при приёме пищи. По обращению к онкологу произведена биопсия образования, результат которой показал наличие «Плоскоклеточной ороговевающей карциномы» (№3146 от 12.10.2010 г.). Согласно запланированной схеме лечения больной проведены по 2 курса химио- и лучевой терапии, после которых намечалось проведение оперативного вмешательства. В ходе химиолучевой терапии наблюдался

распад опухоли с образованием дефекта в заднем отделе нёба. В дальнейшем от проведения оперативного вмешательства больная отказалась. В течение месяца после проведённого лечения в области зубов поражённой стороны появилась боль. Боль вначале была периодической, напоминала зубную боль, и для её устранения больная принимала анальгин (до 6 табл. в сутки). Позднее боль стала постоянной, распространилась на всю верхнюю челюсть и уже не проходила после приёма анальгина, открывание рта несколько ограничилось. Больная начала принимать ортофен и клодифен (до 8 табл. в сутки), однако через некоторое время появилась постоянная жгучая боль в области желудка. В дальнейшем боль стала ещё интенсивнее, распространялась в висок, появились чувство онемения и «ползания мурашек» в области верхней губы и носа, и для обезболивания применялся трамадол (до 4 инъекций в сутки). При этом больная отмечала постоянную тошноту и слабость. За 2 недели до поступления с целью болеутоления получала промедол (6-7 инъекций в сутки), после введения которого боль лишь уменьшалась на 3 часа, при этом отмечалась постоянная тошнота, частая рвота и сонливость.

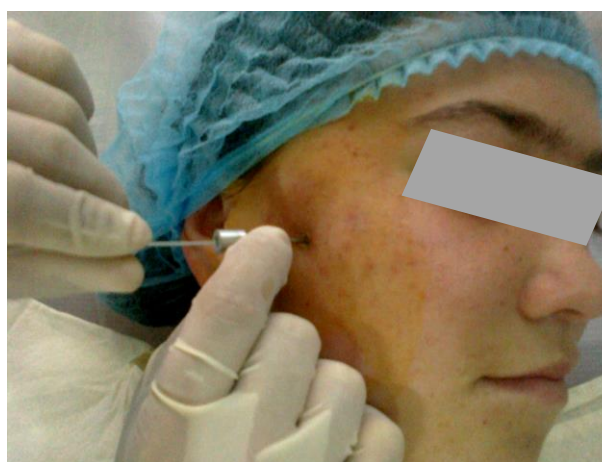
Объективно: при внешнем осмотре отмечалась едва заметная припухлость подглазничной области справа. Регионарные лимфоузлы не увеличены. На расстоянии отмечается зловонный запах изо рта и носа. Открывание рта несколько ограничено (3,5 см). При осмотре полости рта наблюдалась опухоль, занимающая задние отделы верхней челюсти и мягкое нёбо справа. При этом в области альвеолярного отростка отсутствующего 1.8 зуба, бугра верхней челюсти и задней части твёрдого нёба отмечался дефект слизистой оболочки и кости размером $\approx 3,5 \times 3,0$ см. Опухоль и окружность дефекта были покрыты серовато-жёлтым налётом и легко кровоточили при дотрагивании. Глотание безболезненное.

Структурная характеристика болевого синдрома: боли появились в течение месяца после комбинированного лечения; длительность

существования боли – 4 мес.; боль локализовалась в области правой половины верхней челюсти и иррадиировала в височную область; боль острая, постоянная, располагалась на поверхности кожи и в кости, жгучего характера, усиливалась вечером и ночью; при этом ухудшалось настроение, исчезал сон, появлялись головные боли; иногда отмечалось чувство онемения и «ползания мурашек» на коже в области верхней губы и носа справа; интенсивность боли по ВАШ 9 баллов; ЧД – 27 в 1 мин, пульс – 119 в 1 мин, АД – 135/90 мм рт. ст.; для купирования боли получала промедол (6-7 инъекций в сутки), длительность анальгетического эффекта которого составляет 3-4 часа; при этом боль лишь уменьшалась – сохранялась в пределах 3 баллов по ВАШ; отмечалось негативное действие анальгетика, проявляющееся в виде тошноты и частой рвоты, слабостью и сонливостью; уровень качества жизни по FАСТ-N&N – ОКЖ – 38 баллов, ФС – 7 баллов, ДП – 28 баллов.

Для купирования болевого синдрома решено проводить ПРБ 2-й ветви тройничного нерва, по классической методике установить катетер у крылонёбной ямки справа. В положении лёжа на спине с поворотом головы влево, по центру трагоорбитальной линии, по нижнему краю скуловой дуги, произведён вкол иглы длиной 6 см, и достигнута область входа в крылонёбную ямку. После введения проводника игла удалена. По проводнику установлен катетер (рис. 12 а-е). В область крылонёбной ямки введено 1,7 мл 4 % раствора артикаина с адреналином 1:200 000. В течение 10 мин после введения анестетика в области верхней губы, носа, в подглазничной области, в области зубов верхней челюсти и в переднем отделе височной области справа появилось чувство разлитого тепла, которое сменилась онемением. Боли исчезли, открывание рта стало свободным. Через 30 мин после обезболивания переведена в палату, ЧД – 16 в 1 мин, пульс – 72 в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст., интенсивность боли по ВАШ – 0 баллов. Обезболивание длилось 5,5 часов. После проведения процедуры ПРБ ночь

больная провела спокойно, причём сон был полноценным. На следующий день показатель ОКЖ повысился до 59 баллов, ФС и ДП – до 17 и 41 балла соответственно.

***а******б******в******г***



д

е

Рис. 12. Этапы установки катетера у крылонёбной ямки: а – положение больной – лёжа на спине с поворотом головы на здоровую сторону; б – по центру трагоорбитальной линии строго перпендикулярно поверхности кожи производится вкол иглы до достижения наружной пластинки крыловидного отростка основной кости; в – игла подтягивается к себе чуть более половины глубины погружения, придаётся уклон вперёд на 15° - 20° и вводится на первоначальную глубину; г – достигнув входа в крыловидно-нёбную ямку в иглу вводится леска – проводник до упора; д – по проводнику, также до упора, вводится катетер; е – периферическая часть катетера фиксируется на коже височной области

В результате проведённого лечения состояние больной заметно улучшилось. Кратность обезболивания в течение суток составила 4-5 раз. Показанием к введению очередной дозы анестетика было начало появления болевых ощущений. Больная стала активной, бодрой. В дополнительном обслуживании не нуждалась. Большую часть времени проводила в общении с другими больными. Стала смотреть телевизор, что не делала последние 6 мес. Открывание рта стало свободным, приём пищи безболезненным. К 10-м суткам показатели КЖ составили: ОКЖ – 95 баллов, ФС – 27 баллов, ДП – 46 баллов. На 14 сутки больная выписана домой без жалоб на боли. Родственникам рекомендовано проводить обезболивание при появлении болевых ощущений по предложенной схеме и уход за катетером.

3. Другой пример из клинической практики демонстрирует эффективность разработанного метода в купировании ХБС в случаях

распространения опухолевого процесса в несколько анатомических областей. **Больная А., 41 год**, и/б №784/69, госпитализирована 06.08.2012 г. в СООЦ г. Худжанда с диагнозом «Остеосаркома верхней челюсти слева с распространением процесса на ветвь и угол нижней челюсти. Метастазирование в лимфатические узлы шеи и лёгкие. IV клиническая стадия (T₄N₁M₁). Состояние после комбинированного лечения. Язвенная болезнь желудка». Жалобы при обращении на сильные боли в области верхней и нижней челюстей слева, усиливающиеся при приёме пищи и речи, и распространяющиеся в ухо и висок, на наличие опухоли в области верхней челюсти и щёчной области слева, ограничение открывания рта, затруднённый приём пищи. Кроме того, больная жаловалась на постоянное чувство тошноты, частую рвоту, чувство удушья, иногда сердцебиение и на резкую слабость, возникающие после применения наркотических анальгетиков.

Анамнез заболевания: болеет почти 2 года. Беспричинно в области верхней челюсти слева появилась опухоль, которая медленно увеличивалась. Из-за боязни долгое время к врачу не обращалась. Только через 6 месяцев от начала заболевания, когда опухоль стала больших размеров и появились боли, больная обратилась к онкологу. Результат гистологического исследования – «Остеосаркома» (№215 от 25.02.2011 г.). От проведения специфического лечения (лучевой терапии) отказалась. Получала только симптоматическое лечение и анальгетики. От длительного приёма обезболивающих препаратов (парацетамол до 12 таблеток, аспирин до 6 таблеток, ибупрофен до 8 таблеток, кетанов до 6 таблеток в сутки) развилась язвенная болезнь желудка. Последние 3 недели для устранения мучительных болей каждые 3-4 ч получала морфин.

Объективно: при внешнем осмотре наблюдалась больших размеров опухоль, занимающая область верхней челюсти, щёчную и околоушно-жевательную области слева, с чётко выраженными границами. При

ощупывании опухоль крупнобугристая, плотная, малоблезненная, $\approx 8,0 \times 10,0 \times 6,0$ см. Кожа над опухолью напряжена, несколько синюшного цвета. Шейные лимфатические узлы на стороне поражения достигали 2,5 см, плотноэластической консистенции, малоподвижные. Рот открывался лишь на 1,5 см. При осмотре полости рта наблюдалось вздутие альвеолярного отростка верхней челюсти до степени уплощения переходной складки и выбухание в области нёба слева. Зубы 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 имели подвижность I степени. Наблюдалась картина «тонущих зубов».

Структурная характеристика болевого синдрома: боли появились 1,5 года назад, вне зависимости от проведения специфического лечения, и стали сильными последние 6 мес.; боль локализовалась в области правой половины верхней и нижней челюстей и иррадиировала в ухо и височную область; боль острая, постоянная, располагалась в кости, разрывающего и жгучего характера, усиливалась ночью; при этом ухудшалось настроение, исчезал сон, появились головные боли; отмечалось чувство похолодания на коже области верхней и нижней губ; интенсивность боли по ВАШ 10 баллов; ЧД – 28 в 1 мин, пульс – 121 в 1 мин, АД – 130/90 мм рт. ст.; для купирования болевого синдрома получала морфин кратностью до 6 инъекций в сутки, при этом длительность анальгетического эффекта составляла 3-4 часа, боль сохранялась в пределах 3 баллов по ВАШ; отмечалось побочное действие анальгетика в виде тошноты, рвоты, слабости, иногда сердцебиения, угнетения дыхания; уровень КЖ по FАСТ-N&N – ОКЖ – 23 балла, ФС – 2 балла, ДП – 18 баллов.

Для купирования ХБС решено проводить ПРБ 2-й ветви тройничного нерва, и по разработанной методике установить катетер у круглого отверстия в крыловидно-нёбной ямке слева: после обезболивания по центру трагоорбитальной линии, по нижнему краю скуловой дуги, перпендикулярно поверхности кожи произведён вкол «катетера на игле» до упора в наружную пластинку крыловидного отростка основной кости (рис. 13 а-г). Учитывая то,

что боль локализовалась в области обеих челюстей введено 2 карпулы – 3,6 мл 4 % раствора артикаина с адреналином 1:200 000. В течение 10 мин после введения анестетика в области верхней губы, носа, в подглазничной области, в области зубов верхней челюсти и в переднем отделе височной области справа появилось чувство разлитого тепла, которое сменилась онемением. На 15-й минуте эти ощущения появились в области нижней губы, нижней челюсти и в задней части височной области. Боли почти полностью исчезли, открывание рта стало возможным на 2,5 см. Через 30 мин после обезболивания больная переведена в палату, ЧД – 17 в 1 мин, пульс – 69 в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст., интенсивность боли по ВАШ – 1 балл. Длительность обезболивания составила 4,7 часов. После проведения процедуры впервые ночью спала спокойно. На утро следующего дня показатели КЖ составили ОКЖ – 45 баллов, ФС – 10 баллов, ДП – 33 балла.

*а**б*



а

б

Рис. 13. Некоторые этапы установки катетера у круглого отверстия в крыловидно-нёбной ямке у больной А., 41 года: а – положение больной лёжа на спине с поворотом головы на здоровую сторону, снят защитный колпачок с «катетера на игле»; б – после обезболивания по центру трагоорбитальной линии перпендикулярно поверхности кожи делают вкол «катетера на игле»; в – периодически проводится аспирационная проба; г – конец «катетера на игле» упирается в наружную пластинку крыловидного отростка основной кости

В результате проведённого лечения состояние больной заметно улучшилось, боли почти не было, речь и приём пищи стали безболезненными, охотно входила в контакт с медперсоналом и соседями по палате. На 10-е сутки показатель ОКЖ достиг 92 баллов, ФС – 26 баллов, ДП – 45 баллов. Через 2 нед. больная была выписана без жалоб на боли, с рекомендациями проводить обезболивание при появлении болевых ощущений по предложенной схеме и уход за катетером. Однако через 1,5 мес. больная вновь поступила с сильными болями в грудной клетке. Со слов больной, всё это время обезболивание проводилось согласно рекомендациям, боли не беспокоили. Через 2 мес. после повторной госпитализации больная умерла от основного заболевания.

Таким образом, результаты проведения ПРБ у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ свидетельствуют о нормализации основных клинических показателей состояния гомеостаза и об изменении показателей КЖ в

позитивную сторону уже в первые сутки после процедуры. Эти и другие показатели клинических данных свидетельствуют об эффективности ПРБ в купировании ХБС у онкостоматологических больных с запущенными стадиями заболевания.

Глава 5. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (результаты собственных исследований)

5.1. Сравнительная оценка эффективности наркотических анальгетиков и пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва в купировании хронического болевого синдрома у онкостоматологических больных

Эффективное лечение хронической боли онкологического генеза, особенно в запущенных стадиях заболевания, является важной, и в то же время трудновыполнимой задачей. По последним данным ВОЗ, в конечном итоге около 70 % онкологических больных страдают от боли различной степени интенсивности [132, 146]. Это подтверждается литературными данными и результатами настоящего исследования, где отмечено, что несмотря на проводимую противоболевую терапию, 25-65 % больных с прогрессирующим течением рака ЧЛО продолжают испытывать боль различной степени интенсивности [69, 132]. Всё это происходит на фоне имеющихся проблем по использованию наркотических средств для купирования ХБС ввиду их труднодоступности и недостаточных навыков у медицинского персонала по устранению боли.

Эти и другие проблемы побудили нас в качестве альтернативы традиционной противоболевой терапии использовать метод ПРБ 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва, который уже более 25 лет используется в качестве метода обезболивания при различной патологии и хирургических вмешательствах в ЧЛО [105]. О преимуществах указанного метода в литературе имеется достаточно сведений: простота выполнения, доступность оснащения; малая инвазивность, что особенно важно у пациентов преклонного возраста; достижение адекватного обезболивания в обширной зоне малым количеством анестезирующего средства, что даёт возможность минимизировать частоту развития нежелательных побочных эффектов; является методом выбора у пациентов с развившейся толерантностью к наркотическим препаратам; сохраняется активность больных, что является важным элементом профилактики бронхолёгочных осложнений; экономический эффект обусловлен меньшими затратами на медикаменты и отсутствием необходимости в интенсивном наблюдении за больным с

привлечением дополнительного персонала и использованием сложной аппаратуры [101, 105].

В этой связи мы провели сравнительную оценку эффективности противоболевой терапии у онкостоматологических больных с применением наркотических анальгетиков и метода ПРБ. При оценке интенсивности ХБС и адекватности проводимой противоболевой терапии по ВАШ выявлены следующие особенности: на момент установки катетера или введения анальгетика интенсивность боли по группам несколько различалась, и в среднем составляла $82,1 \pm 6,9$ мм в группе, где применялся метод ПРБ – основная группа и $80,9 \pm 8,7$ мм – в группе, где применялись наркотические препараты – контрольная ($p < 0,05$). Разница в показателях была обусловлена тем, что больные основной группы, имея более запущенные стадии опухолевого процесса, испытывали более интенсивную боль, чем пациенты контрольной группы. Так, треть (33,3 %) больных основной группы оценивали интенсивность своей боли как нестерпимую – в 100 мм по ВАШ, в то время как на такой характер боли указывали только 18,3 % пациентов контрольной группы. Больше половины (53,4 %) больных из группы контроля испытывали боль интенсивностью в 70-80 мм, в то время как в основной группе лишь 33,3 % пациентов давали своей боли такую оценку. Интенсивность ХБС по группам представлена на рисунке 14.

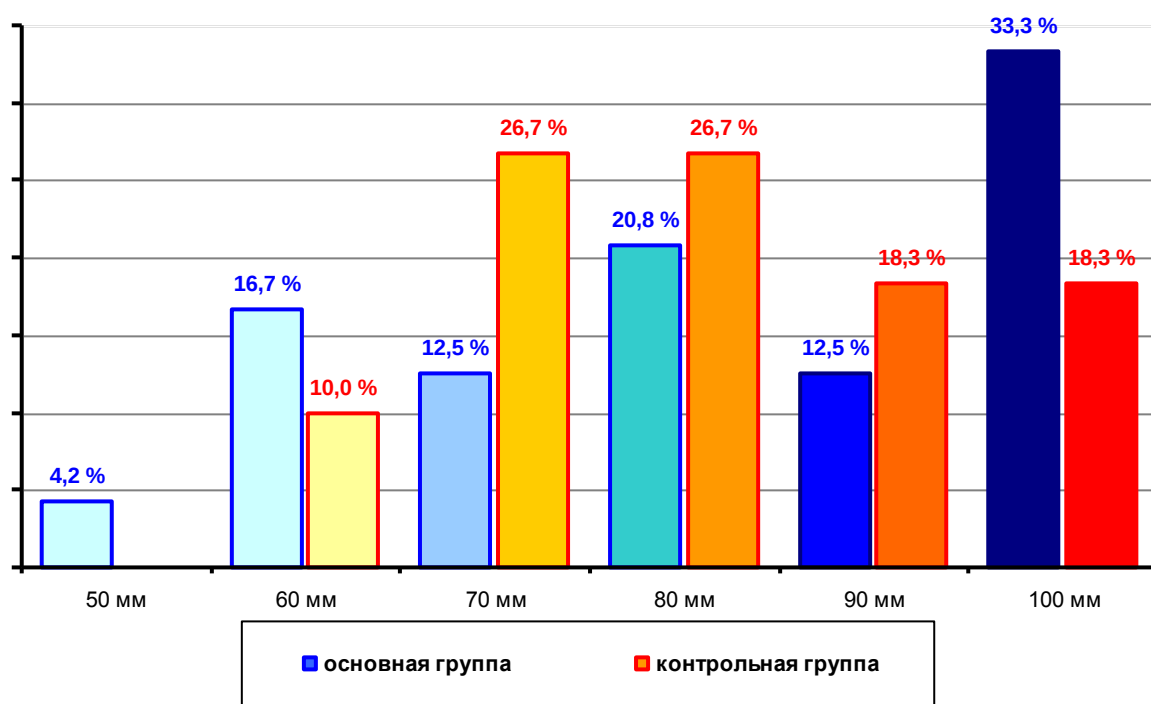


Рис. 14. Интенсивность ХБС у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (по ВАШ)

Через 30 мин после лечебного обезболивания динамика нивелирования болевого синдрома в обеих группах не отличалась и составляла $10,0 \pm 0,0$ мм. При этом у 4,2 % (2 пациента) больных основной группы и у 10 % (6 больных) – контрольной, болевой синдром сохранялся на уровне 10 мм по ВАШ. Причиной недостаточной адекватности ПРБ в купировании ХБС у 2-х больных основной группы являлось то, что опухоль у них локализовалась в зоне одновременной иннервации 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва, и с целью воздействия на обе ветви, катетер устанавливался между этими ветвями, т. е. в области наружной пластинки крыловидного отростка основной кости, и при введении анестетик локализовался на некотором удалении от нервных стволов. У 6 больных контрольной группы неполноценное обезболивание было связано с недостаточным анальгетическим эффектом наркотических препаратов.

При сравнении адекватности обезболивания на 3-и сутки противоболевой терапии отмечалось достоверное отличие показателей

интенсивности болевого синдрома: $10,0 \pm 0,0$ мм – основная группа, $13,3 \pm 1,7$ мм – группа контроля ($p < 0,01$). Различие показателей на этот период было обусловлено возрастанием доли больных, оценивающих сохранившуюся боль в интервале 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 интервале 20 мм. Нарастание интенсивности болевого синдрома в контрольной группе, на наш взгляд, было связано с началом развития толерантности к наркотическим анальгетикам. На 10-е сутки средний показатель интенсивности болевого синдрома по группам составил: $12,0 \pm 0,8$ мм – основная, $17,1 \pm 3,9$ мм – контрольная (рис. 15).

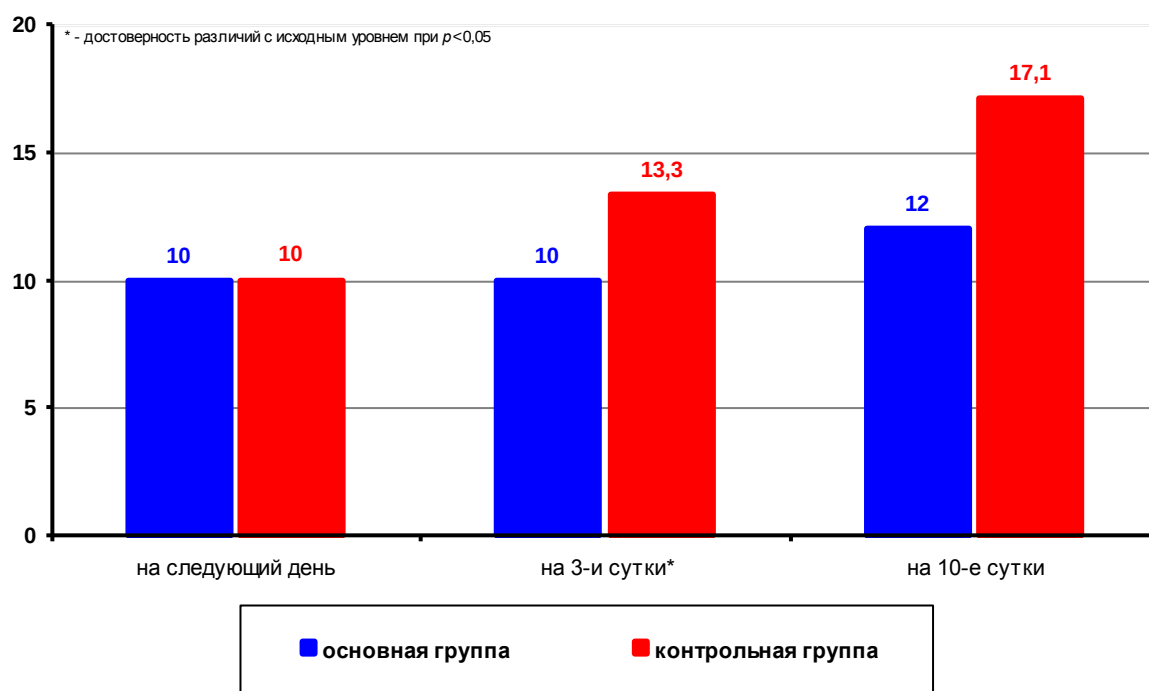


Рис. 15. Нивелирование болевого синдрома у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (в мм) в динамике противоболевой терапии различными методами

При детальном анализе оказалось, что в основной группе у 16,7 % (8 пациентов) больных болевые ощущения сохранялись на уровне 10 мм, у

4,2 % (2 больных) – 20 мм, а в группе контроля у 26,7 % (16 больных) – 10 мм, у 26,7 % (16 больных) – 20 мм, и у 10 % (6 пациентов) больных – 30 мм (рис. 16). Это подтверждало, с одной стороны, факт прогрессирования опухолевого процесса, а с другой – развитие толерантности к наркотическим препаратам.

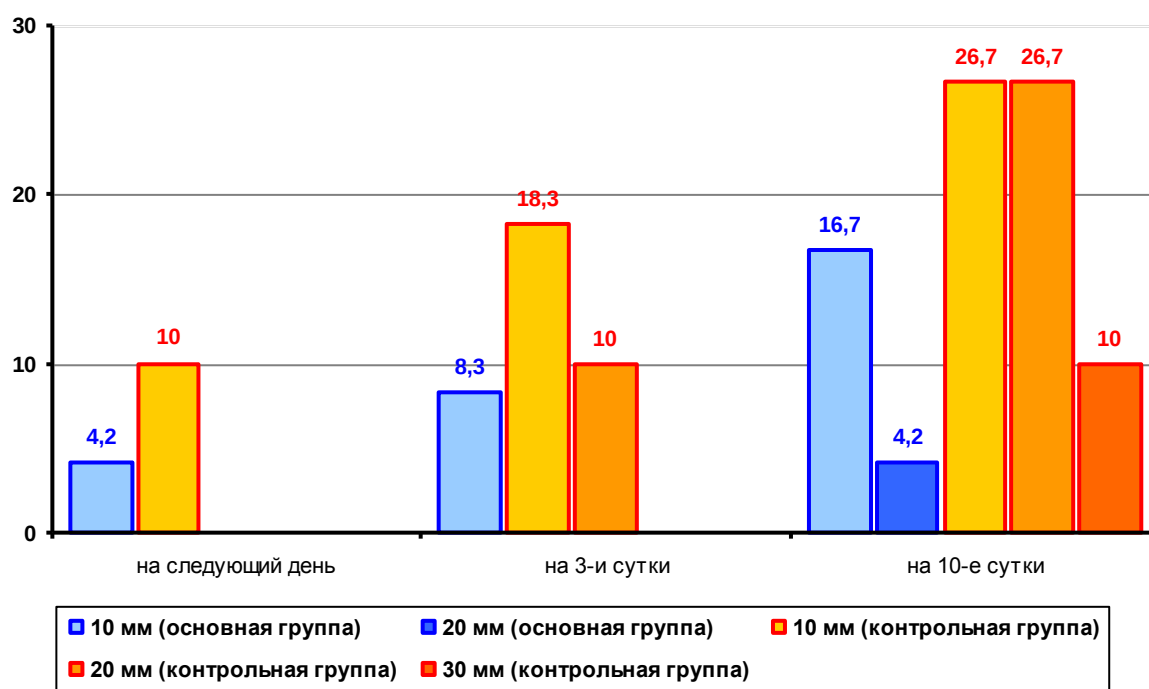


Рис. 16. Детализация нивелирования болевого синдрома у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в мм) в динамике противоболевой терапии различными методами

В процессе противоболевой терапии было отмечено, что анальгетическое действие ПРБ возрастало от блокады к блокаде, а действие наркотических препаратов постепенно сокращалось (рис. 17). Так, на первые сутки противоболевой терапии после введения местного анестетика через катетер, продолжительность анальгетического действия составила $5,07 \pm 0,3$ ч (от 4 до 7 ч), а средняя продолжительность действия наркотических препаратов составила $4,89 \pm 0,6$ ч (от 3,5 до 6,5 ч) – $p < 0,05$. На 3-и сутки от начала противоболевой терапии продолжительность анальгетического

эффекта ПРБ увеличивалась и достигала $5,43 \pm 0,3$ ч (от 4,5 до 7 ч), а эффект наркотических препаратов пошёл на убыль и составил $4,36 \pm 0,5$ ч (от 3 до 6 ч) – $p < 0,01$. Аналогичная тенденция наблюдалась и на 10-е сутки противоболевой терапии: анальгетический эффект ПРБ стал ещё более продолжительным – $5,9 \pm 0,3$ ч (от 4,5 до 7,5 ч), а эффект наркотических препаратов стал более кратковременным $3,58 \pm 0,2$ ч (от 2,5 до 4 ч) – $p < 0,01$.

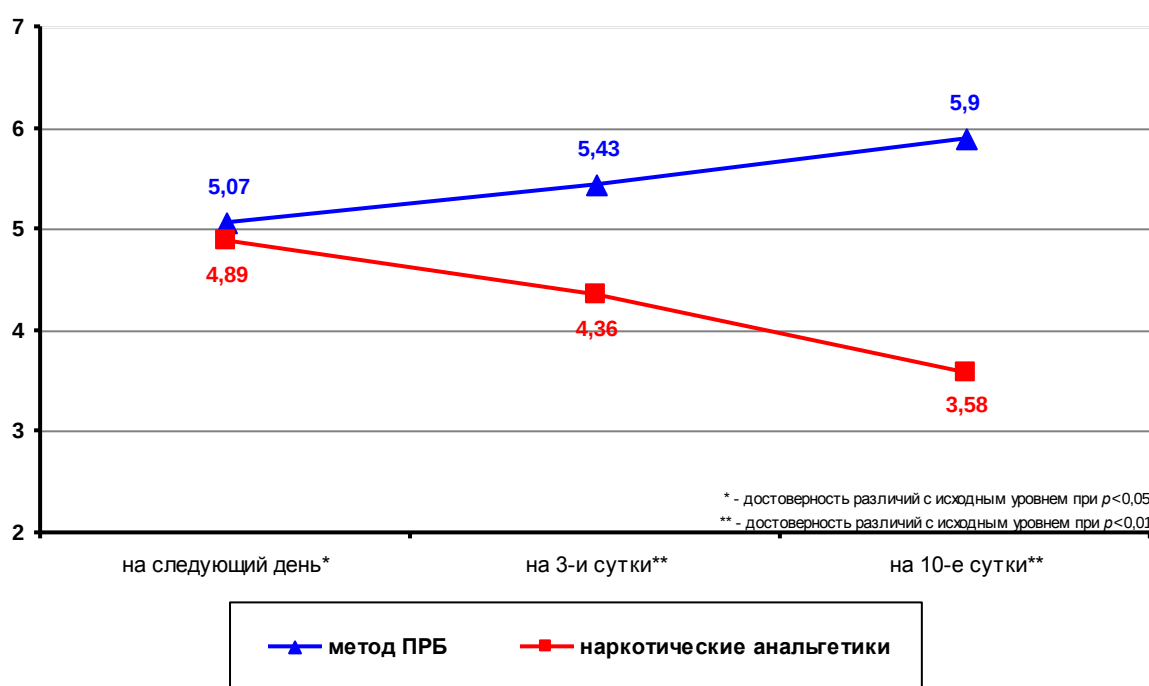


Рис. 17. Продолжительность анальгетического эффекта ПРБ и наркотических препаратов (в часах) в динамике противоболевой терапии

В подтверждение адекватности проведённых исследований нами проводилось изучение показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При этом оценку состояния больных обеих групп осуществляли по таким клиническим показателям как ЧД, ЧСС, АД систолическое и диастолическое, результаты которой представлены в таблице 10. Как видно из таблицы, в первой группе больных отмечалась постепенная стабилизация показателей. В группе больных, где использовались наркотические препараты, на 10-е сутки у 12 (20 %) пациентов отмечались признаки

нарушения дыхания и гипотония у 5 (8,3 %), что требовало пристального внимания и вмешательства медперсонала.

Таблица 10

Динамика показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем в процессе противоболевой терапии по разным методикам; $M \pm m$

№	Показатель	Метод	Этапы противоболевой терапии			
			Исходно	После 30 мин	3-и сутки	10-е сутки
1	ЧД	ПРБ	26,8±1,2*	16,7±0,3**	16,6±0,3*	16,4±0,3**
		НП	28,8±1,7	17,6±0,5	16,8±0,7	17,9±1,0
2	ЧСС	ПРБ	113,3±4,7*	72,9±2,3**	70,8±1,9**	69,4±2,3**
		НП	117,5±7,7	79±4,2	77,2±4,6	80,3±3,8
3	АД систолическое	ПРБ	164,2±16,1*	125,4±2,8*	125,4±2,8*	124,4±2,7*
		НП	160,5±33,0	129,1±9,2	129,1±9,2	129,5±9,1
4	АД диастолическое	ПРБ	96,7±3,4	82,5±2,2*	81,0±2,2*	81±2,3*
		НП	90±4,2	80,9±2,0	80,9±2,0	81,8±2,7

Примечание: * – достоверность различий при $p < 0,05$; ** – при $p < 0,01$; НП – наркотический препарат; ЧД – частота дыхания; ЧСС – частота сердечных сокращений

Кроме того, при оценке эффективности методик обезболивания, выполняли исследование частоты нежелательных побочных эффектов. В основной группе у 8 (16,6 %) больных отмечены осложнения, 4 (8,3 %) из которых правильнее отнести к неудачам манипуляции установки катетера (табл. 11). У 1 больного из-за давления на катетер во время сна отмечено прорезывание швов и выпадение катетера, у 1 – перегиб катетера, у 1 – нарушение проходимости катетера из-за закупорки его просвета кровяным сгустком, и у 1 больного в течение первых суток наблюдалось ретроградное подтекание анестетика. В этой связи первым 2 больным пришлось повторно

устанавливать катетер. Лишь у 4 (8,3 %) больных первые 2-3 суток была отмечена реакция на местный анестетик в виде потливости, беспокойства и тахикардии. Побочные явления проходили в течение 15-20 мин от начала введения анестетика. Воспалительных осложнений в связи с длительным пребыванием катетера (от 1 до 3 мес.) не наблюдалось.

Таблица 11

Осложнения при проведении пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва

№	Осложнения	Больные	
		Абсолютное число	%
1	Выпадение катетера	1	2,1 %
2	Нарушение проходимости катетера	2	4,1 %
3	Ретроградное подтекание анестетика	1	2,1 %
4	Побочные реакции на местный анестетик	4	8,3 %
ВСЕГО		8	16,6 %

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 их число увеличилось до 18 (30 %), при этом, у 8 (13,3 %) из них отмечались одновременно 2 вида побочных эффектов. К 10-м суткам противоболевой терапии 20 (33,3 %) больных отмечали негативное влияние используемых анальгетиков на их состояние, в том числе 16 (26,6 %) – одновременно 2-3 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 было угнетение дыхания – 31,5 % (табл. 12).

Таблица 12

**Частота нежелательных побочных эффектов на применение
наркотических анальгетиков**

№	Вид побочного действия	Этапы противоболевой терапии					
		1-е сутки		3-и сутки		10-е сутки	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	Тошнота	8	13,3 %	6	10 %	-	-
2	Рвота	2	3,3 %	8	13,3 %	-	-
3	Сонливость	-	-	4	6,6 %	5	8,3 %
4	Сухость во рту	-	-	2	3,3 %	1	1,6 %
5	Угнетение дыхания	-	-	4	6,6 %	12	20 %
6	Слабость	-	-	-	-	6	10 %
7	Гипотония	-	-	-	-	5	8,3 %
8	Запоры	-	-	-	-	6	10 %
9	Затруднение мочеиспускания	-	-	-	-	3	5 %
10	Нервно-мышечное подёргивание	-	-	-	-	2	3,3 %
11	Число больных, у которых отмечались побочные эффекты	10	16,6 %	18	30 %	20	33,3 %
12	- одновременно 2 вида побочного действия	-	-	8	13,3 %	-	-
13	- одновременно	-	-	12	20 %	4	6,6 %

	3 вида побочного действия						
--	---------------------------	--	--	--	--	--	--

Таким образом, проведённое исследование показало эффективность и перспективность метода ПРБ ветвей тройничного нерва в купировании ХБС у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ. Применение метода в качестве паллиативной противоболевой терапии обеспечивает адекватное купирование ХБС при отсутствии каких-либо выраженных побочных эффектов. Анальгетический эффект ПРБ превосходит действие наркотических препаратов, поэтому её можно считать методом выбора.

5.2. Эффективная противоболевая терапия как основной фактор улучшения качества жизни онкостоматологических больных в запущенных стадиях заболевания

В настоящее время доказано, что эффективное купирование болевого синдрома у больных с запущенными стадиями злокачественного процесса, является основной предпосылкой повышения уровня качества их жизни [45, 66, 94, 117]. Эти два показателя тесно взаимосвязаны друг с другом. Высокое КЖ указанной группы больных свидетельствует об адекватности проводимой противоболевой терапии. Отличительной особенностью изучения показателей КЖ заключается в том, что оценка состояния проводится на основании субъективного восприятия самих больных. Данный принцип в наибольшей степени согласуется с основным положением концепции реабилитации – апелляции к личности пациента. Результаты оценки КЖ адекватно дополняют показатели, полученные с применением клинических и инструментальных методов исследования, и способствуют повышению достоверности самого исследования [119].

Паллиативная помощь по определению ВОЗ – это «активный целостный уход за пациентами, болезнь которых не поддаётся излечению» и цель этой помощи – достижение наилучшего качества жизни для больных [192]. Учитывая вышеизложенное, эффективность противоболевой терапии, у исследуемых больных проводилась на основе оценки показателей их КЖ.

Результаты исследования показали, что у всех наблюдаемых нами больных были низкие показатели КЖ, и независимо от метода анальгезирующей терапии, имели свои отличительные признаки по возрасту. Указанный факт согласовывается с литературными данными, подтверждающими зависимость показателей КЖ от такого важного фактора как возраст.

Так, у пациентов молодого и среднего возраста (до 50 лет – 25 больных) до начала противоболевой терапии показатели КЖ по шкалам общего качества жизни (ОКЖ) и социального/семейного взаимоотношения (ССВ) составляли $47 \pm 12,2$ баллов и $18 \pm 2,3$ баллов, при показателях группы больных пожилого возраста (50 лет и старше – 83 больных) $33,1 \pm 4,5$ баллов и $15,4 \pm 1,0$ баллов соответственно. Сравнительно высокий уровень КЖ у более молодых пациентов свидетельствует об их лучшей социальной адаптации и уверенности в выздоровлении, а также большей активности в сфере половой жизни. В то же время, пониженный уровень КЖ больных пожилого возраста объясняется отсутствием веры в выздоровление и зависимостью от окружающих. В динамике противоболевой терапии, на 10-е сутки показатель ОКЖ в первой группе повысился на $39,5 \pm 1,3$ баллов, а во второй группе – на $51,5 \pm 0,1$ балла. Тем самым на 10-е сутки этот показатель в первой группе составил $86,5 \pm 10,9$ баллов, а во второй – $84,6 \pm 4,4$ баллов, при среднем значении ОКЖ всех групп $85,1 \pm 4,0$ баллов. В дальнейшем нами отмечена тенденция продолжающегося повышения уровня ОКЖ больных, что, безусловно, было связано с эффективностью проводимых мероприятий по купированию ХБС (рис. 18).

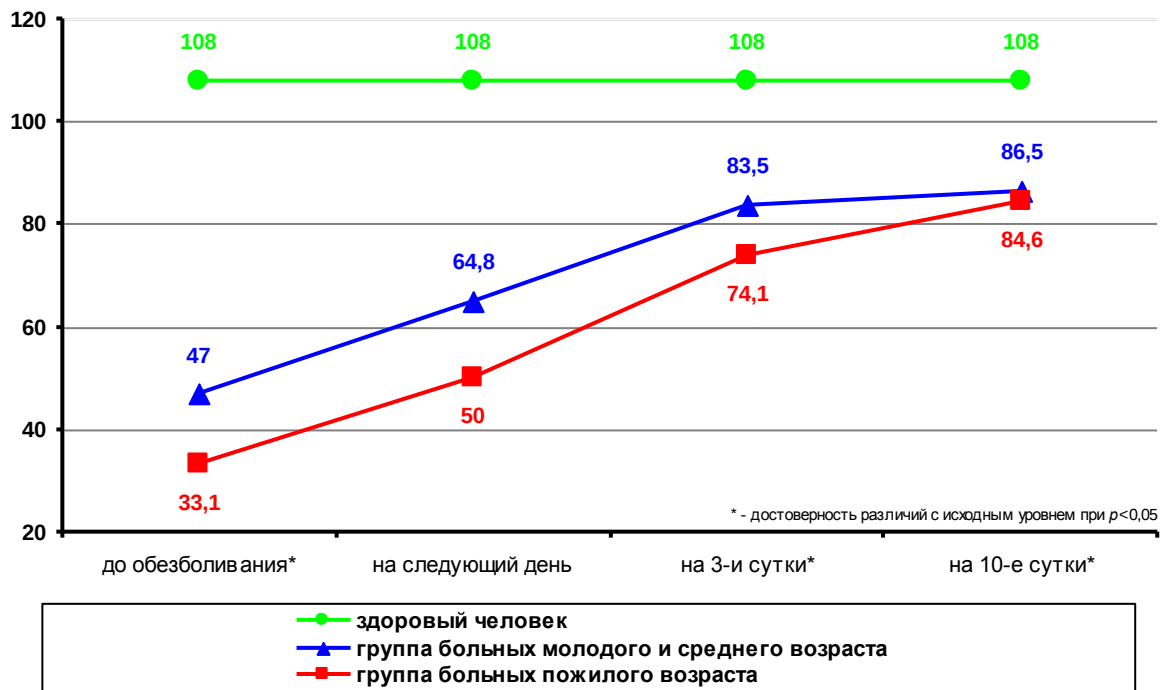


Рис. 18. Динамика показателей ОКЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в зависимости от возраста

Такая тенденция подтверждается и показателями шкалы ССВ, которые на 10-е сутки по группам составляли $24,1 \pm 1,3$ баллов и $21 \pm 1,1$ балла соответственно, при среднем показателе $21,7 \pm 1,0$ балла. Динамика показателя ССВ по группам больных разделённых по возрасту наглядно иллюстрирована на рисунке 19.

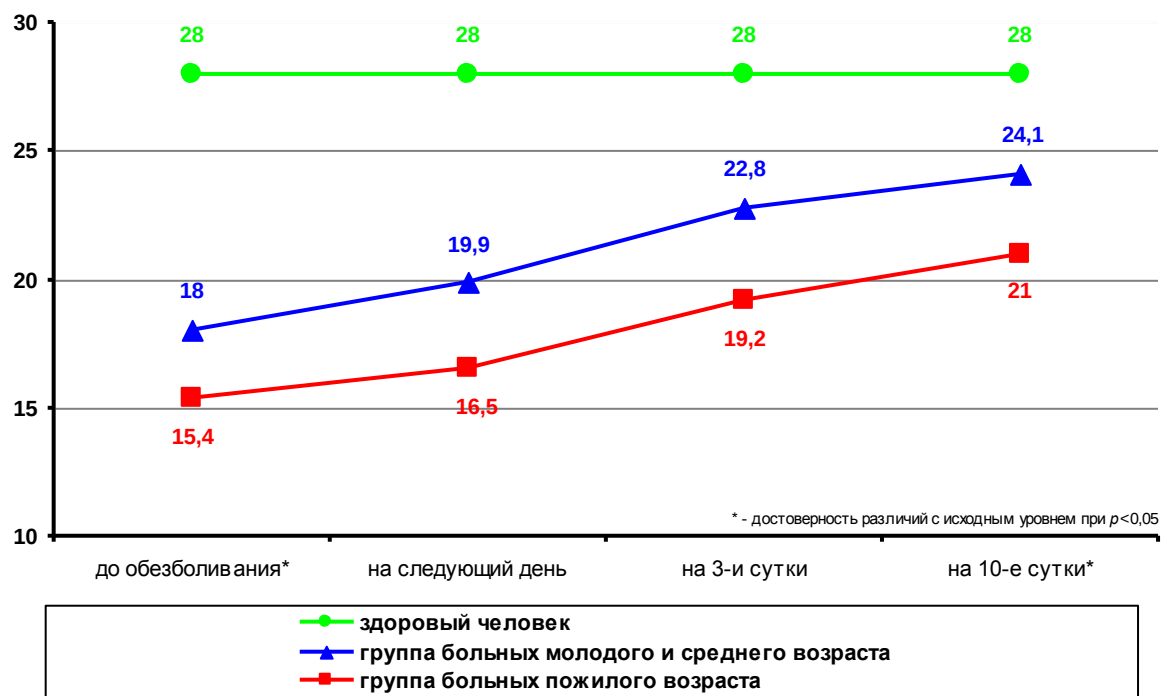


Рис. 19. Динамика показателей ССВ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в зависимости от возраста

Вторым важным фактором, оказывающим влияние на уровень КЖ больных, является пол. До и в начале противоболевой терапии у женщин, по сравнению с мужчинами, отмечены более низкие показатели КЖ. Если у больных мужского пола в начале противоболевой терапии показатель ОКЖ составлял $37,7 \pm 6,9$ баллов, то у женщин он равнялся $34,8 \pm 6,9$ баллам, при среднем показателе $36,3 \pm 4,7$ балла. Указанный факт объясняется тем, что женщины более эмоциональны, озабочены своим самочувствием, их угнетает возникающее изменение внешнего вида, неспособность заняться личными и семейными проблемами и т. д. Наблюдения показывают, что к 10-м суткам рациональной противоболевой терапии у женщин отмечаются более высокие показатели КЖ, чем у мужчин. На этот период показатель ОКЖ у мужчин составил $84,5 \pm 6,1$ балла, а у женщин он достиг $85,6 \pm 5,8$ баллов, при среднем значении $85,1 \pm 4,0$ баллов (рис. 20).

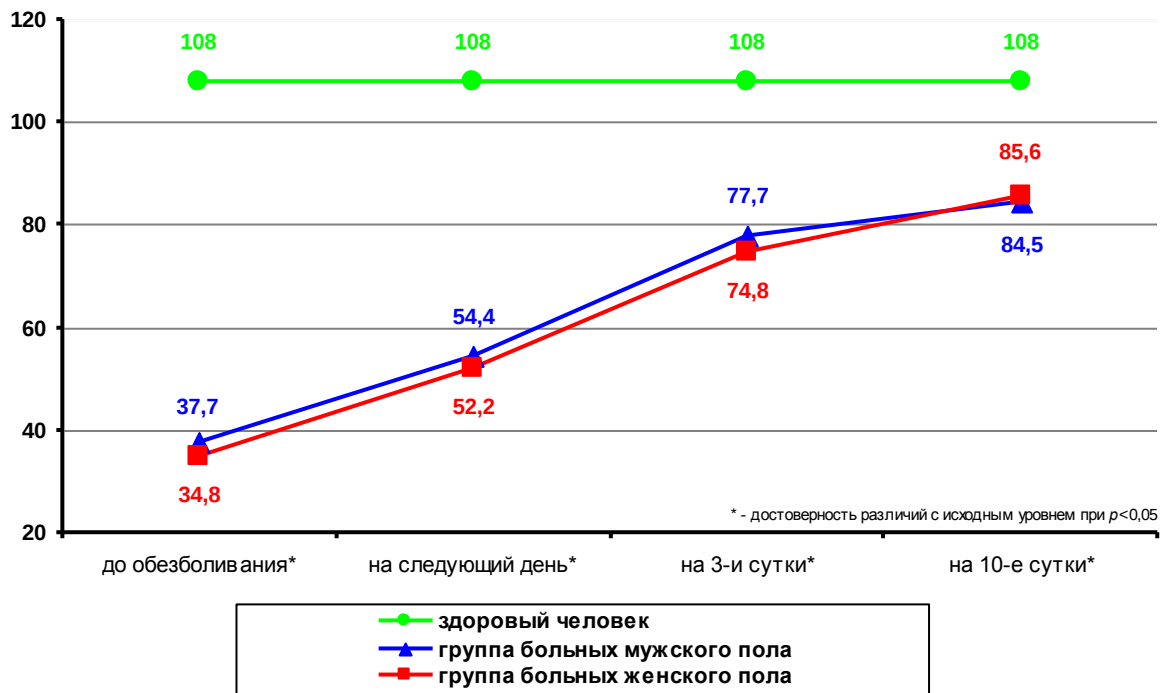


Рис. 20. Динамика показателей ОКЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в зависимости от пола

Если подсчитать повышение уровня КЖ, по сравнению с исходными данными, то оно составляет $46,8 \pm 0,9$ балла у мужчин и $50,8 \pm 1,1$ баллов у женщин. Данный факт свидетельствует о большей способности женщин справляться с болезнью и о большей их удовлетворённости от положительной динамики проводимой терапии.

По шкале дополнительных показателей (ДП) на 10-е сутки КЖ у мужчин оценивался в $42,1 \pm 1,6$ балла, у женщин – в $41,5 \pm 1,6$ балла. Динамика ДП по группам больных, разделённых по полу наглядно иллюстрирована на рисунке 21.

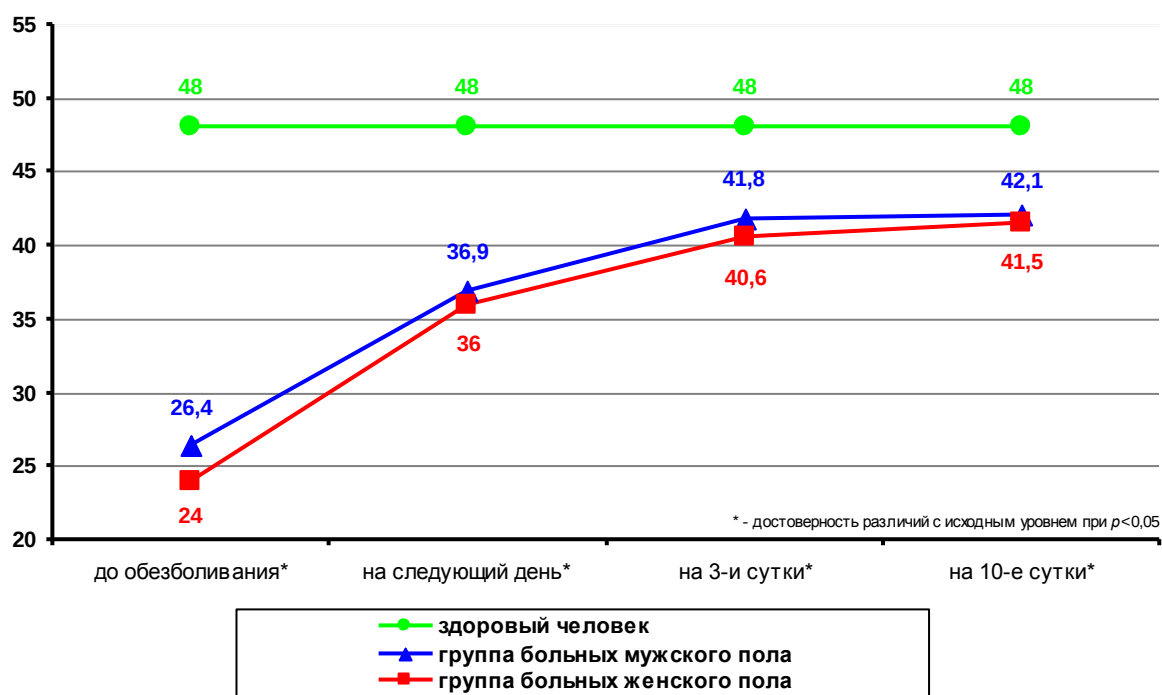


Рис. 21. Динамика ДП больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (в баллах) в зависимости от пола

Третий важный фактор, влияющий на уровень КЖ больных со ЗНО ЧЛО, является локализация опухолевого процесса. При проведении этого исследования нами выявлена прямая зависимость значений показателей КЖ от вовлечения в опухолевой процесс функционально важных отделов ЧЛО, отвечающих за акт жевания, глотания, голосообразование, а также за проходимость дыхательных путей.

Сравнительно высокие показатели КЖ отмечены у больных с расположением опухолевого процесса в среднем сегменте ЧЛО, а точнее в области верхней губы, верхней челюсти и в верхнечелюстном синусе. Более низкие показатели КЖ отмечены у пациентов с локализацией злокачественной опухоли в нижне-переднем сегменте ЧЛО, когда в процесс вовлекались нижняя губа, подбородочный отдел и тело нижней челюсти, тело языка, дно полости рта. Самые низкие показатели КЖ отмечались при поражении злокачественным процессом нижне-заднего сегмента ЧЛО, куда относились угол и ветвь нижней челюсти, корень языка. Низкое

расположение опухоли сопровождается выраженными функциональными нарушениями, о чём упоминалось выше. Динамика указанных изменений наглядно прослеживается на примере оценки КЖ этих больных по шкале ДП, которая иллюстрирована на рисунке 22.

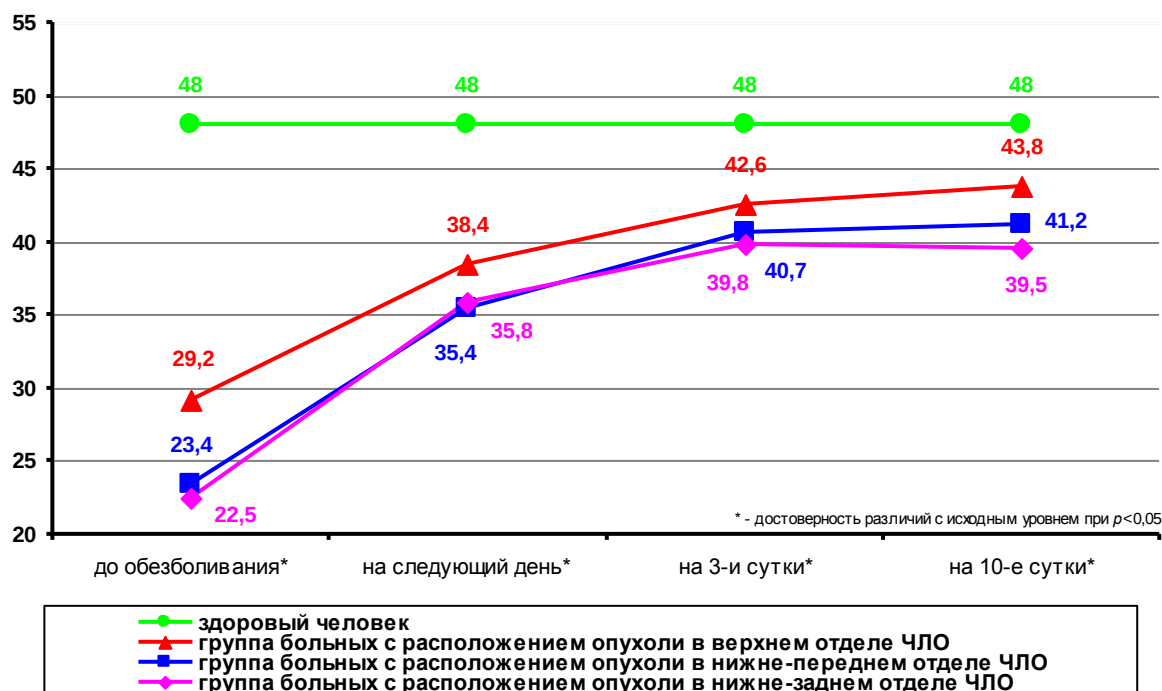


Рис. 22. Динамика показателей по шкале ДП больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (в баллах) в зависимости от топографии опухоли

Как видно из рисунка, до начала анальгезирующей терапии показатель ДП в группе больных с расположением опухоли в верхнем сегменте ЧЛО составил $29,2 \pm 3,8$ баллов, в группе больных с нижне-передним расположением — $23,4 \pm 2,4$ балла, а в группе больных с расположением опухоли в нижне-заднем сегменте — $22,5 \pm 5,8$ баллов. Проведённая противоболевая терапия способствовала сдвигу этих показателей в сторону улучшения. Так на 10-е сутки этот показатель по группам повысился на $43,8 \pm 1,5$ балла, на $41,2 \pm 1,2$ балла и на $39,5 \pm 4,4$ баллов соответственно. Повышение ДП на этот период в среднем составляло $16,6 \pm 0,9$ баллов.

Анализ уровня КЖ по шкале ОКЖ существенных различий показателей по группам не выявляет, кроме сравнительно низкого его уровня в группе больных с ниже-задним расположением опухоли на 10-е сутки. На этот момент ОКЖ в группе больных с верхним расположением опухоли составил $87,8 \pm 6,1$ баллов, в группе больных с ниже-передним расположением опухоли – $86,6 \pm 6,0$ баллов и $75,2 \pm 12,7$ балла в группе больных с ниже-задним расположением опухоли (рис. 23).

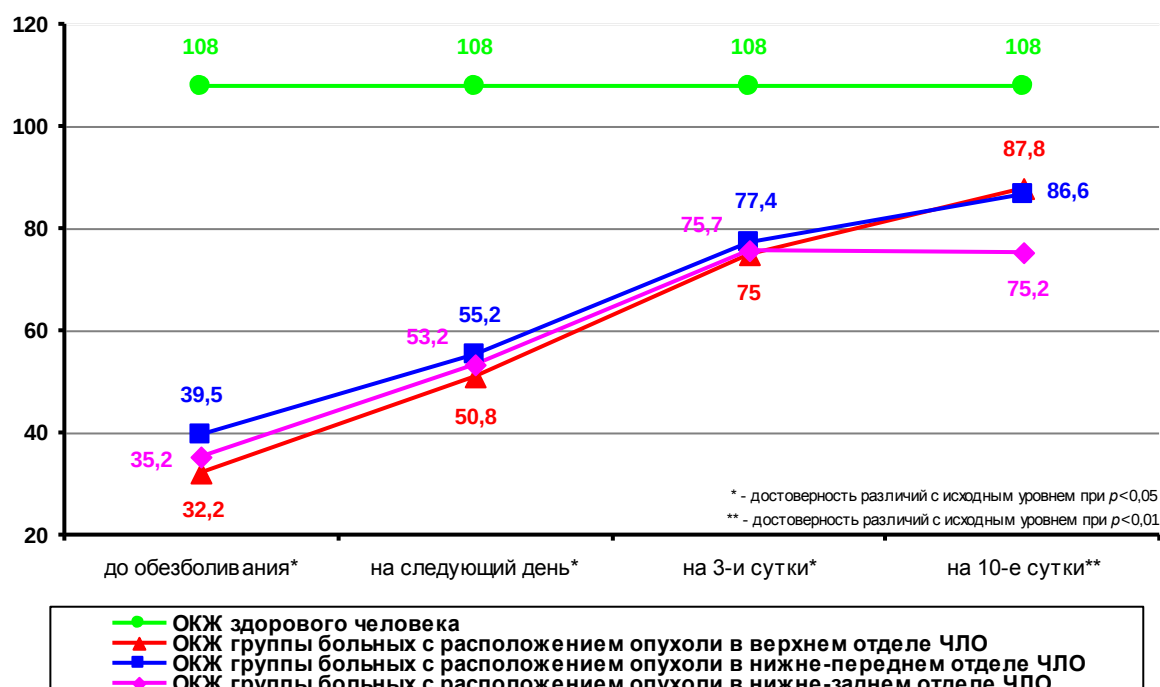


Рис. 23. Динамика показателей ОКЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (в баллах) в зависимости от топографии опухоли

Негативную тенденцию уровня КЖ больных с ниже-задней локализацией опухолевого процесса можно связать с применением наркотических анальгетиков, которые преимущественно использовались в этой группе (у 66,7 % больных). Данный факт, по нашему мнению, объясняется снижением их анальгетического действия, из-за регулярного применения в течение длительного периода времени, а также нарастанием нежелательного их побочного действия на деятельность сердечно-

сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Результатом снижения анальгетической способности наркотических препаратов у этих больных является неадекватное купирование болевого синдрома. Это в свою очередь приводит к ухудшению приёма пищи, нарушениям функций глотания и голосообразования, итогом чего является снижение уровня КЖ.

Запущенные стадии ЗНО ЧЛЮ сопровождаются тягостной клинической симптоматикой: нарушениями функций жевания (у 83 – 76,8 % больных) и глотания (у 58 – 53,7 % больных), вынуждающими больных ограничивать себя в качестве и количестве принимаемой пищи, нарушением функции речи (у 90 – 83,3 % больных) и обезображиванием внешности (у 43 – 39,8 % больных), приводящими к выраженной социальной дезадаптации, нарушением дыхания, кахексией и интоксикацией, которые значительно снижают показатели физического состояния (ФС) и эмоционального благополучия (ЭБ). Динамика показателей соответствующих шкал рассмотрена ниже.

Конечно же, в этих объективных и субъективных сдвигах особая роль отводится болевому фактору, как основному рычагу – катализатору происходящих сложных патологических процессов в организме больного в целом. В этой связи уместно было бы сравнение показателей уровня КЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ в зависимости от метода проводимой противоболевой терапии.

Результаты проведения противоболевой терапии разработанным методом и с применением наркотических анальгетиков показали, что на следующий день после начала обезболивания ОКЖ в обеих группах повышается на $17,1 \pm 1,0$ баллов и составляет $53,2 \pm 5,5$ балла в основной и $53,7 \pm 6,2$ баллов – в контрольной. На 3-и сутки показатель ОКЖ составил $75,9 \pm 3,8$ баллов (повышение на $22,7 \pm 1,7$ балла) и $77,1 \pm 5,4$ баллов (повышение на $23,4 \pm 0,8$ балла) соответственно. При дальнейшем наблюдении отмечено, что на 10-е сутки противоболевой терапии показатель

ОКЖ в основной группе повышается до $91,1 \pm 3,1$ балла (улучшение на $15,2 \pm 0,7$ баллов) – почти как у здорового человека, а в контрольной, наоборот, отмечается его снижение до $71,8 \pm 5,1$ балла (понижение на $5,3 \pm 0,3$ баллов). Динамика указанных изменений представлена на рисунке 24.

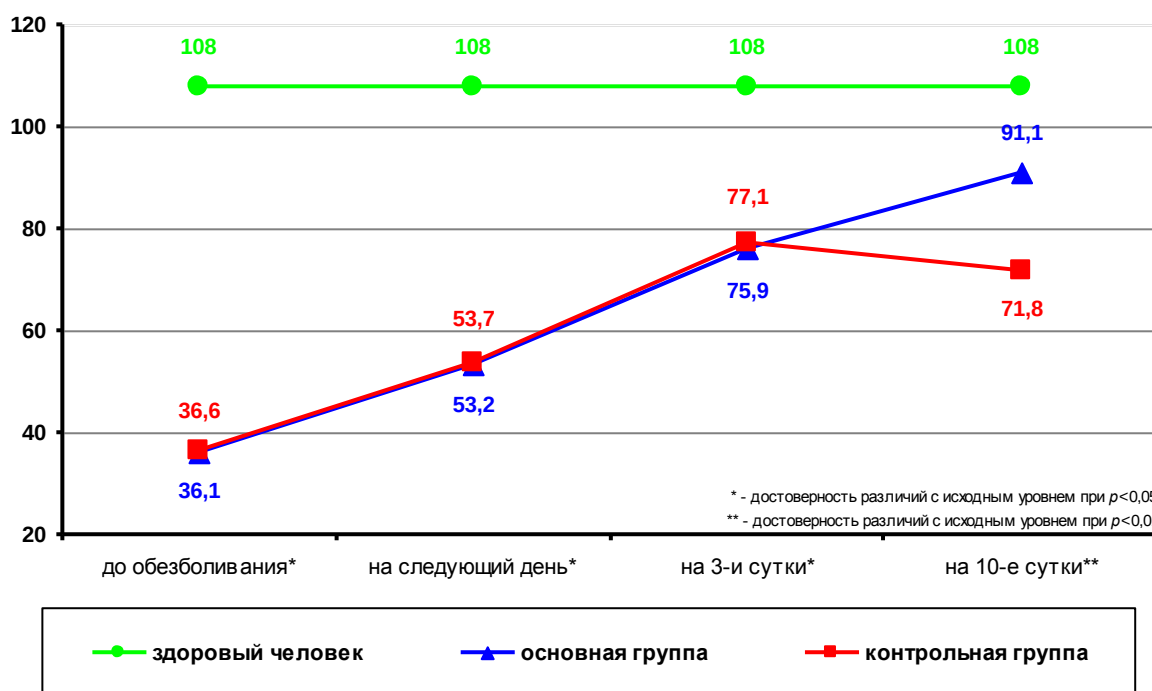


Рис. 24. Динамика показателей ОКЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в динамике противоболевой терапии различными методами

В дальнейшем мы сравнительно детализировали, с какими показателями КЖ по шкалам опросника была связана подобная динамика изменения уровня ОКЖ в исследуемых группах.

Из рисунка 25 видно, что уровень ФС у больных обеих групп, до начала противоболевой терапии, был достаточно низким ($7,6 \pm 2,3$ и $11,4 \pm 2,1$ баллов соответственно, при значении нормы 28 баллов). Низкие показатели ФС обусловлены тяжёлым общим состоянием больных в результате прорастания опухоли в обширные области головы и шеи, тяжёлой интоксикацией организма. В таком статусе пациенты испытывали трудности

в выполнении даже лёгкой физической нагрузки и не могли ухаживать за собой.

В процессе противоболевой терапии отмечалась положительная динамика уровня ФС, что свидетельствовало об адекватном устранении ХБС, что в свою очередь позволяло больным почувствовать себя более уверенными. Пациенты становились способными преодолевать лёгкую и более тяжёлую физическую нагрузку, не испытывая недостатка сил и энергии. Так, изначально более низкий показатель ФС в основной группе уверенно повышаясь, уже на 3-и сутки достигал $21,5 \pm 1,1$ балла (повышение на $13,9 \pm 1,2$ баллов), а в контрольной группе он достигал всего лишь $19,3 \pm 1,9$ балла (повышение на $7,9 \pm 0,2$ баллов). Менее позитивная динамика показателя контрольной группы клинически проявлялась возникновением побочных реакций на применяемые наркотические анальгетики в виде тошноты, рвоты и сонливости, а также нарушениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. На 10-е сутки противоболевой терапии показатель ФС в основной группе достиг $25,1 \pm 0,7$ балла – почти уровня ФС здорового человека (повышение на $3,6 \pm 0,4$ балла), в то время как в контрольной – он понизился до $16,7 \pm 1,7$ баллов (понижение на $2,6 \pm 0,2$ баллов). Подобная динамика уровня ФС контрольной группы была обусловлена нарастанием сонливости и возникновением новых нежелательных побочных эффектов, таких как запоры, затруднение мочеиспускания, гипотония и угнетение дыхания. Одновременно отмечалось постепенное возобновление болевых ощущений в зоне расположения опухолевого процесса (рис. 25).

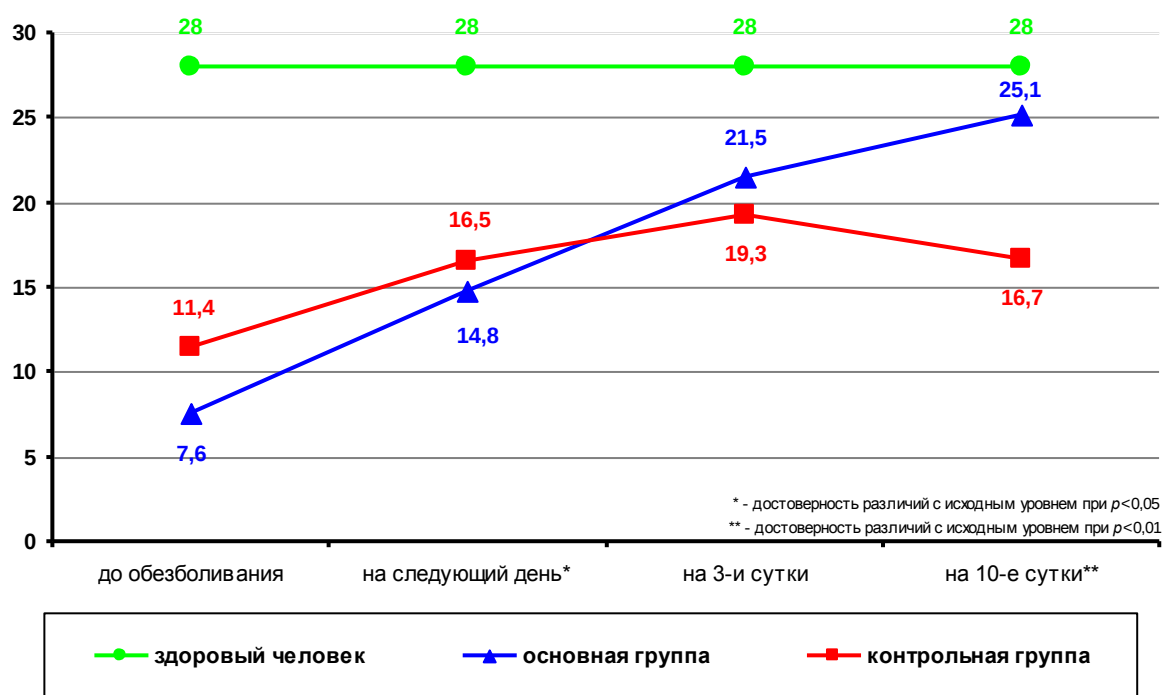


Рис. 25. Динамика показателей ФС больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (в баллах) в динамике противоболевой терапии различными методами

Следующий показатель опросника – ССВ – до начала противоболевой терапии в основной группе составил $15,9 \pm 1,3$ баллов, а в контрольной – $16,2 \pm 1,5$ баллов, из имеющихся 28. Сравнительно низкий уровень ССВ основной группы, в начале противоболевой терапии, был связан, на наш взгляд, с процедурой установки больным катетера, а также с непривычной мыслью его присутствия, что затрудняло их общение (рис. 23). На 3-и сутки показатель ССВ в основной группе повысился на $3,4 \pm 0,2$ баллов и составил $19,3 \pm 1,1$ баллов, а в контрольной группе повышаясь на $5,5 \pm 0,1$ баллов, составил $21,7 \pm 1,6$ балл. С исчезновением боли уменьшались и признаки болезненного состояния, что позволяло больным свободно общаться с окружающими и охотно входить в контакт с медицинским персоналом. На 10-е сутки показатель ССВ в основной группе достиг $21,3 \pm 1,3$ балла (повышение на $2 \pm 0,2$ балла), а в группе контроля – $22,7 \pm 1,3$ баллов (повышение на $1 \pm 0,3$ балл). В этот срок больные налаживали отношения с

окружающими, свободно общались, повышалась их активность в сфере половой жизни.

Динамика показателей ССВ у больных с запущенными стадиями ЗН ЧЛЮ представлена на рисунке 26.

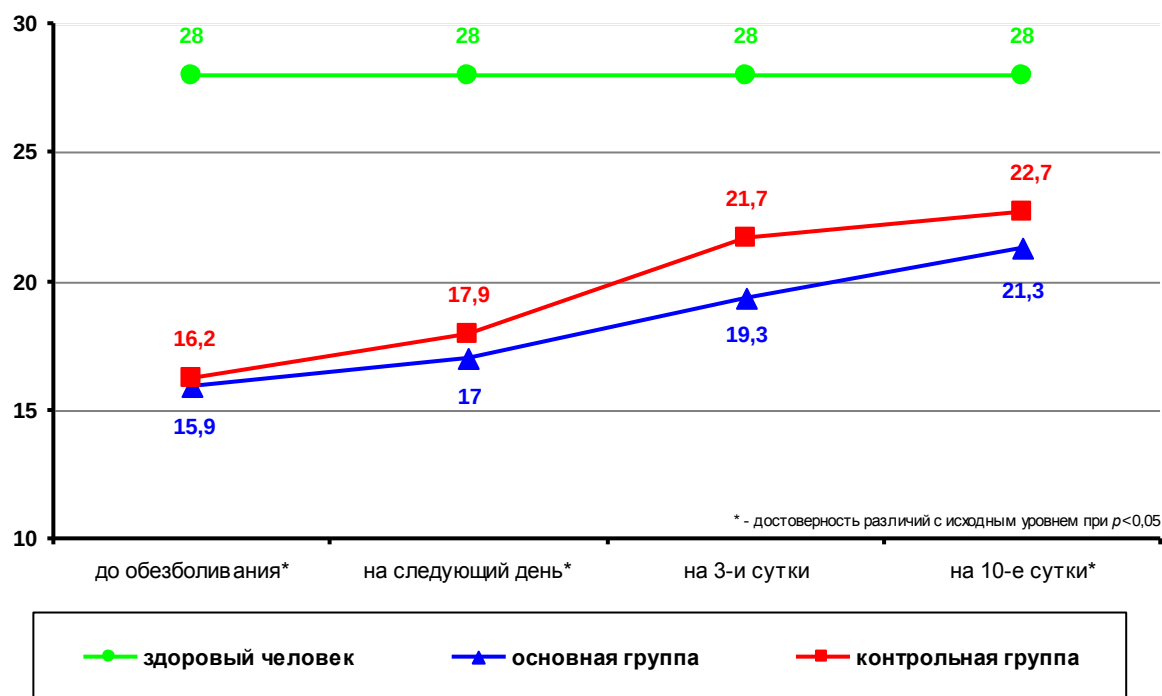


Рис. 26. Динамика показателей ССВ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в динамике противоболевой терапии различными методами

Следующий показатель КЖ больных – эмоциональное состояние (ЭС), исходно оценивался как сниженный, и составлял $6,3 \pm 1,9$ баллов в основной группе и $4,5 \pm 1,5$ балла – в контрольной, из имеющихся 24. Столь низкие показатели ЭС клинически подтверждаются выраженной симптоматикой злокачественного процесса указанной локализации, в том числе ухудшением эстетики, постоянной болью, нарушением функций голосообразования, приёма пищи и дыхания, постоянным чувством страха приближающейся смерти. Всё это приводит одних больных к возбуждению и депрессии, а других к подавленности и полной погруженности в своё заболевание. Довольно часто у больных наблюдается сдвиг психологического статуса. В

первые сутки противоболевой терапии показатель ЭБ в основной группе повысился на $3 \pm 0,0$ балла и составил $9,3 \pm 1,9$ баллов, а в группе контроля – на $3,7 \pm 0,1$ балла составляя $8,2 \pm 1,6$ баллов. Столь незначительный сдвиг показателя ЭС связан с тем, что несмотря на исчезновение боли, у больных всё же сохраняются сомнения и беспокойство о том, что она может возобновиться. Они до конца не могут поверить, что хроническую боль можно преодолеть. На 3-и сутки наблюдений показатель ЭС по группам достигает $16,1 \pm 1,3$ и $16,4 \pm 1,4$ баллов соответственно. На 10-е сутки, уверенно повышаясь, показатель ЭБ в основной группе достиг $20,9 \pm 0,8$ баллов (увеличение на $4,8 \pm 0,5$ балла), что подтверждает тенденцию к благоприятному клиническому течению болевого синдрома. А в контрольной группе в это время наблюдается резкое его снижение до $14,0 \pm 1,6$ баллов (понижение на $2,4 \pm 0,2$ балла). Это связано с тем, что из-за нарастания нежелательных побочных эффектов на приём наркотических анальгетиков и снижения их анальгетического действия, у пациентов возникало чувство беспокойства о возможности ухудшения состояния и они постепенно теряли надежду на преодоление самой болезни (рис. 27).

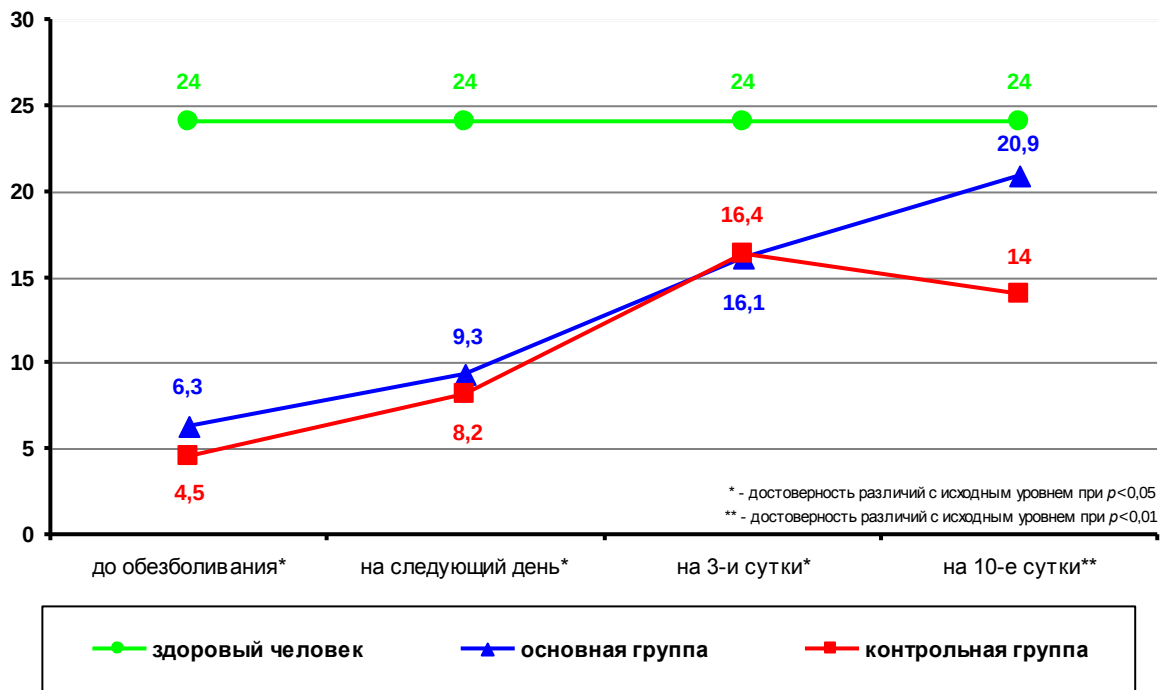


Рис. 27. Динамика показателей ЭБ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в динамике противоболевой терапии различными методами

В процессе проведения противоболевой терапии в обеих исследуемых группах отмечалась положительная динамика показателя благополучия в повседневной жизни (БПЖ). Это было обусловлено тем, что на фоне улучшения эмоционального состояния больные становятся способными выполнять лёгкую или более тяжёлую работу по дому, начинают получать удовольствие от выполненной работы, у них улучшается сон. На 3-и сутки терапии показатель БПЖ по группам достоверно не отличался и составлял $19,0 \pm 1,1$ баллов (повышение на $12,8 \pm 0,9$ баллов) и $19,7 \pm 1,2$ баллов (повышение на $15,2 \pm 0,8$ баллов) соответственно. Аналогично предыдущей шкале КЖ, показатель БПЖ контрольной группы на 10-е сутки характеризовался отрицательной динамикой. Это было связано с тем, что из-за появления боли и нарастания симптомов сонливости и угнетения дыхания, у больных снижалась работоспособность и удовлетворённость обыденной жизнью. На этот период показатель БПЖ в основной группе составил

23,8±0,8 балла (повышение на 4,8±0,3 балла), а в контрольной – 18,4±1,4 баллов (снижение на 1,3±0,2 балла) (рис. 28).

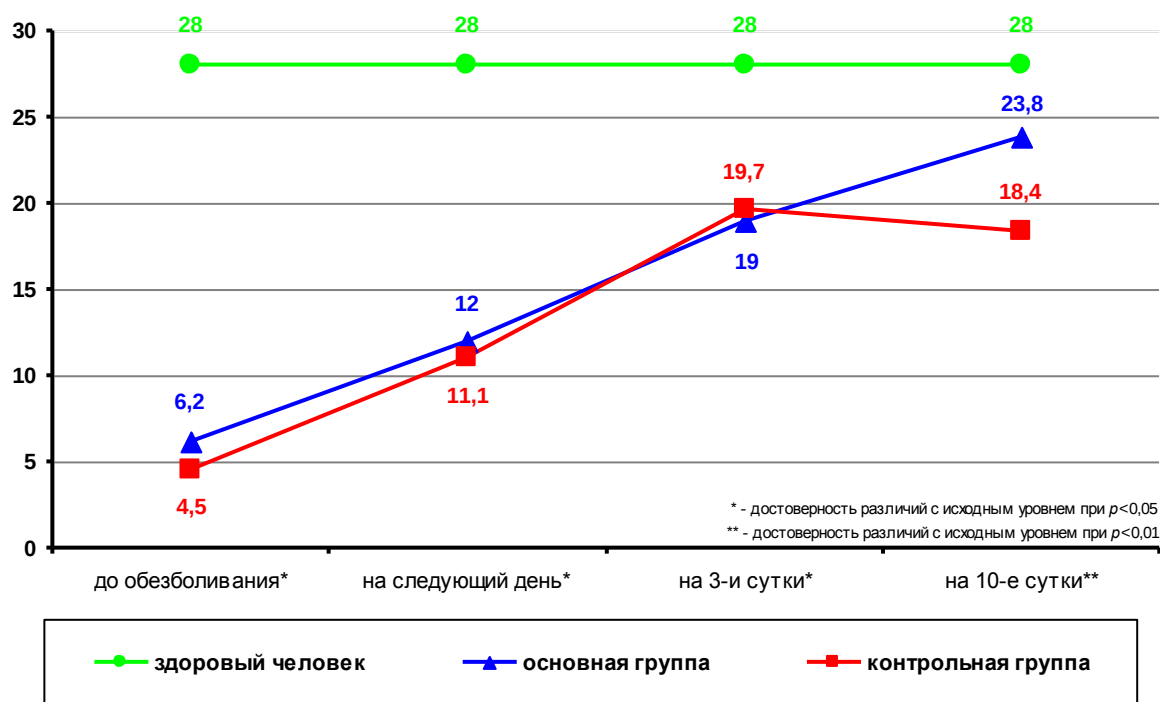


Рис. 28. Динамика показателей БПЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛЮ (в баллах) в динамике противоболевой терапии различными методами

Достаточно низкий уровень КЖ больных определялся по шкале ДП, который оценивает тяжесть функциональных нарушений местного характера, в данном случае зубочелюстной системы. До начала противоболевой терапии, указанный показатель в основной группе составлял 24,7±2,5 балла, а в контрольной – 26,4±4,0 баллов, из 48 возможных. Низкие значения ДП клинически выражались выраженными нарушениями функций жевания, глотания и звукообразования, обусловленными постоянной болью. Больные не могли принимать ту пищу, которая им нравится и в том количестве, в котором им хочется. Опухоль вызывала у них деформацию лица, снижала эстетику, вызывала нарушение речи и дыхания, и всё это в конечном итоге негативно влияло на общение больных. Как и все другие вышерассмотренные факторы, показатель ДП в начале противоболевой

терапии в обеих группах имел позитивную динамику. На 3-и сутки этот показатель по группам повышался до $41,1 \pm 1,2$ и $41,4 \pm 2,0$ балла (на $16,4 \pm 1,3$ и $15 \pm 2,0$ баллов) соответственно. В это время больные уже не ограничивали себя в выборе качества и количества принимаемой пищи, улучшалось звукопроизношение. На 10-е сутки наблюдения, показатель ДП основной группы повышаясь ещё на $2,1 \pm 0,2$ балла, достигал $43,2 \pm 1,0$ балла и становился близким к показателям нормы. В контрольной группе этот показатель снижался на $2,6 \pm 0,2$ балла и достигал $38,8 \pm 1,8$ баллов. Данный факт согласуется с данными клинического наблюдения. У больных из-за снижения анальгетической активности наркотических препаратов и применения их в высоких дозах возникали нежелательные побочные эффекты в виде тошноты и рвоты, снижения аппетита, а у больных с расположением опухоли в нижнее-заднем отделе ЧЛО усугублялось имеющееся нарушение дыхания (рис. 29).

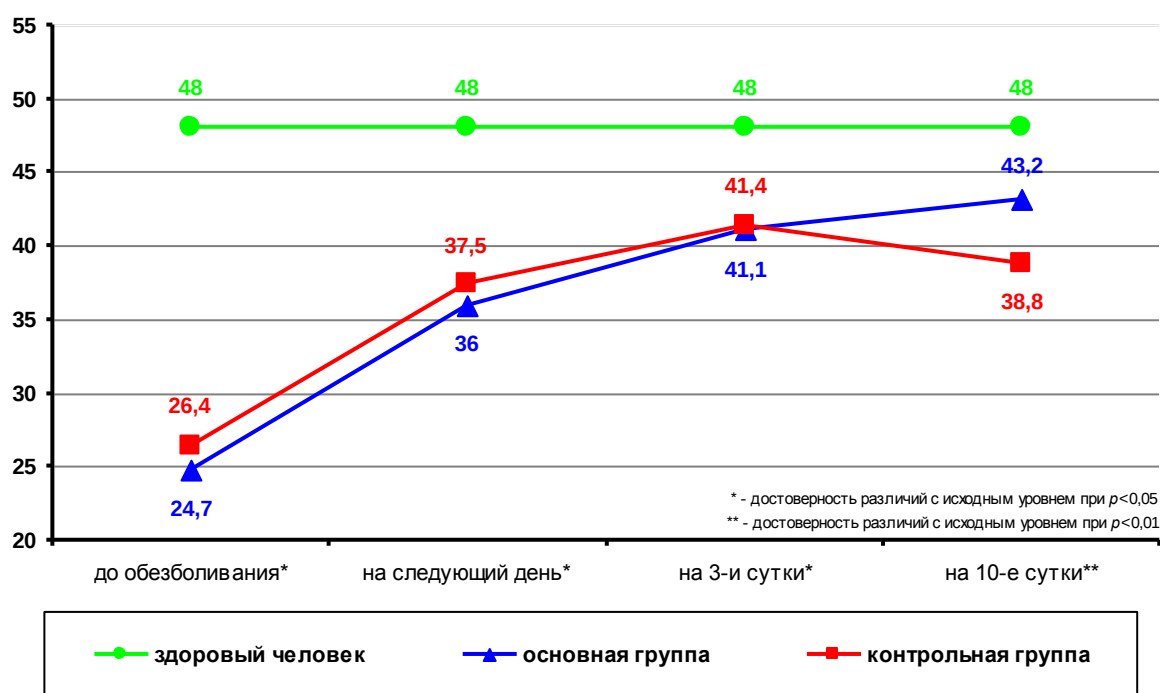


Рис. 29. Динамика ДП больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО (в баллах) в динамике противоболевой терапии различными методами

Таким образом, результаты анкетного исследования с использованием опросника FАСТ H&N показали, что уровень КЖ больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО зависят от следующих факторов:

- возраста, и характеризуется более высокими показателями у пациентов молодого возраста по шкалам ССВ и ОКЖ, что свидетельствует о более высоком уровне независимости, лучшей социальной адаптации, о большей вере в преодолении болезни, а также о большей активности в сфере половой жизни;

- пола; сравнительно более позитивная динамика показателей КЖ в процессе противоболевой терапии отмечена у женщин, что свидетельствует о большей их способности справляться с болезнью;

- локализации и распространённости опухолевого процесса, от которых зависят степень функциональных нарушений зубочелюстной системы. Самые низкие показатели КЖ отмечаются у больных с расположением опухоли в нижне-заднем сегменте ЧЛО, когда возникают нарушения функций жевания, глотания, речи и дыхания;

- метода лечения; купирование ХБС у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО методом ПРБ ветвей тройничного нерва, по сравнению с традиционной противоболевой терапией наркотическими анальгетиками, позволяет достичь не только значительного клинического улучшения, но и более высоких показателей КЖ пациентов, что свидетельствует о преимуществе предлагаемого метода.

5.3. Показания и противопоказания к проведению пролонгированной регионарной блокады онкостоматологическим больным

Длительный опыт по купированию ХБС у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО методом ПРБ, при паллиативном их лечении, позволил определить показания и противопоказания к его проведению. По нашему

мнению, показаниями к купированию ХБС у онкостоматологических больных методом ПРБ являются:

- болевой синдром, обусловленный злокачественной опухолью с локализацией в зоне иннервации 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва;
- средняя (5-7 баллов, по ВАШ) или выраженная (8-10 баллов) интенсивность болевого синдрома;
- развитие толерантности к наркотическим анальгетикам или неадекватность обезболивания (сохранение боли на уровне 4 баллов), проводимой наркотическими анальгетиками;
- возникновение выраженных нежелательных побочных эффектов от применения наркотических средств;
- наличие непереносимости к наркотическим препаратам;

Противопоказания к проведению метода можно разделить на абсолютные и относительные. Абсолютными противопоказаниями являются:

- инфекционно-воспалительные заболевания кожи области введения катетера;
- гнойно-воспалительные заболевания в траектории прохождения катетера;
- прорастание опухолевого процесса области введения катетера;
- костный анкилоз ВНЧС с образованием костного конгломерата в области вырезки нижней челюсти и скуловой дуги;
- лабильность психики или психические заболевания;
- детский возраст;
- отказ больного от проведения ПРБ;
- малая интенсивность (до 5 баллов) болевого синдрома, в случае если ранее не проводилась традиционная противоболевая терапия;
- непереносимость местных анестетиков;

- патология крови или её свёртывающей системы;
- агональное состояние.

К относительным противопоказаниям можно отнести: декомпенсированные стадии нарушений деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печёночной и/или почечной недостаточности, инсулинозависимая форма сахарного диабета, тиреотоксикоз, бронхиальная астма и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность проблемы ЗНО ЧЛЮ обусловлена неуклонным ростом заболеваемости и смертности населения от этой патологии, а также увеличением числа больных с запущенными формами заболевания (Федяев И.М. с соавт., 2000; Давыдов А.Б. с соавт., 2004; Цветаев В.А. с соавт., 2008; Бузов Д.А. с соавт., 2010; Чиссов В.И. с соавт., 2011; Введенская Е.С., 2012; Евграфова О.Л. с соавт., 2012; Jemal A. et al., 2008; Gulati A. et al., 2011; Komisarovas L. et al., 2011). Согласно статистическим данным ежегодно в мире регистрируются 481 000 новых случаев ЗНО ГШ, и 320 000 летальных исходов от этой патологии. В 2000 году ЗНО ГШ оценивались, как восьмая причина смерти от рака во всём мире (Пахомов Г.Н., 2008; Цветаев В.А. с соавт., 2008; Ragin C. et al., 2007). В России в 2010 году выявлено 11 494 больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО ОФО. Прирост заболеваемости в стране за 90-е годы составил 32,5 % (Чиссов В.И. с соавт., 2011), а за последние 10 лет ещё 13,5 % (Евграфова О.Л. с соавт., 2012) и к 2010 году распространённость онкозаболеваний указанной локализации составила 8,4 случая на 100 000 населения.

Особой агрессивностью среди ЗНО ГШ отличается рак СОПР и ротоглотки. Для опухолей этой локализации характерно быстрое распространение на соседние анатомические структуры, и потому удельный вес больных с запущенными стадиями достигает 70-75 %. Так, в России в 2010 г. у 70,8 % больных со ЗНО ГШ диагностированы III и IV стадии заболевания (Чиссов В.И. с соавт., 2011). Самые высокие показатели отмечены в Тверской и Омской областях, где показатель запущенности рака СОПР составил 85 и 85,3 % соответственно (Давыдов А.Б. с соавт., 2004; Цветаев В.А. с соавт., 2008; Чиссов В.И. с соавт., 2011). Возможности проведения стандартного комбинированного лечения у этой категории больных весьма ограничены, и поэтому продолжительность их жизни

составляет 2,5-5 мес. (Шишкин Д.А. с соавт., 2002; Хабибуллаев Ш.З., 2010; Иорданишвили А.К. с соавт., 2012; McMahon J. et al., 2011). По данным О.Л. Евграфовой (2012) летальность в течение первого года после установления диагноза рак ОФО составляет 38,6 %.

В Таджикистане, как и во всём мире, имеется тенденция к увеличению числа онкологических больных [34]. При этом 38,1 % больных обращаются в онкологические стационары с запущенными стадиями заболевания, что ухудшает прогноз. По данным ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ, более 60 % поступающих больных с раком ОФО уже имеют III-IV стадии заболевания. Наряду с этим, замечено омолаживание контингента больных (Хабибуллаев Ш.З., 2010). Учитывая такой тревожный факт, Постановлением правительства Республики Таджикистан проблема лечения онкологических заболеваний включена в перечень приоритетных направлений научных исследований. Подтверждением тому является принятие «Национальной программы по профилактике, диагностике и лечению злокачественных новообразований в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.» [65].

Основным проявлением запущенных стадий онкологического заболевания является ХБС, являющийся главной причиной снижения КЖ больных (Брюзгин В.В., 1993; Исакова М.Е. с соавт., 1994; [62]; Осипова Н.А. с соавт., 2009; Ferrell B.R. 1995; Sato J. et al., 2010). По данным Мемориального онкологического Центра имени Слоуна-Кеттеринга в Нью-Йорке болевой синдром отмечается у 80 % больных со ЗНО ГШ, а в запущенных стадиях ($T_{1-3}N_{1-0}M_0$, $T_{любая}N_{1-3}M_{0-1}$) им страдают 100 % из них (Ефтодий В. с соавт., 2007; [132]). Постоянные болевые ощущения приводят к многочисленным функциональным нарушениям, больные с трудом разговаривают, часто не могут принимать обычную пищу и даже пить. При локализациях опухоли в области корня языка и в глотке постепенно нарушается дыхание вследствие обтурации ротоглотки. В терминальных стадиях заболевания присоединяются мучительные постоянные головные

боли ([10], Abendstein H. et al., 2005; Nordgren M. et al., 2008). Все эти факторы сильно отражаются на повседневной жизни пациентов, приводят к тяжёлым психоэмоциональным расстройствам и выраженной социальной дезадаптации, что в значительной степени снижает качество их жизни (Осипова Н.А., 2003; Новиков Г.А. с соавт., 2005; Чиссов В.И., 2006; Шакиров М.Н. с соавт., 2010; Агеева Н.А., 2013; Goelitz A., 2003; Shepherd K.L. et al., 2004; Humphris G.M., 2008). Кроме того, хроническая боль приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, которые являются причиной возникновения вторичной иммунологической недостаточности и нарушения деятельности органов и систем (Вайсблат С.Н., 1962; Новиков Г.А. с соавт., 2005; Осипова Н.А. с соавт., 2010; Чиссов В.И., 2006). Постоянная усиливающаяся боль в сочетании с тяжёлым психологическим состоянием неизлечимого больного, взаимно потенцируясь, создают сложный комплексный механизм так называемой «патологической боли», отличающейся от «физиологической боли», которая выполняет адаптивную функцию и является сигнализатором защитных механизмов организма (Осипова Н.А., 2003; Кукушкин М.Л. с соавт., 2004). Иными словами, по выражению В.А. Николаева (1997), боль, переходя в хроническую форму «из сторожевой собаки организма превращается в бешеного пса», а это представляет собой серьёзную угрозу для жизни. Поэтому предотвращение этого бессмысленного процесса является первоочередной задачей врача любой специальности. ХБС в виде «бешеного пса» проявляется именно у онкостоматологических больных и его устранение является первостепенной задачей паллиативного лечения (Дорук С. с соавт., 2007).

Проблемам устранения болевого синдрома у больных с опухолями ЧЛЮ посвящено незначительное количество работ, а существующая система организации оказания специализированной помощи указанному контингенту функционирует недостаточно эффективно. Такая тенденция наблюдается не

только в Республике Таджикистан, но и в других странах мира. Примером тому является тот факт, что в наиболее экономически развитых странах на паллиативное лечение выделяется только 10 % средств, предназначенных для борьбы со ЗНО, что является явно недостаточным. Всё это происходит на фоне отсутствия единого взгляда у специалистов на проблему паллиативного лечения онкологических больных, в результате чего миллионы пациентов испытывают страдания и мучения и готовы любой ценой избежать их (Важенин А.В. с соавт., 2004; Осипова Н.А. с соавт., 2009).

При лечении хронической боли у онкологических больных по настоящее время первостепенная роль отводится трёхступенчатой системной фармакотерапии, рекомендованной ВОЗ в 1988 г. (Важенин А.В. с соавт., 2004; Новиков Г.А. с соавт., 2005; Чиссов В.И., 2006; Осипова Н.А. с соавт., 2009; 2010; [62]). В соответствии с этой схемой в запущенных стадиях заболевания, когда болевой синдром имеет наибольшую интенсивность, используются сильные наркотические препараты в дозах, дающих адекватное обезболивание (Брюзгин В.В., 1993; Новиков Г.А. с соавт., 2005; [79]; Sepulveda C. et. al., 2002). Однако, как показывают клинические наблюдения, при использовании наркотических анальгетиков, у 20-65 % больных с прогрессирующим течением онкологического процесса, добиться полного купирования болевого синдрома не удаётся ([10], Новиков Г.А. с соавт., 2005; Брюзгин В.В., 2010; Mannion R. et. al., 2000). В таких случаях, ряд авторов рекомендуют дополнительные инвазивные – интервенционные методы обезболивания, к которым относятся нейроаблативные и нейромодулирующие процедуры ([10]; Николаев А.В. с соавт., 1999; Новиков Г.А. с соавт., 2005; Чиссов В.И., 2006; Недолужко И.Ю. с соавт., 2009; Брюзгин В.В., 2010; Wilson T. et. al., 2009).

К числу инвазивных методов устранения ХБС ЧЛО онкологического генеза можно отнести ПРБ 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва (Столяренко П.Ю., 1987; 1996), которая вот уже более 27 лет используется в

качестве метода обезболивания при различных заболеваниях и хирургических вмешательствах в ЧЛЮ. Метод заключается во фракционном введении болюсных доз или постоянной инфузии местного анестетика через тонкий катетер, установленный у места выхода ветвей тройничного нерва. Преимущества метода заключаются в простоте выполнения, доступности оснащения, малой инвазивности – возможности его осуществления минимальным количеством уколов, что особенно важно у пациентов пожилого возраста; достижении адекватного обезболивания в обширной зоне малым количеством анестезирующего средства, что уменьшает число нежелательных побочных эффектов; сохранении сознания и физической активности больных, что является важным элементом профилактики бронхолёгочных осложнений; экономическом эффекте, обусловленном меньшими затратами на медикаменты, отсутствием необходимости в интенсивном наблюдении за больным с привлечением дополнительного персонала (Столяренко П.Ю., 1996). Такой вариант анестезии рекомендуется у пациентов с развившейся толерантностью к наркотическим анальгетикам (Столяренко П.Ю., 2008; 2012), что особенно важно для нашего исследования.

Целью исследования было повышение качества жизни больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области путём использования нового метода паллиативной противоболевой терапии. При выполнении работы нами решались следующие задачи: провести анализ заболеваемости и оказания помощи онкостоматологическим больным в Республике Таджикистан, разработать новый метод паллиативной противоболевой терапии путём усовершенствования ПРБ ветвей тройничного нерва и внедрить в клиническую практику у больных со ЗНО ЧЛЮ, провести клинико-рентгенологическое обоснование усовершенствованного метода ПРБ у больных со ЗНО ЧЛЮ, провести сравнительную оценку эффективности наркотических анальгетиков и

усовершенствованного метода ПРБ в купировании ХБС у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО, оценить уровень КЖ больных со ЗНО ЧЛО в динамике противоболевой терапии различными методами.

Основу настоящего исследования составили 108 больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО в возрасте от 33 до 89 лет, находившихся на лечении или под диспансерным наблюдением в отделении общей онкологии ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ, г. Душанбе, в СООЦ г. Худжанда, в ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ, г. Душанбе, в отделении ЧЛХ СОКБ г. Худжанда и в клинике хирургической стоматологии Ташкентской государственной медицинской Академии Республики Узбекистан с 2005 по 2013 гг. Среди обследованных мужчин было 53 (49,0 %), женщин – 55 (51,0 %). Наибольшее число составили больные в возрасте от 40 до 80 лет (78,8 %).

У большинства наблюдаемых больных – 63 (58,3 %) диагностированы запущенные стадии рака СОПР, почти у четверти – 25 (23,1 %) был установлен рак слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, у 4 (3,7 %) больных определены запущенные стадии остеосарком челюстей. Из общего количества больных у 27 (25,0 %) опухолевый процесс находился в стадии распада. У подавляющего большинства обследованных – 64 (59,2 %) распространённость опухоли соответствовала $T_4N_{1-2}M_0$. По морфологическому варианту у абсолютного большинства – 104 (96,3 %) больных, злокачественная опухоль имела эпителиальное происхождение.

В процессе обследования у 94 (87 %) наблюдаемых нами пациентов выявлена сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы, почти у половины – 51 (47,2 %) – анемии различной степени тяжести, которые были связаны с ранее проведёнными химиолучевой терапией, хирургическим вмешательством или комбинированным лечением. Из общего количества обследованных 38,9 % (42 больных) в догоспитальном периоде или до настоящего исследования никакого лечения не получали, то есть больше трети обследованных обращались к специалисту либо уже с

запущенными стадиями злокачественного процесса, или же после установления диагноза больные оставались равнодушными к состоянию своего здоровья и больше не обращались к врачам.

Анализ результатов изучения характера болевого синдрома показал, что все 108 исследуемых пациентов испытывали боли различной степени интенсивности. При этом было отмечено, что у 71 (65,7 %) больного боли появились до проведения противоопухолевого лечения, то есть болевой синдром был обусловлен ростом опухоли, а у 37 (34,25 %) больных боли появились после проведения противоопухолевого лечения (химиотерапии, лучевой терапии, оперативного вмешательства или их комбинации), что согласуется с данными D. Doyle (1998) и K.M. Foley (1998).

Дальнейшее изучение структуры болевого синдрома показало, что локализация болевых ощущений определялась по месту расположения и направлению роста опухолевого процесса, и в этой связи больные ощущали боль по ходу соответствующей ветви тройничного нерва. Так, при расположении злокачественной опухоли на верхней губе, альвеолярном отростке верхней челюсти и в верхнечелюстном синусе (41 больной, или 37,9 %) болевые ощущения проецировались в участках, соответствующих иннервации второй ветви тройничного нерва (верхнечелюстного). При расположении опухоли на нижней губе, альвеолярной части нижней челюсти, в области дна полости рта и на языке (39 больных, или 36,1 %) боль локализовалась в зоне иннервации третьей ветви тройничного нерва (нижнечелюстного). В тех случаях, когда опухоль располагалась в области корня языка с прорастанием в ткани глотки (25 больных, или 23,1 %), боль ощущалась по всей поражённой патологическим процессом половине языка и глотки. При наличии метастазов больших размеров (21 больной, или 19,4 %) боль ощущалась и в области шеи.

В ходе исследования было отмечено, что у преобладающего большинства (74,0 %) исследуемых пациентов болевые ощущения носили

острый характер, на неподвижность характера боли указывали 83,3 % больных, на постоянную интенсивность боли – 75,9 % больных. У 86,1 % пациентов болевые ощущения усиливались в вечернее и ночное время суток. Кроме того, нами было установлено, что при локализации опухоли в мягких тканях болевые ощущения носят «ноющий», «жгучий» и «схватывающий» характер (у 67 больных, или 62 %), а при прорастании опухоли в костные структуры челюстных костей они приобретают «разрывающий» характер (у 41 больного, или 37,9 %). У 46 (42,6 %) болевой синдром сопровождался неврологическими сенсорными нарушениями, что указывало на нейропатический механизм развития болевого синдрома. Абсолютное большинство исследуемых (95,3 %) отмечали иррадиацию боли по ходу ветвей тройничного нерва, что свидетельствовало о прогрессирующем росте опухоли. Почти половина (48 %) исследуемых с первичной локализацией опухолевого процесса в верхнечелюстном синусе отмечали усиление боли при принятии горизонтального положения тела или при наклоне головы вперёд, что объяснялось повышением давления на нервные стволы, вследствие прилива крови. У 17 (15,7 %) больных, находящихся на последних стадиях заболевания была отмечена постоянная мучительная головная боль. Эти данные согласуются с мнением В.Л. Михайловича (1990) и И.М. Федяева с соавт. (2000).

Анализ результатов проведённого анкетирования показал, что ЗНО ЧЛЮ, особенно в запущенных стадиях заболевания, сопровождались выраженными функциональными расстройствами. Нарушения функции жевания были выявлены у 83 (76,8 %) больных и проявлялись ограниченным или болезненным открыванием рта, затруднённым пережёвыванием пищи в связи с болезненными движениями языка. Всё это вынуждало больных жевать на здоровой стороне или принимать только жидкую пищу. У 58 (53,7 %) больных были выявлены нарушения функции глотания в виде болезненного или затруднённого проглатывания пищи, и затруднение

дыхания, что свидетельствовало о прогрессирующем экзофитном росте опухоли. Функция речи была нарушена у 90 (83,3 %) исследуемых и проявлялась изменением тембра голоса, открытой гнусавостью и невнятным произношением слов. При этом было установлено, что открытая гнусавость речи встречалась у больных с локализацией злокачественной опухоли на альвеолярном отростке верхней челюсти, в верхнечелюстном синусе и когда опухоль находилась в стадии распада с тенденцией образования дефекта нёба. При локализации опухоли на альвеолярной части нижней челюсти, в области дна полости рта и языка чаще была отмечена невнятность речи. Больные из-за усиления болевых ощущений старались не разговаривать и общались с окружающими письменно или с помощью жестикюляции и мимики.

Результаты оценки интенсивности болевого синдрома по ВАШ показали, что 15 (13,9 %) исследуемых оценивали болевые ощущения как «слабой интенсивности» (до 4 баллов), 35 (32,4 %) – как «средней интенсивности» (5-7 баллов) и 58 (53,7 %) – как «выраженной интенсивности» (8-10 баллов). В соответствии с этим, согласно критериям трёхступенчатой схемы обезболивания ВОЗ, у 40 (37,0 %) больных с целью купирования болевого синдрома использовались НПВП, а у 68 (63,0 %) больных – наркотические препараты. Следует особо отметить, что несмотря на проводимую противоболевую терапию, у 67 (62,0 %) пациентов полного и желаемого обезболивания не достигалось, и болевой синдром сохранялся в пределах 1-4 баллов по ВАШ, что согласуется с данными В.Л. Михайловича (1990), Г.А. Новикова с соавт. (2005), В.В. Брюзгина (2010) и R. Mannion (2000). В итоге эффективность проводимой противоболевой терапии в группе больных, которым использовались наркотические препараты, составила 57,4 %. При этом продолжительность анальгетического эффекта в этой группе больных в среднем составила $4,2 \pm 0,09$ ч. У 88,2 % (60 больных) этой

группы отмечались нежелательные побочные эффекты на применяемые анальгетики.

Таким образом, на основании проведённого исследования была выявлена определённая картина ХБС, которую можно считать типичной для больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО. Болевой синдром развивался в течение первых 3 месяцев от начала заболевания вне зависимости от проведения лечения, и через полгода он уже носит выраженный характер. Боль чаще усиливалась в вечернее и ночное время и иррадиировала по ходу ветвей тройничного нерва. Боль характеризовалась как острая, «разрывающая», сопровождающаяся сенсорными симптомами, и пациент ощущал её постоянно. Описываемая структура боли соответствует нейропатическому типу болевого синдрома, чем и объясняется недостаточная эффективность проводимой традиционной противоболевой терапии.

Одним из основных показателей, отражающих эффективность проводимого паллиативного лечения больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО, и который непосредственно связан с наличием ХБС, является КЖ.

Результаты проведённого исследования показали, что у всех наблюдаемых нами больных, независимо от метода проводимой анальгезирующей терапии, имели свои отличительные уровни КЖ и зависели от возраста, пола и локализации опухоли. Указанный факт также согласуется с данными В.Д. Розуменко с соавт. (2010).

Так, у пациентов молодого и среднего возраста (до 50 лет – 25 больных) до начала противоболевой терапии показатели КЖ по шкалам ОКЖ и ССВ составляли $47 \pm 12,2$ и $18 \pm 2,3$ баллов, при показателях группы больных пожилого возраста (50 лет и старше – 83 больных) $33,1 \pm 4,5$ и $15,4 \pm 1,0$ баллов соответственно. В динамике противоболевой терапии к 10-м суткам эти показатели в первой группе повысились до $86,5 \pm 10,9$ и $24,1 \pm 1,3$ баллов, а во второй группе до $84,6 \pm 4,4$ и $21 \pm 1,1$ балла, при средних показателях ОКЖ и

ССВ всех групп $85,1 \pm 4,0$ и $21,7 \pm 1,0$ балла соответственно. Сравнительно высокий уровень КЖ у больных более молодого возраста свидетельствует об их лучшей социальной адаптации и большей уверенности в выздоровлении от имеющегося заболевания, а также большей активности в сфере половой жизни. А пониженный уровень КЖ больных пожилого возраста объясняется присутствием сомнения в выздоровлении, большей зависимостью в жизнедеятельности от окружающих.

Следующим важным фактором, оказывающим влияние на уровень КЖ больных, является пол. Если в начале противоболевой терапии показатель ОКЖ составлял у мужчин $37,7 \pm 6,9$ баллов и у женщин $34,8 \pm 6,9$ баллов, то к 10-м суткам рациональной противоболевой терапии этот показатель по группам достиг $84,5 \pm 6,1$ балла и $85,6 \pm 5,8$ баллов соответственно, при среднем значении ОКЖ $85,1 \pm 4,0$ баллов. Данный факт свидетельствует о большей способности женщин позитивно справляться с болезнью и оптимизме в исходе заболевания.

Другой важный фактор, влияющий на уровень КЖ больных со ЗНО ЧЛО при проведении противоболевой терапии, является локализация опухолевого процесса. Сравнительно высокие показатели КЖ нами отмечены у больных при локализации опухоли в среднем сегменте ЧЛО (в области верхней губы, верхней челюсти и в верхнечелюстном синусе). Более низкие показатели КЖ выявлены у больных с локализацией злокачественной опухоли в нижне-переднем сегменте ЧЛО, когда в процесс вовлекались нижняя губа, подбородочный отдел и тело нижней челюсти, тело языка, дно полости рта. Самые низкие показатели КЖ отмечались при поражении злокачественным новообразованием нижне-заднего сегмента ЧЛО, куда относились угол и ветвь нижней челюсти, корень языка. Нижнее расположение опухоли сопровождалось выраженными функциональными нарушениями, о чём упоминалось выше. Динамика указанных изменений наглядно прослеживается на примере оценки КЖ этих больных по шкале ДП.

Так, до начала анальгезирующей терапии показатель ДП в группе больных с локализацией опухолевого процесса в верхнем сегменте ЧЛО составил $29,2 \pm 3,8$ баллов, в группе больных с ниже-передним расположением он составил $23,4 \pm 2,4$ балла, а в группе больных с расположением опухоли в ниже-заднем сегменте – $22,5 \pm 5,8$ баллов. Проведённая противоболевая терапия способствовала сдвигу этих показателей в сторону улучшения, и на 10-е сутки этот показатель по группам повысился до $43,8 \pm 1,5$ балла, $41,2 \pm 1,2$ балла и $39,5 \pm 4,4$ баллов соответственно.

Проведённое нами исследование показало, что запущенные стадии ЗНО ЧЛО сопровождаются тягостной клинической симптоматикой: нарушением функций жевания (у 83 – 76,8 % больных) и глотания (у 58 – 53,7 % больных), речи (у 90 – 83,3 % больных), обезображиванием внешности (у 43 – 39,8 % больных), которые в конечном итоге приводили к выраженной социально-психологической дезадаптации пациентов, нарушениям дыхания, кахексии и интоксикации, которые существенно снижали показатели ФС и ЭБ.

Естественно в этих сдвигах особая роль отводится болевому фактору, как основному рычагу – катализатору происходящих сложных патологических процессов в организме больного в целом. Сравнительный анализ результатов проведённой противоболевой терапии разработанным методом и с применением наркотических анальгетиков показывает, что на следующий день ОКЖ в обеих группах повышается на $17,1 \pm 1,0$ баллов и составляет $53,2 \pm 5,5$ балла в основной и $53,7 \pm 6,2$ баллов – в контрольной. На 10-е сутки противоболевой терапии показатель ОКЖ в основной группе повышается до $91,1 \pm 3,1$ балла (повышение на $15,2 \pm 0,7$ баллов) – почти как у здорового человека, а в контрольной, наоборот, отмечается его снижение до $71,8 \pm 5,1$ балла (понижение на $5,3 \pm 0,3$ баллов). Подобная динамика уровня КЖ была обусловлена нарастанием у больных контрольной группы частоты таких нежелательных побочных эффектов, как сонливость, запоры,

затруднения мочеиспускания, гипотония и угнетение дыхания, а также постепенным возобновлением болевых ощущений в зоне расположения опухолевого процесса из-за снижения анальгетического действия применяющихся наркотических препаратов.

Таким образом, результаты проведённых исследований показали, что у больных с запущенными стадиями ЗНО ЧЛО снижение уровня КЖ зависит от многих факторов, главным среди которых является ХБС. Традиционно проводимая противоболевая терапия у этой категории больных с применением наркотических препаратов позитивно влияет на факторы, отражающие КЖ и на эффективность паллиативного лечения в целом. Однако побочные эффекты наркотических препаратов и другие проблемы, связанные с их использованием, затрудняют достижение желаемого уровня КЖ. В отличие от этого, предложенная нами методика устранения ХБС с применением ПРБ, позволяет значительно повысить уровень КЖ больных, позитивно влияя на её факторы, и достигнуть облегчения состояния. Методика проста, доступна и в перспективе может быть конкурентоспособной.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный метод паллиативной противоболевой терапии позволяет повысить качество жизни больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. На 10-е сутки использования метода показатель общего качества жизни составил $91,1 \pm 3,1$ балла (из имеющихся 108 баллов), при значении этого показателя $36,1 \pm 4,5$ баллов до его использования.
2. Проведён анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области и оказания помощи больным с III-IV клиническими стадиями заболевания в Республике Таджикистан. Установлено, что у 60 % больных с впервые установленным диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» диагностируются III-IV стадии заболевания, и ведущим симптомом заболевания у них является хронический болевой синдром. Эффективность традиционной фармакотерапии в его купировании составляет 57,3 %, что обусловлено преимущественным (42,6 %) развитием по нейропатическому механизму.
3. Разработан новый метод паллиативной противоболевой терапии путём усовершенствования пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва. Усовершенствование техники проведения метода позволило уменьшить инвазивность процедуры, увеличить длительность функционирования катетера и внедрить его в клиническую практику у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области в качестве регионарной противоболевой терапии.
4. Проведено клинико-рентгенологическое обоснование усовершенствованной пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва, что позволило снизить технические погрешности

процедуры и повысить её эффективность в купировании хронического болевого синдрома у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

5. Проведена сравнительная оценка эффективности пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва и наркотических препаратов в купировании хронического болевого синдрома у больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Установлено преимущество предлагаемого метода в адекватности и продолжительности анальгезии, меньшей частоте побочных эффектов. На 10-е сутки противоболевой терапии по ВАШ показатель интенсивности болевого синдрома при использовании блокады составил $12,0 \pm 0,8$ мм против $17,1 \pm 3,9$ мм при применении наркотических препаратов, продолжительность анальгетического действия – $5,9 \pm 0,3$ и $3,58 \pm 0,2$ часов, частота побочных эффектов – 16,6 и 33,3 %, соответственно.
6. Проведена оценка качества жизни больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области в динамике противоболевой терапии пролонгированной регионарной блокадой и наркотическими анальгетиками. Установлено, что разработанная регионарная противоболевая терапия позволяет достичь более высоких показателей качества жизни пациентов, что свидетельствует о её преимуществе. На 10-е сутки противоболевой терапии показатель общего качества жизни при использовании блокады составил $91,1 \pm 3,1$ балла (из имеющихся 108 баллов), а при использовании наркотических анальгетиков – $71,8 \pm 5,1$ балла, при среднем значении этого показателя $85,1 \pm 4,0$ баллов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области для проведения паллиативной противоболевой терапии кроме наркотических анальгетиков необходимо применять усовершенствованный метод пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва с использованием местных анестетиков.
2. При расположении опухоли в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва для купирования хронического болевого синдрома показано проводить пролонгированную регионарную блокаду верхнечелюстного нерва, установив катетер в крыловидно-нёбную ямку у круглого отверстия.
3. При локализации опухоли в зоне иннервации 3-й ветви тройничного нерва с целью купирования хронического болевого синдрома показано проводить пролонгированную регионарную блокаду нижнечелюстного нерва, установив катетер в подвисочную ямку у овального отверстия.
4. Для проведения регионарной противоболевой терапии больным с запущенными стадиями злокачественных новообразований челюстно-лицевой области необходимо использовать местные анестетики с минимальным содержанием вазоконстриктора или без него: 4 % артикаин с адреналином в соотношении 1:200 000, 4 % артикаин без адреналина, 3 % мепивакаин, 2 % лидокаин.
5. Для получения хорошего эффекта регионарной блокады при каждой очередной процедуре обезболивания достаточно введения через катетер раствора анестетика в объёме 1,5 мл.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абузарова, Г.Р. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.12, 14.01.20 / Г.Р. Абузарова ; [Место защиты: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России]. – М., 2011. – 48 с.
2. Агеева, Н.А. Биоэтическое измерение паллиативной медицины [Текст] / Н.А. Агеева // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2013. – №25. – С. 39–43.
3. Агеева, Н.А. Психофизические особенности онкологических больных в контексте биоэтических проблем современности [Текст] / Н.А. Агеева // Гуманитарные и социальные науки. – 2013. – № 4. – С. 35–43.
4. Антушевич, А.А. Профилактика и лечение осложнений лучевой терапии рака орофарингеальной области (клинико-экспериментальное исследование) [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.19 / А.А. Антушевич; [Место защиты: ГОУВПО «Военно-медицинская академия»]. – СПб. : ВМедА, 2008. – 26 с.
5. Артюшкевич, А.С. Местное обезболивание в стоматологии у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (обзор) [Текст] / А.С. Артюшкевич, О.С. Яцкевич, Г.М. Луман // Стоматолог. – Минск. – 2013. – № 3(10). – С. 65–71.
6. Бабаян, Э.А. Правовые аспекты оборота наркотических, психотропных, сильнодействующих, ядовитых веществ и прекурсоров [Текст] / Э.А. Бабаян, А.В. Гаевский, Е.В. Бардин. – М. : МЦФЭР, 2000. – 438 с.
7. Балабуха, О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных [Текст] / О.С. Балабуха // Международный медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 11–13.
8. Блинов, Н.Н. Прогностические факторы в онкологии [Текст] / Н.Н. Блинов // Вопр. онкол. – 2001. – № 3(47). – С. 369–371.

9. Бол, Б. Использую ли я самый подходящий местный анестетик? [Текст] / Б. Бол // Новое в стоматологии. – 2000. – № 1. – С. 13–17.
10. Болевой синдром [Текст] / под ред. В.Л. Михайловича, Ю.Д. Игнатова. – Л.: Медицина, 1990. – 336 с.
11. Болевые синдромы в неврологической клинике [Текст] / под ред. А.М. Вейна. – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 356 с.
12. Братойчева, М.С.Т. Исследование гигиенических навыков больных раком полости рта в Болгарии [Текст] / М.С.Т. Братойчева, В.К. Кондев // Стоматология. – 2008. – № 6. – С. 21–23.
13. Брюзгин, В.В. Хронический болевой синдром у онкологических больных (организационно-методические аспекты) [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.12 / В.В. Брюзгин ; [Место защиты: Ордена Трудового Красного Знамени Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова Министерства Здравоохранения Российской Федерации]. – М., 1993. – 36 с.
14. Брюзгин, В.В. Интервенционные методы лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных [Текст] / В.В. Брюзгин // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – № 2. – С. 10–20.
15. Бузов, Д.А. Актуальность ранней диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области [Текст] / Д.А. Бузов, Л.Д. Герасимов, А.Г. Гинзбург // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 3(39). – С. 59–61.
16. Важенин, А.В. Организация паллиативной помощи в региональном учреждении онкологического профиля [Текст] / А.В. Важенин, Т.М. Шарабура, А.Н. Косолапов // Актуальные теоретические и практические аспекты восстановления и сохранения здоровья человека : сб. науч. тр. / под ред. Н.Я. Прокопьева. – Тюмень : ИПЦ «Экспресс», 2004. – С. 13.

17. Вайсблат, С.Н. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах [Текст] / С.Н. Вайсблат. – 7-е изд. – К. : Госмедиздат УССР, 1962. – 470 с.
18. Введенская, Е.С. Роль профилактики и паллиативной помощи в оптимизации деятельности онкологической службы [Текст] / Е.С. Введенская, Л.Ф. Кобзева, И.И. Введенская // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 48–52.
19. Введенская, Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения [Текст] / Е.С. Введенская // Медицинский альманах. – 2012. – № 4. – С. 18–21.
20. Гельман, А.Д. Клинико-лабораторная характеристика состояния слюнных желез и органов полости рта у больных, получавших лучевое лечение по поводу злокачественных опухолей головы и шеи [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / А.Д. Гельман; [Место защиты: ГОУВПО «Уральская государственная медицинская академия»]. – Екатеринбург, 2007. – 123 с.
21. Григолеит, Ч.Дж. Глобальный опыт использования ультракаина в местной анестезии. Новые технологии местного обезболивания в стоматологии [Текст] / Ч.Дж.. Григолеит // Симпозиум. Новые технологии в стоматологической местной анестезии. – М., 1996.
22. Грицук, С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии [Текст] / С.Ф. Грицук. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240 с.
23. Гуревич, К.Г. Мепивакаин – современный препарат для местной анестезии [Текст] / К.Г. Гуревич // Стоматолог-практик. – 2010. – № 2. – С. 51.
24. Давыдов, А.Б. Социально-организационные проблемы и пути оптимизации диагностики карцином слизистой оболочки полости рта [Текст] / А.Б. Давыдов, В.В. Богатов, И.К. Румянцева // Стоматология. – 2004. – № 2. – С. 26–29.

25. Данилов, А.Б. Нейропатическая боль [Текст] / А.Б. Данилов, О.С. Давыдов. – М. : Боргес, 2007. – 192 с.
26. Демчева, Н.К. Показатели качества жизни и социального функционирования как оценочные критерии психического состояния [Текст] / Н.К. Демчева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2(40). – С. 112–113.
27. Дизрегуляторная патология [Текст] / под ред. акад. РАМН Г.Н. Крыжановского. – М. : Медицина, 2002. – 632 с.
28. Дорук, С. Стратегии лечения болевого синдрома у больных с запущенными стадиями рака лёгкого [Текст] / С. Дорук, К. Препелица, С. Саломатов // Проблемы этиологии, управления, диагностики, лечения и реабилитации больных с опухолями области головы и шеи (Кишинёв 25 по 26 октября 2007 года.): Онкология науч. конф. с междунар. участием. – Молдова : Академия наук РАМН, 2007. – С. 235–239.
29. Евграфова, О.Л. Диагностика онкологических заболеваний челюстно-лицевой области [Текст] : методические рекомендации / О.Л. Евграфова, Н.Е. Пермякова, С.В. Игнатьева. – Ижевск, 2012. – 27 с.
30. Евдокимов, В.И. Качество жизни: оценка и системный анализ [Текст] / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж : Истоки, 2007. – 240 с.
31. Евдокимов, В.И. Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России [Текст] / В.И. Евдокимов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 23–32.
32. Егорова, М.А. Клинико-морфологический портрет больного с раком губы [Текст] / М.А. Егорова, В.В. Савельев, Л.Р. Мухамеджанов // Дентал Юг. – 2011. – № 9. – С. 60–61.
33. Женщины и мужчины Республики Таджикистан 2012 [Текст] / под ред. Б.З. Мухаммадиевой. – Душанбе : Управление оперативной полиграфии

- ГВЦ Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2012. – 157 с.
34. Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями, 1991-2013 [Электронный ресурс] // Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан : [сайт]. – Режим доступа : <http://www.stat.tj/ru/database/socio-demographic-sector/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2014).
 35. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) [Текст] / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М. : ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2011. – 260 с.
 36. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области [Текст] / И.М. Федяев, И.М. Байриков, Л.П. Белова [и др.]. – М. : Медицинская книга ; Н. Новгород : НГМА, 2000. – 160 с.
 37. Зорян, Е.В. Клинико-фармакологическое обоснование выбора местноанестезирующих препаратов для пациентов группы анестезиологического риска [Текст] / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович // Стоматология сегодня. – 2008. – № 1(71). – С. 73.
 38. Зорян, Е.В. Пожилой пациент: критерии выбора местноанестезирующих препаратов [Текст] / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович, Е.Г. Матвеева // Институт стоматологии. – 2008. – № 3. – С. 86–87.
 39. Зорян, Е.В. Место мепивакаинсодержащих местноанестезирующих препаратов в амбулаторной стоматологической практике [Текст] / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович // Dental Tribune. – 2008. – № 4. – С. 46–50.
 40. Илюкевич, Г.В. Регионарное обезболивание: научное издание [Текст] / Г.В. Илюкевич, В.Э. Олецкий. – М. : Ковчег, 2004. – 164 с.
 41. Ионова, Т.И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля [Текст] / Т.И. Ионова, А.А. Новик, Ю.А. Сухонос // Онкология. – 2000. – Т.2, № 1/2. – С. 25–28.

42. Ионова, Т.И. Концептуальные и методологические аспекты исследования качества жизни в онкогематологии [Текст] : автореф. дис. ... д-ра биол. наук : 14.01.21 / Т.И. Ионова; [Место защиты: Рос. науч.-исслед. ин-т гематологии и трансфузиологии РФ]. – М., 2009. – 48 с.
43. Исакова, М.Е. Лечение болевого синдрома у онкологических больных [Текст] / М.Е. Исакова, З.В. Павлова, К.П. Лактионов. – М. : Медицина, 1994. – 139 с.
44. Йогексол (Iohexol): инструкция, применение и формула [Электронный ресурс] // Регистр лекарственных средств России : [сайт]. – 2000 – 2015. – Режим доступа: http://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_1062.htm, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 2.09.2014).
45. К вопросу о совершенствовании методов лечебного обезболивания у больных с запущенными стадиями развития злокачественных опухолей челюстно-лицевой области [Текст] / М.Н. Шакиров, А.М. Муродов, М.М. Акбаров [и др.] // Современные аспекты развития образования и медицинской науки (Душанбе, 10 ноября 2010 г.) : материалы ежегодн. XVI науч.-практ. конф. ТИППМК с междунар. участием. – Душанбе : ШУЧОИЁН, 2010. – С. 155–159.
46. Катетеры внутрисосудистые стерильные однократного применения [Текст]. Ч. 5 Катетеры периферические с внутренней иглой : ГОСТ ISO 10555–5–2012. – Введ. 2012–05–24. – М. : Стандартиформ, 2013. – 19 с.
47. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика [Текст] / Е.Н. Семернин, Т.И. Ионова, С.Н. Козлова [и др.] // Качественная клин. практика. – 2002. – № 2. – С. 48–52.
48. Китаев, В.М. Контрастные средства, применяемые при КТ [Электронный ресурс] / В.М. Китаев // Общество интервенционных онкорadiологов : [сайт]. – Режим доступа: http://www.interventor.ru/ru/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=33, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения 11.09.2014).

49. Клиническая онкология [Текст] / под ред. Н.Н. Блохина, Б.Е. Петерсона. – М. : Медицина, 2008. – 262 с.
50. Князев, К.А. Комбинированное обезболивание с включением крыло-нёбной блокады при пластических операциях на нижней стенке орбиты и околоорбитальной области [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.20 / К.А. Князев; [Место защиты: Уральская гос. мед. академия]. – Екатеринбург, 1997. – 20 с.
51. Колесник, В.С. Оценка качества жизни в медицине [Текст] / В.С. Колесник // Российский семейный врач. – 2002. – № 1. – С. 23–26.
52. Кононенко, Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии [Текст] / Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко, Г.П. Рузин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Книга плюс, 2004. – 352 с.
53. Корнелио, С. Рак ротовой полости: свежие данные [Текст] / С. Корнелио, Дж. Родригес, С.А. Хан // Dental Tribune. – 2008. – № 6. – С. 15–16.
54. Кукушкин, М.Л. Механизмы развития и принципы этиопатогенетической терапии хронической боли [Текст] / М.Л. Кукушкин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – № 2. – С. 89–94.
55. Купреева, И.В. Анализ эффективности местного обезболивания при лечении патологии твёрдых тканей зубов у больных с бронхиальной астмой [Текст] / И.В. Купреева // Российский стоматологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 29–30.
56. Лаптев, П.И. Применение локальной СВЧ-гипертермии и CO₂-лазера в лечении рака губы, слизистой оболочки языка и дна полости рта [Текст] / П.И. Лаптев // Стоматология. – 2004. – № 1. – С. 30–32.
57. Лебедева, Р.Н. Фармакотерапия острой боли [Текст] / Р.Н. Лебедева, В.В. Никода. – М. : АИР АРТ, 1998. – С. 7–39.
58. Лечение болевого синдрома у больных в запущенных стадиях рака лёгкого [Текст] / В. Ефтодий, С. Дорук, К. Препелица [и др.] // Проблемы этиологии, управления, диагностики, лечения и реабилитации больных с

- опухолями области головы и шеи (Кишинёв 25 по 26 октября 2007 года.): Онкология науч. конф. с междунар. участием. – Молдова : Академия наук РАМН, 2007. – С. 233–234.
59. Макаревич, А.А. Качество жизни челюстно-лицевых онкологических больных ортопедической стоматологической реабилитации [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / А.А. Макаревич; [Место защиты: ГОУВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»]. – М., 2009. – 24 с.
 60. Мамажакып, уулу Жаныбай Рак слизистой оболочки полости рта в Ошской области Кыргызской Республики (прогноз и результаты лечения) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.12 / Жаныбай Мамажакып уулу; [Место защиты: Кыргызско-рос. славян. ун-т]. – Бишкек, 2010. – 22 с.
 61. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр [Текст]. – Женева : ВОЗ ; М. : Медицина, 2003. – 930 с.
 62. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) [Текст] : [пер. с англ.] / под ред. С.А. Тюляндина, Н.И. Переводчиковой, Д.А. Носова. – М. : Изд. гр. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2010. – ? с.
 63. Михеева, О.Н. Оценка качества жизни больных раком тела матки [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.12 / О.Н. Михеева; [Место защиты: ГУН «Научно-исследовательский институт онкологии»]. – СПб., 2008. – 29 с.
 64. Московец, О.Н. Зависимость болевого восприятия от эмоционального состояния у пациентов на амбулаторном стоматологическом приёме [Текст] : автореф. дис. ... д-ра биол. наук : 14.01.21 / О.Н. Московец; [Место защиты: ГОУВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»]. – М., 2003. – 49 с.

65. Национальная программа профилактики, диагностики и лечения злокачественных новообразований в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы: Правительство Республики Таджикистан ПОСТАНОВЛЕНИЕ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://konun.tmweb.ru/R/12198.htm>, – Загл. с экрана (дата обращения: 25.04.2014).
66. Николаев, А.В. Эпидуральное использование даларгина, клофелина и бупивакаина для купирования болей у больных в финальных стадиях онкологического процесса [Текст] / А.В. Николаев, А.Е. Полехин, В.Е. Войцицкий // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 2. – С.16.
67. Никольский, В.Ю. Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий (Святитель Лука): его врачебный путь и роль в развитии стоматологии [Текст] / В.Ю. Никольский // Стоматология. – 2012. – № 2(91). – С. 6–8.
68. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шефченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
69. Новиков, Г.А. Лечение хронической боли онкологического генеза [Текст]: учебное пособие / Г.А. Новиков, Н.А. Осипова. – М. : Медицина за качество жизни, 2005. – 84 с.
70. Овечкин, А.М. Клиническая фармакология местных анестетиков. Регионарная анестезия и лечение боли [Текст] : тематический сб. / А.М. Овечкин, С.А. Осипов / под ред. А.М. Овечкина, С.И. Ситкина. – Тверь: Триада, 2004. – С. 26–36.
71. Овечкин, А.М. Клиническая эффективность эпидуральной и спинальной анестезии с точки зрения доказательной медицины [Текст] / А.М. Овечкин, С.А. Осипов // Регионарная анестезия и лечение боли: тематический сб. – М. – Тверь, 2004. – С. 16–23.

72. Онкологические заболевания головы и шеи [Текст] : учеб. пособие / под ред. В.А. Цветаев, А.И. Новиков, В.К. Косенок [и др.]. – Омск : Изд-во Центра МО и ИТ ОмГМА, 2008. – 147 с.
73. Онкология. Клинические рекомендации [Текст] / под ред. В.И Чиссова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 638 с.
74. Оптимизация лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникающих в результате комбинированного лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны у людей старших возрастных групп [Текст] / А.К. Иорданишвили, Е.В. Филиппова, Д.А. Либих [и др.] // Medline.ru. – 2012. – Т. 13, № 4. – С. 1054–1065.
75. Осипова, Н.А. Современная фармакотерапия хронического болевого синдрома в онкологии [Текст] / Н.А. Осипова // Современная онкология. – 2003. – № 5(2). – С. 1–12.
76. Осипова, Н.А. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли [Текст] / Н.А. Осипова, Г.Р. Абузарова, В.В. Петрова. – М. : ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России», 2010. – 67 с.
77. От новокаина к артикаину (К 100-летию синтеза новокаина) [Текст] / С.А. Рабинович, Е.В. Зорян, С.Т. Сохов [и др.]. – М. : МИА, 2005. – 248 с.
78. Паллиативная медицинская помощь [Текст] : учеб. пособие для студ. V-VI курс., врачей-интернов и семейных врачей / Г.В. Бондарь, И.С. Витенко, А.Ю. Попович [и др.]. – Донецк, 2006. – 112 с.
79. Паллиативная помощь онкологическим больным [Текст] : учеб. пособие / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. – М. : Медицина за качество жизни, 2006. – 192 с.
80. Пахомов, Г.Н. «В XX столетии эпидемия табака унесла более 100 миллионов жителей планеты...» [Текст] / Г.Н. Пахомов // Дентал Юг. – 2008. – № 8. – С. 96–98.

81. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи [Текст] / А.И. Пачес. – М. : Медицина, 2000. – 480 с.
82. Пат. № 2164385 РФ, А61В17/06. Хирургический шовный материал [Текст] / В.Э. Гюнтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин [и др.] ; заявители и патентообладатели В.Э. Гюнтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин [и др.]. – № 98103175/14 ; заявл. 19.02.1998 ; опубл. 27.03.2001, БИ № 9.
83. Пат. №ТJ 441 Республика Таджикистан, МПК (2006) А 61 М 19/00; А 61 Р 23/02. Способ обезболивания у онкостоматологических больных [Текст] / М.Н. Шакиров, М.М. Шакиров, Х.О. Гафаров [и др.] ; заявители и патентообладатели М.Н. Шакиров, М.М. Шакиров, Х.О. Гафаров, ГПВ РТ. – № 1100575 ; заявл. 28.03.2011 ; опубл. 04.08.2011, Бюл. № 5 (II ч.). – 3 с.
84. Петров, В.И. Базисные принципы и методология доказательной медицины [Текст] / В.И. Петров // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 38, № 2. – С. 3–9.
85. Полищук, Т.В. Оценка качества жизни как критерий эффективности комбинированного лечения больных немелкоклеточного рака лёгкого III стадии [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.12 / Т.В. Полищук; [Место защиты: ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН»]. – Томск, 2008. – 23 с.
86. Пономарёва, И.П. История развития хосписов в России [Текст] / И.П. Пономарева // Фундаментальные исследования. Медицинские науки. – 2012. – № 7. – С. 377–380.
87. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» [Электронный ресурс] // ГАРАНТ.

- Информационно-правовой портал [сайт]. – Режим доступа : <http://www.base.garant.ru>. – Загл. с экрана (дата обращения: 07.09.2014).
88. Рабинович, С.А. Артикаинсодержащие местные анестетики в практической деятельности врача-стоматолога [Текст] / С.А. Рабинович, Е.В. Зорян // Стоматология сегодня. – 2007. – № 7. – С. 84.
 89. Расулов, С.Р. Ретроградная эндолимфатическая химиотерапия запущенных стадий рака лёгкого, молочной железы, желудка и поджелудочной железы [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.12 / С.Р. Расулов; [Место защиты: ФГУ «Ростовский науч.-исслед. онкологический ин-т Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»]. – Ростов н/Д., 2010. – 38 с.
 90. Рахн, Р. Эффективность и безопасность артикаина – местного анестетика с выдающимися свойствами [Текст] / Р. Рахн // Доклад на международном симпозиуме. Новые технологии местного обезболивания в стоматологии. – М., 1996.
 91. Решетняк, В.К. Боль: физиологические и патофизиологические аспекты [Текст] / В.К. Решетняк, М.Л. Кукушкин // Актуальные проблемы патофизиологии. Избранные лекции / под ред. Б.Б. Мороза. – М. : Медицина, 2001. – С. 354–389.
 92. Розуменко, В.Д. Показатели качества жизни в оценке эффективности лечения больных с глиальными опухолями полушарий большого мозга [Текст] / В.Д. Розуменко, А.П. Хорошун // Украинский нейрохирургический журнал. – 2007. – № 1. – С. 26–31.
 93. Руководство по исследованию качества жизни [Текст] / под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
 94. Силаев, М.А. Болевой синдром при раке поджелудочной железы и хроническом панкреатите и возможности его купирования при помощи чрескожного химического нейролиза структур вегетативной нервной системы [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.14, 14.00.37 /

- М.А. Силаев ; [Место защиты: ГОУ ДПО «УГМА дополнительного образования федерального агентства по здравоохран. и соц. развитию» Министерства здравоохранения РФ]. – М., 2011. – 48 с.
95. Современные препараты для местной анестезии в стоматологии [Текст] / И.К. Луцкая, И.Г. Чухрай, Е.И. Марченко [и др.] // Рецепт. – 2011. – № 5. – С. 87–100.
 96. Современный взгляд на развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, В.В. Самойленко [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2012. – № 2. – С. 5–8.
 97. Сонис, Стефан Т. Секреты стоматологии [Текст] = Dental Secrets / Стефан Т. Сонис / пер. с англ. под ред. А.И. Ушакова. – 2-е изд. – М. : БИНОМ, 2008. – 432 с.
 98. Справочник по классификации злокачественных опухолей. Официальные рекомендации Американской объединённой комиссии по злокачественным новообразованиям [Текст] : [пер. с англ.]. – СПб. : Медакадемия, 2007. – 425 с.
 99. Столяренко, П.Ю. Проводниковое обезболивание и продлённые проводниковые блокады в челюстно-лицевой хирургии [Текст] : метод. реком. для субординаторов-стоматологов / П.Ю. Столяренко ; под ред. И.М. Федяева. – Куйбышев : КМИ, 1987. – 20 с.
 100. Столяренко, П.Ю. Продлённая проводниковая блокада в челюстно-лицевой хирургии [Текст] : монография / П.Ю. Столяренко. – Самара : СамГМУ, 1996. – 72 с.
 101. Столяренко, П.Ю. Продлённая проводниковая блокада ветвей тройничного нерва для обезболивания в послеоперационном периоде [Текст] / П.Ю. Столяренко // Стоматология. – 2008. – № 5. – С. 56–60.

102. Столяренко, П.Ю. Клинические особенности современных анестетиков [Текст] / П.Ю. Столяренко // Стоматолог-практик. – 2009. – № 7. – С. 56–57.
103. Столяренко, П.Ю. Местная анестезия в стоматологии. Выбор препаратов. Осложнения. Профилактика [Текст] : учеб. пособие / П.Ю. Столяренко, И.М. Федяев, В.В. Кравченко. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Самара : Офорт ; СамГМУ, 2009. – 235 с.
104. Столяренко, П.Ю. История обезболивания в стоматологии (от древности до современности) [Текст] : монография / П.Ю. Столяренко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Самара : ГОУ ВПО «СамГМУ» ; Офорт, 2010. – 342 с.
105. Столяренко, П.Ю. 25-летний опыт применения метода пролонгированной регионарной блокады при операциях в челюстно-лицевой области [Текст] / П.Ю. Столяренко // Стоматолог-практик. – 2012. – № 2. – С. 40–42.
106. Султанов, Мурад Гаджи Ага Оглы Качество жизни и социальное функционирование с длительными сроками госпитализации [Текст] : дис. канд. ... мед. наук : 14.00.18 / Мурад Гаджи Ага Оглы Султанов; [Место защиты: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии]. – М., 2005. – 26 с.
107. Таджикистан: бедность в контексте изменения климата. Национальный отчёт о человеческом развитии [Текст] / под ред. Р. Бабаджанова. – Душанбе : UNDP, 2013. – 110 с.
108. Таджикистан в цифрах 2013 [Текст] / под ред. Б.З. Мухаммадиевой. – Душанбе : Управление оперативной полиграфии ГВЦ Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013. – 167 с.
109. Таранко, А.П. Сравнительная характеристика местных анестетиков [Текст] / А.П. Таранко, И.В. Корниченко // Рецепт. – 2007. – № 6(56). – С. 143–144.

110. Технология изготовления полуфабрикатов из никелида титана (стержней, проволоки) и сверхтонких нитей [Текст] : метод. пособие / С.В. Гюнтер, С.Г. Аникеев, А.Н. Матюнин [и др.]. – Томск : НПП МИЦ, 2013. – 24 с.
111. Ткаченко, Г.А. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области [Текст] / Г.А. Ткаченко // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44. – С. 57–63.
112. Ткаченко, Г.А. Качество жизни больных после органосохраняющих операций по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области [Текст] / Г.А. Ткаченко, О.И. Чебан, М.А. Кропотов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2013. – № 2. – С. 47–50.
113. Тончев, Ц. Модификации метода пластики нижней губы по методу Карапанжича [Текст] / Ц. Тончев // Хирургия. – 2009. – № 5. – С. 64–67.
114. TNM: Классификация злокачественных опухолей [Текст] / под ред. Н.Н. Блинова. – 6-е изд. – СПб. : Эскулап, 2003. – 124 с.
115. Уильрих, Е.А. Качество жизни больных злокачественными эпителиальными опухолями матки после радикального лечения [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.14 / Е.А. Уильрих; [Место защиты: ГУН «Научно-исследовательский институт онкологии»]. – СПб., 2008. – 45с.
116. Хабибуллаев, Ш.З. Реконструктивно-восстановительные операции при местнораспространённом раке органов головы и шеи [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.14 / Ш.З. Хабибуллаев; [Место защиты: ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития России]. – Ростов н/Д. : КМЦ Копицентр, 2010. – 36 с.
117. Хирургические методы лечения абдоминального болевого синдрома при нерезектабельном раке поджелудочной железы [Текст] /

- И.Ю. Недолужко, Ю.Г. Старков, К.В. Шишин [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 12. – С. 53–59.
118. Хронический болевой синдром в онкологии [Текст] / Н.А. Осипова, Г.Р. Абузарова, Г.А. Новиков [и др.] // Клинические рекомендации. Онкология / под ред. В.И. Чисова. – 2-е изд. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2009. – С. 41–83.
 119. Червонобаб, Ю.В. Качество жизни как критерий эффективности (результативности) лечения [Текст] / Ю.В. Червонобаб // Энциклопедия клинической онкологии. – М. : РЛС-2000, 2004. – С. 18.
 120. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году [Текст] / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М. : ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011. – 188 с.
 121. Чичахов, Д.А. Продлённая регионарная анальгезия после ортопедических операций у детей [Текст] / Д.А. Чичахов, Л.А. Апросимов, А.А. Копырина // Вестник северо-восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. – 2013. – Т. 10, № 1. – С. 104–108.
 122. Шишкин, Д.А. Комбинированное лечение рака орофарингеальной области с применением неoadъювантного химиолучевого лечения [Текст] / Д.А. Шишкин, И.К. Осин, В.А. Шаталова // Сибирский онкологический журнал. – 2002. – № S2. – С. 229–230.
 123. Экспериментальное исследование эффективности хирургического шва слизистой оболочки полости рта различными типами шовных материалов [Текст] / С.П. Сысолятин, А.А. Воробьёв, М.В. Солоп [и др.] // Материалы с памятью формы и новые медицинские технологии / под ред. В.Э. Гюнтера. – Томск : НПП МИЦ, 2010. – С. 198–199.
 124. Эффективность местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике и пути её

- повышения (часть 2) [Текст] / С.А. Рабинович, Г.И. Кузнецов, О.Н. Московец [и др.] // Стоматология для всех. – 2008. – № 2. – С. 40–41.
125. Abstracts of the Second International Congress on Neuropathic Pain (NeuPSIG). June 7–10, 2007. Berlin, Germany [Text] // Eur. J. Pain. – 2007. – Vol. 11. – Suppl 1. – P. S1–S209.
 126. An analysis of the epidemiological and etiological factors of oral tumors of young adults in a central-eastern European population [Text] / K. Túri, P. Barabás, K. Csurgay [et al.] // Pathology and Oncology Research. – 2013. – Vol. 19, № 3. – P. 353–363.
 127. A second national survey of health related quality of life questionnaires in head and neck oncology [Text] / A.N. Kanatas, H.M. Mehanna, D. Lowe [et al.] // Annals of the Royal College of Surgeons of England. – 2009. – Vol. 91, № 5. – P. 420–425.
 128. A synopsis of head and neck oncology and related papers published in the British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery [Text] / A. Gulati, M. Herd, J. Blythe [et al.] // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 49, № 5. – P. 368–375.
 129. A uk multi-centre pilot study of speech and swallowing outcomes following head and neck cancer [Text] / K. Radford, H. Woods, D. Lowe, S.N. Rogers // Clinical otolaryngology. – 2004. – Vol. 29, № 4. – P. 376–381.
 130. Bose, P. Head and neck cancer: from anatomy to biology [Text] / P. Bose, N.T. Brockton, J.C. Dort // International Journal of Cancer. – 2013. – Vol. 133, № 9. – P. 2013–2023.
 131. Buckley, J.A. Efficacy of epinephrine concentration in local anesthesia during periodontal surgery [Text] / J.A. Buckley, S.G. Ciancio, J.A. McMullen // J. Periodontal. – 1984. – Vol. 55. – P. 653–657.

132. Cancer pain relief and palliative care. Report of a World Expert Committee (WHO Technical Report Series, №804) [Text]. – Geneva : WHO, 1990. – 70 p.
133. Cancer statistics, 2008 [Text] / A. Jemal, R. Siegel, E. Ward [et al.] // *Cancer J. Clin.* – 2008. – Vol. 58. – P. 71–96.
134. Casanovas, A.M. Erudes des relations structures active d' une serie d' anesthesiques lacaux [Text] / A.M. Casanovas [et al.] // *Eur. J. Med. chem-chim Ther.* – 1982. – Vol. 17. – P. 333–337.
135. Cella, D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation [Text] / D.F. Cella // *Oncology.* – 1996. – Vol. 11. – P. 233–246.
136. Choi, S. Molecular pathogenesis of oral squamous cell carcinoma: Implication for therapy [Text] / S. Choi, J. Myers // *J. Dent. Res.* – 2008. – Vol. 87, № 1. – P. 4–32.
137. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy [Text] / ed. H. Merskey, N. Bogduk. – 2nd ed. – Seattle : IASP Press, 1994. – 222 p.
138. Clinical and histopatological analysis of oral squamous cell carcinoma in young people. A descriptive study in Brazillians [Text] / A. Ribeiro, A. Silva, L. Simonato [et al.] // *Brit. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2009. – Vol. 47, № 1. – P. 11–17.
139. Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma [Text] / P. Garzino-Demo, A. Dell-Aequa, P. Dalmasso [et al.] // *J. Cranio- Max. Surg.* – 2006. – Vol. 34, № 6. – P. 344–350.
140. Components of socioeconomic risk associated with head and neck cancer: A population-based case-control study in Scotland [Text] / D. Conwey, A. McMahon, K. Smith [et al.] // *Brit. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2009. – Vol. 48, № 1. – P. 11–17.

141. Concomitant radiochemotherapy or accelerated radiotherapy: analysis of two randomised trials of the French Head and Neck Cancer Group (GORTEC) [Text] / J. Bourhis, G. Calais, M. Lapeyre [et al.] // *Seminars in Oncology*. – 2004. – Vol. 31. – P. 822–826.
142. Davis, M. Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control [Text] / M. Davis, D. Walsh // *Am. J. of Hospice and palliative medicine*. – 2004. – Vol. 21. – P. 137–142.
143. Doyle, D. Domiciliary palliative care [Text] / D. Doyle // *The Oxford Textbook of palliative* / ed. D. Doyle, G.W. Hanks. – 2nd ed. – Oxford : Oxford Medical Publications, 1998. – P. 310–331.
144. Dray, A. Agonists and antagonists of nociceptor [Text] / A. Dray // *Proceedings of the 8th Congress of pine. Vancouver*. – Seattle : IASP Press, 1996. – P. 279–292.
145. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain [Text] / N. Attal, G. Cruccu, M. Haanpaa [et al.] // *Eur. J. Neurology*. – 2006. – Vol. 13. – P. 1153–1169.
146. Epidemiologic Perspective on Chronic Pain Treatment [Text] / E.R. Tunks, R. Weir, J. Crook // *Canad. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 53, № 4. – P. 235–242.
147. Evaluation of quality of life of patients with oral squamous cell carcinoma. Comparison of two treatment protocols in a prospective study [Text] / P.A. Kessler, A. Bloch-Birkholz, A. Leher [et al.] // *Radiotherapy & Oncology*. – 2004. – Vol. 70, № 3. – P. 275–282.
148. Europe's forgotten cancer, what is OMF surgery's role [Text] / L. Cascarini, D. Coombes, S. Cliff [et al.] // *Brit. J. Oral Maxillofac. Surg*. – 2011. – Vol. 49, № 2. – P. 83–87.
149. FACT-H&N (Version 4) [Электронный ресурс] Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа: <http://www.facit.org/LiteratureRetrieve.aspx?ID=42267>, (дата обращения 10.11.2013).

150. Felce, D. Defining and applying the concept of quality of life [Text] / D. Felce // J. Intellect. Disabil. Res. – 1997. – Vol. 41, № 2. – P. 126–135.
151. Ferrell, B.R. Measurement of the quality of life in cancer survivors [Text] / B.R. Ferrell, K.H. Dow, M. Grant // Qual. Life Re. – 1995. – Vol. 4. – P. 523–531.
152. Ferrell, B.R. The impact of pain on quality of life. A decade of research [Text] / B.R. Ferrell // Nurs. Clin. North. – 1995. – Vol. 30. – P 609–624.
153. Foley, K.M. Pain assessment and cancer pain syndromes [Text] / K.M. Foley // The Oxford Textbook of palliative / ed. D. Doyle, G.W. Hanks. – 2nd ed. – Oxford : Oxford Medical Publications, 1998. – P. 310–331.
154. Forth Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research [Text] : Abstr. // Quality Life Res. – 1997. – Vol. 7, № 8. – P. 613–747.
155. Gingival carcinoma: retrospective analysis of 72 patients and indication for elective neck dissection [Text] / J. Lubek, M. El-Hakim, A. Salama [et al.] // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 49, № 3. – P. 182–185.
156. Goelitz, A. Suicidal ideation at end-of-life: the palliative care team's role [Text] / A. Goelitz // Palliative & supportive care. – 2003. – Vol. 1, № 3. – P. 275–278.
157. Hashibe, M. Socioeconomic status, life-style factors and oral premalignant lesions [Text] / M. Hashibe, B. Jacob, G. Thomas // Oral Oncol. – 2003. – Vol. 39, № 7. – P. 664–671.
158. Head and neck cancer, epidemiology and histological aspects – Part 1: A decade's results 1993-2002 [Text] / T. Lung, O. Tășcău, H. Almășan [et al.] // J. Cranio-Max. Surg. – 2007. – Vol. 35, № 2. – P. 120–125.
159. Head and neck cancer, epidemiology and histological aspects – Part 2: A decade's results 1993-2002 [Text] / T. Lung, O. Tășcău, H. Almășan [et al.] // J. Cranio-Max. Surg. – 2007. – Vol. 35, № 2. – P. 126–133.

160. Health-related quality of life in patients treatment with temozolomide vs. procarbazine for recurrent glioblastoma multiforme [Text] / D. Osoba, M. Brada, W. K. A. Yung [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2000. – Vol. 18, № 7. – P. 481–491.
161. Health-related quality of life in patients with anaplastic astrocitoma during treatment with temozolomide [Text] / D. Osoba, M. Brada, W. K. A. Yung [et al.] // Eur. J. Cancer. – 2000. – Vol. 36. – P. 1788–1795.
162. Hennessay, P.T. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent Evidence and Clinical Implications [Text] / P.T. Hennessay, W.H. Westra, J.A. Califano // Journal of Dental Research. – 2008. – Vol. 88, № 4. – P. 300–306.
163. Hersh, E.V. The pharmacokinetics and cardiovascular effects of high-dose articaine with 1:100.000 and 1:200.000 epinephrine [Text] / E.V. Hersh, H. Giannakopoulos, L.M. Levis // J. Amer. Dent. Ass. – 2006. – Vol. 137, № 11. – P. 1562–1571.
164. Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: a systematic review [Text] / A.R. Kreimer, G.M. Clifford, P. Boyle [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2005. – Vol. 14. – P. 467–475.
165. Humphris, G.M. The missing member of the head and neck multidisciplinary team: the psychologist. Why we need them [Text] / G.M. Humphris // Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery. – 2008. – Vol. 16, № 2. – P. 108–112.
166. Kehlet, H. Multimodal approach to control histoperative patophysiology and rehabilitation [Text] / H. Kehlet // Br. J. Anesth. – 1997. – Vol. 78. – P. 606–617.
167. Kehlet, H. Controlling acute pain – role of preemptive analgesia, peripheral treatment, balanced analgesia and effects on outcome [Text] / H. Kehlet //

- Pain. – 1999. An Updated Review. – Seattle : IASP Press, 1999. – P. 459–462.
168. Ketabchi, A. Sarcomas of head and neck: a 10-year retrospective of 25 patients to evaluate treatment modalities, function and survival [Text] / A. Ketabchi, N. Kalavrezos, L. Newman // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 49, № 2. – P. 116–120.
 169. Khan, F. Predictors of tobacco and alcohol consumption and their relevance to oral cancer control amongst people from minority ethnic communities in the South Thames health region [Text] / F. Khan, P. Robinson, K. Warnakulasuriya // England. J. Oral Pathol Med. – 2000. – Vol. 29, № 5. – P. 214–219.
 170. Lemay, H. Ultracaine in conventional operative dentistry [Text] / H. Lemay, G. Albert, P. Helie // J. Canad. Dent. Assoc. – 1984. – Vol. 50, № 9. – P. 703–708.
 171. Llewellyn, C. Head and neck cancer: To what extent can psychological factors explain differences between health-related quality of life and individual quality of life? [Text] / C. Llewellyn, M. McGurk, J. Weiman // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2006. – Vol. 44, № 5. – P. 351–357.
 172. Long term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation [Text] / P. Boscolo-Rizzo, F. Maronato, C. Marchiori [et al.] // Laryngoscope. – 2008. – Vol. 118, № 2. – P. 300–306.
 173. Mackenzie, J. Increasing incidence of oral cancer amongst young persons; what is the aetiology? [Text] / J. Mackenzie, K. Ah-See, N. Thakker // Oral Oncol. – 2000. – Vol. 36, № 4. – P. 387–389.
 174. Malamed, S.F. Handbook of Local Anaesthesia [Text] / S.F. Malamed. – 4 ed. – St. Louis : Mosby Inc., 1997. – 327 p.

175. Malamed, S.F. A comparison between articaine HCl and lidocaine HCl in pediatric dental patients [Text] / S.F. Malamed, S. Gagnon, D. Leblanc // *Pediatr. Dent.* – 2000. – Vol. 22, № 4. – P. 307–311.
176. Mannion, R. Pain mechanisms and management: a central perspective [Text] / R. Mannion, C. Woolf // *Clin. J. Pain.* – 2000. – Vol. 16, № 3. – P. 144–156.
177. McNeil, D. Memory of pain and anxiety associated with tooth extraction [Text] / D. McNeil, A. Helfer, B. Weaver // *J. Dent. Res.* – 2011. – Vol. 90, № 2. – P. 220–224.
178. Measures of health related quality of life and functional status in survivors of oral cavity cancer who have had defects reconstructed with radial forearm free flaps [Text] / G.I. Smith, D. Yeo [et al.] // *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* – 2006. – Vol. 44. – P. 187–192.
179. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomised controlled trial [Text] / G. Velikova, L. Booth, A.B. Smith [et al.] // *Journal of Clinical Oncology.* – 2004. – Vol. 22, № 4. – P. 714–724.
180. Mehanna, H.M. Why are head and neck cancer clinicians not measuring quality of life? [Text] / H.M. Mehanna, R.P. Morton // *Journal of Laryngology and Otology.* – 2006. – Vol. 120, № 10. – P. 861–864.
181. Moore, P.A. The anesthetic efficacy of percent articaine 1:200.000 epinephrine: two controlled clinical trials [Text] / P.A. Moore, S.G. Boynes, E.V. Hersh // *J. Amer. Dent. Ass.* – 2006. – Vol. 137, № 11. – P. 1572–1581.
182. Moore, R.J. A qualitative study of head and neck cancer [Text] / R.J. Moore, R.M. Chamberlain, F.R. Khuri // *Supportive care in cancer.* – 2004. – Vol. 12, № 5. – P. 338–346.
183. Morton Randall, P. Quality-of-life outcomes in head and neck cancer patients [Text] / P. Morton Randall, E. Izzard Mark // *World journal of surgery.* – 2003. – Vol. 27, № 7. – P. 884–889.

184. Mucositis in head and neck cancer: economic and quality-of-life outcomes: monography [Text] / A. Peterman, D. Cella, G. Glandon [et al.]. – Oxford : Oxford University Press, 2001. – 45 p.
185. Nakayama, E. Imaging diagnosis for bone invasion by gingival carcinoma of mandible [Text] / E. Nakayama // Japan. Dent. Sci. – 2009. – Vol. 45, № 1. – P. 23–30.
186. Neuropathic Pain: Pathophysiology and treatment. Progress in Pain Research and Management [Text] / P.T. Hansson, H.L. Fields, R.G. Hill [et al.]. – Seattle : IASP Press, 2001. – Vol. 21. – 270 p.
187. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research diagnostic purposes [Text] / R.D. Treede, T.S. Jensen, G.N. Campbell [et al.] // Neurology. – 2008. – Vol. 70. – P. 3680–3685.
188. Opioids and Opiates [Text] / Seyed Adel Moallem Pharm, Kia Balali-Mood, Mahdi Balali-Mood // Handbook of Drug (A Clinical and Forensic Guide) / ed. Ashraf Mozayani, Lionel Raymon. – 2-nd ed. – N.Y. : Humana Press, 2012. – P. 159–191.
189. Oral and oropharyngeal cancer in the West Scotland – long-term outcome data of prospective audit 1999-2001 [Text] / J. McMahon, G Robertson, C. Liew [et al.] // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 49, № 2. – P. 92–98.
190. Oral functional outcome after intraoral reconstruction with nasolabial flaps [Text] / E.I. Hofstra, S.O.P. Hofer, J.M. Nauta [et al.] // Brit. J. Plast. Surg. – 2004. – Vol. 57, № 2. – P. 150–155.
191. Osoba, D. The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions [Text] / D. Osoba // Quality Life Res. – 1992. – № 1. – P. 211–218.
192. Palliative care: the World Health Organization's global perspective [Text] / C. Sepulveda, A. Marlin, T. Yoshida [et al.] // J. Pain Symptom Manage. – 2002. – Vol. 24. – P. 91–96.

193. Palmer, B. Emotional intelligence and life satisfaction [Text] / B. Palmer, C. Donaldson, C. Stough // *Personality and Individual Differences*. – 2002. – Vol. 33, № 7. – P. 1091-1100.
194. Pape, K. Minimizing local anaesthetic dose in dental surgical treatments [Text] / K. Pape, K.D. Rechel // *Dtsch. Stomatol.* – 1991. – Bd. 41, №1. – S. 44–46.
195. Parieto, I. Prognostic factors for cancer of oral cavity [Text] / I. Parieto, M. Bravo, A. Bascones // *Quint. Int.* – 2005. – Vol. 36, № 9. – P. 711–719.
196. Pharmacokinetic Parameters After Repeated Submucosal Injection of Articaine and Lidocaine with Epinephrine –Results of a Clinical Study [Text] / W. Jakobs, R. Rahn, K. Richter [et al.] // 10-th International Dental Congress on Modern Pain Control. – Edinburg, 2003. – P. 36.
197. Primary oral malignant melanoma – A case report and review of the literature [Text] / S. Gonduvkar, A. Indurkar, S. Degwecar [et al.] // *Quint. Int.* – 2009. – Vol. 40, № 1. – P. 41–46.
198. Quality of life assessments in clinical trials [Text] / ed. M.J. Staquet. – Oxford, N.Y., Tokio : Oxford University Press, 1998. – 360 p.
199. Quality of life in head and neck cancer: a 5 year prospective study [Text] / H. Abendstein, M. Nordgren, M. Boysen [et al.] // *Laryngoscope*. – 2005. – Vol. 115, № 2. – P. 2183–2192.
200. Quality of Life in Oral Carcinoma: a 5 year prospective study [Text] / M. Nordgren, E. Hammerlid, K. Bjordal [et al.] // *Head & Neck*. – 2008. – Vol. 30, № 4. – P. 461–470.
201. Quality of life of patients undergoing surgical treatment of head and neck malignancy [Text] / S. Lloyd, P. Devesa-Martinez, D.J. Howard [et al.] // *Clinical otolaryngology*. – 2003. – Vol. 28, № 6. – P. 524–532.
202. Rahn, R. Local anesthetic efficacy of articaine with epinephrine in different concentration [Text] / R. Rahn // 9th International Dental Congress on Modern Pain Control. – Jerusalem : Israel, 2000. – P. 98.

203. Rahn, R. Dental Anesthesia with of Articaine +1: 400 000 Epinephrine. Program and Abstract [Text] / R. Rahn, W. Jakobs // 11-th International Dental Congress on Modern Pain Control. The Essential Role of Dental Anesthesiology in the 21st Century – Safe and Comfortable Dentistry. – Yokohama, 2006. – P. 142.
204. Ragin, C. The epidemiology and risk factors of head and neck cancer: a focus on human papillomavirus [Text] / C. Ragin, F. Modugno, S. Gollin // J. Dent. Res. – 2007. – Vol. 86, № 2. – P. 104–114.
205. Retrospective study on the cutaneous head and neck melanoma in Dorset (UK) / L. Komisarovas, C. Jayasinghe, T. Seah [et al.] // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 49, № 5. – P. 359–363.
206. Risk factors for non-cancer health events in patients with head and neck squamous cell carcinoma [Text] / C.H. Ryu, J.L. Roh, S.H. Choi [et al.] // Annals of Oncology. – 2013. – Vol. 24, № 4. – P. 1049–1054.
207. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene; a case-control study in Madrid (Spain) [Text] / L.A. Moreno-López, G. Esparza-Gómez, A. González-Navarro [et al.] // Oral Oncol. – 2000. – Vol. 36, № 2. – P. 170–174.
208. Rogers, M.P. The use of a simple Likert scale to measure quality of life in brain tumor patients [Text] / M.P. Rogers, J. Orav, P.M. Black // J. Neurooncol. – 2001. – Vol. 55, № 2. – P. 121–131.
209. Rogers, S. Awareness of oral cancer in the Mercey region [Text] / S. Rogers, R. Hanter, D. Lowe // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 49, № 3. – P. 176–181.
210. Rowbotham, M.C. Treatment of Neuropathic Pain: Perspective on Current Options. Pain 2005 [Text] / M.C. Rowbotham // An. Updated Review: Refresher Course Syllabus / ed. Douglas M. Justins. – Seattle : IASP Press, 2005. – P. 107–119.

211. Sato, J. Pain is associated with an endophytic cancer growth pattern in patients with oral squamous cell carcinoma before treatment [Text] / J. Sato, Y. Yamazaki, A. Satoh // *Odontology*. – 2010. – Vol. 98, № 1. – P. 60–64.
212. Shepherd, K.L. Acute psychosocial morbidity in patients with oral cancer [Text] / K.L. Shepherd, S.E. Fisher // *Oral Oncology*. – 2004. – Vol. 40. – P. 751–757.
213. Smith, B.D. Prognostic factors in patients with head and neck cancer [Text] / B.D. Smith, B.G. Haffty // *Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach* / ed. L.B. Harrison, R.B. Sessions, W.K. Hong. – 3-th ed. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. – P. 51–75.
214. Sociodemographic factors and quality of life as prognostic indicators in head and neck cancer [Text] / A.L De Graeff, J.R.J. De Leeuw, W.J.G. Ros [et al.] // *European journal of cancer*. – 2001. – Vol. 37, № 3. – P. 332–339.
215. Spilker, B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials [Text] / B. Spilker. – Philadelphia : Lippincott-Raven, 1996. – 174 p.
216. Stabhaug, A. Ketamine reduce postoperative hyperalgesia [Text] / A. Stabhaug, H. Breivik, P.K. Eide // *Proceedings of the 8th Congress of pine*. – Vancouver, Seattle : IASP Press, 1996. – P. 333–342.
217. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment [Text] / H. Breivik, B. Collett, V. Ventafridda [et al.] // *Eur. J. Pain*. – 2006. – Vol. 10. – P. 287–333.
218. The clinical value of quality of life assessment in oncology practice – a qualitative study of patient and physician views [Text] / G. Velikova, N. Awad, R. Coles-Gale [et al.] // *Psycho-Oncology*. – 2008. – Vol. 17, № 7. – P. 690–698.
219. The WHOQOL Group. The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation [Text] // *Soc. Sci. Med*. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409.

220. The WHOQOL Group. What Quality of life [Text] // World Health Forum. – 1996. – Vol. 17, №4. – P. 354–356.
221. TNM Classification of Malignant Tumors / prepared by UICC International Union Against Cancer [Text] / ed. L.H. Sobin, M.K. Gospodarowicz, C.H. Wittekind. – 7-th ed. – N.Y. : Wiley-Liss, 2009. – P. 22–62.
222. Treede, R.D. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research diagnostic purposes [Text] / R.D. Treede, T.S. Jensen, G.N. Campbell // Neurology. – 2008. – Vol. 70. – P. 3680–3685.
223. Use of Epoetin in Patients with Cancer: Evidence-Based Clinical Practice Guidelines of the American Society of Clinical Oncology and the American Society of Hematology [Text] / D. Rizzo, A. Lichtin, S. Woolf [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2002. – Vol. 20(19). – P. 4083–4107.
224. Waddell, G. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review [Text] / G. Waddell, A.K. Burton // Occup. Med. – 2001. – Vol. 51, № 2. – P. 124–135.
225. Wall and Melzack's Textbook of Pain [Text] / ed. S.B. McMahon, M. Koltzenburg. – 5-th ed. – Churchill Livingstone : Elsevier, 2005. – 1239 p.
226. Webster, K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation [Text] / K. Webster, D. Cella, K. Yost // Health and Quality of Life Outcomes. – 2003. – № 1. – P. 1–7.
227. WHO Expert Committee on Drug Dependence: thirty-fourth report. WHO technical report series; no. 942 [Text]. – Geneva : WHO, 2006. – 56 p.
228. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL) [Text] / J. Orley, W. Kuyken [et al.] // Quality of life assessment: international perspectives. – Berlin, 1994. – P. 41–57.
229. Wilson, T. The Role of Interventional Therapies in Cancer Pain Management [Text] / T. Wilson, H. Kok-Yuen // Annals Academy of Medicine. – 2009. – Vol. 38, № 11. – P. 989–997.

230. World Cancer Report [Text]. – Lyon : I.A.R.C. Press, 2003. – 352 p.
231. Yagiela, J.A. Vasoconstrictor agents for local anesthesia [Text] / J.A. Yagiela
// 7-th Intern. Dental Congress on modern pain control. – Los-Angeles, 1994.
– P. 1–7.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА больного злокачественным новообразованием челюстно-лицевой области

№ _____

Дата и место заполнения _____

Фамилия, имя и отчество _____

Возраст _____ Пол _____

Место проживания _____

Диагноз _____

Стадия по системе TNM _____

Сопутствующие заболевания _____

1. Дата и вид операции, специфического лечения (препарат, доза) _____

2. Когда появились первые боли? _____

3. Сколько времени существуют данные боли? _____

4. Локализация боли в настоящее время и их интенсивность в баллах (по ВАШ)

а) _____

б) _____

в) _____

5. Глубина расположения боли: на поверхности кожи, в мышцах, в костях.

6. Характер болей (как болит?): давит, ноет, ломит, колет, стреляет, разрывает, режет, жжёт, схватывает, нарывает, сжимает, тянет, дёргает, распирает, щиплет _____

7. Острота болей: острые, подострые, тупые

8. Подвижность болей: подвижные, неподвижные.

9. Наличие болей: зависит от приёма анальгетиков, постоянно, часто, редко, иногда.
10. Ритм болей: постоянный, непостоянный (схватки, приступы)
11. Время развития максимальных болей зависит от приёма анальгетиков; утром, днём, вечером, ночью.
12. Зависимость болей: от движения (усиливаются, ослабляются, нет):
в покое (усиливаются, ослабляются, нет): от надавливания (усиливаются, ослабляются, нет)
13. Куда они передаются? Нет, в ухо, в висок, в голову, в шею _____

14. Когда болит, то: ухудшаются настроение, сон, появляются головная боль, сердцебиение, повышение температуры, затруднение дыхания, движения
15. Функция жевания _____
16. Функция глотания _____
17. Речь _____
18. Когда стали применяться анальгетики? _____
19. Количество используемых анальгетиков в сутки в данное время?
- а) ненаркотических анальгетиков _____
- б) наркотических анальгетиков _____
- в) их побочное действие _____

20. Сколько часов действует одна инъекция анальгетика (порошок, таблетка)?

21. На сколько процентов устраняется после этого боль? (интенсивность по ВАШ) _____
- Заключение _____

FACT-H&N (Version 4)

Ниже приведён список утверждений, которые, по мнению людей, страдающих тем же заболеванием, что и Вы, являются существенными. **Просьба обвести кружком или отметить одно число в каждой строке, чтобы указать ваш ответ применительно к последним 7 дням.**

<u>ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ</u>		совсем нет	немного	уме- ренно	сильно	очень сильно
GP1	Я испытываю недостаток энергии.....	0	1	2	3	4
GP2	Я испытываю тошноту.....	0	1	2	3	4
GP3	Моё физическое состояние затрудняет выполнение семейных дел.....	0	1	2	3	4
GP4	У меня бывают боли.....	0	1	2	3	4
GP5	Меня беспокоят побочные эффекты лечения....	0	1	2	3	4
GP6	Я чувствую себя больным(-ой).....	0	1	2	3	4
GP7	Я вынужден(-а) проводить время в постели.....	0	1	2	3	4

<u>СОЦИАЛЬНЫЕ/СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ</u>		совсем нет	немного	уме- ренно	сильно	очень сильно
GS1	У меня хорошие отношения с друзьями.....	0	1	2	3	4
GS2	Моя семья оказывает мне моральную поддержку..	0	1	2	3	4
GS3	Меня поддерживают мои друзья.....	0	1	2	3	4
GS4	Моя семья воспринимает мою болезнь такой, какая она есть.....	0	1	2	3	4
GS5	Мы свободно говорим о моей болезни в кругу семьи.....	0	1	2	3	4
GS6	Я чувствую близость с женой/мужем или человеком, который является для меня главной опорой.....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Независимо от Вашего нынешнего уровня половой активности, пожалуйста, ответьте на следующий вопрос. Если Вы предпочитаете не отвечать на него, поставьте здесь крестик ☐ и пропустите следующий вопрос.</i>					
GS7	Я удовлетворен(-а) моей половой жизнью.....	0	1	2	3	4

FACT-H&N (Version 4)

Просьба обвести кружком или отметить одно число в каждой строке, чтобы указать ваш ответ применительно к последним 7 дням.

<u>ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ</u>		совсем нет	немного	уме- ренно	сильно	очень сильно
GE1	Я чувствую грусть.....	0	1	2	3	4
GE2	Я удовлетворен(-а) тем, как я справляюсь со своей болезнью.....	0	1	2	3	4
GE3	Я теряю надежду, что смогу преодолеть мою болезнь.....	0	1	2	3	4
GE4	Я нервничаю.....	0	1	2	3	4
GE5	Меня беспокоит мысль о смерти.....	0	1	2	3	4
GE6	Я беспокоюсь, что моё состояние может ухудшиться.....	0	1	2	3	4

<u>БЛАГОПОЛУЧИЕ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ</u>		совсем нет	немного	уме- ренно	сильно	очень сильно
GF1	Я способен(-на) работать (включая работу дома).....	0	1	2	3	4
GF2	Моя работа (включая работу дома) приносит мне удовлетворение.....	0	1	2	3	4
GF3	Я способен(-на) радоваться жизни.....	0	1	2	3	4
GF4	Я отношусь к моей болезни спокойно.....	0	1	2	3	4
GF5	Я хорошо сплю.....	0	1	2	3	4
GF6	Я получаю удовольствие от того, чем я занимаюсь в свободное время.....	0	1	2	3	4
GF7	Я удовлетворен(-а) качеством моей жизни в данный момент.....	0	1	2	3	4

ФАКТ-H&N (Version 4)

Просьба обвести кружком или отметить одно число в каждой строке, чтобы указать ваш ответ применительно к последним 7 дням.

	<u>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ</u>	совсем нет	немного	уме- ренно	сильно	очень сильно
H&N 1	Я могу есть то, что мне нравится.....	0	1	2	3	4
H&N 2	У меня сухость во рту.....	0	1	2	3	4
H&N 3	Мне тяжело дышать.....	0	1	2	3	4
H&N 4	Мой голос остаётся таким же по звучанию и силе.....	0	1	2	3	4
H&N 5	Я могу съесть столько, сколько хочу.....	0	1	2	3	4
H&N 6	Я недоволен(-а) тем, как выглядят моё лицо и шея.....	0	1	2	3	4
H&N 7	Я глотаю нормально, без затруднений.....	0	1	2	3	4
H&N 8	Я курю сигареты или другие табачные изделия..	0	1	2	3	4
H&N 9	Я употребляю спиртные напитки (например, пиво, вино, водку и т. п.).....	0	1	2	3	4
H&N 10	Я могу общаться с людьми.....	0	1	2	3	4
H&N 11	Я могу есть твёрдую пищу.....	0	1	2	3	4
H&N 12	У меня болезненные ощущения во рту, горле или в области шеи.....	0	1	2	3	4