

Нами проанализированы результаты лечения 22 больных генерализованным и местнораспространенным раком предстательной железы. Метастатическое поражение проявлялось болевым синдромом с ограничением и скованностью движений, вплоть до параллелей и парезов, локализация которого обычно соответствовала месту расположения костного метастаза. Особенно резкие боли возникали при патологических переломах. При длительном однотипном проявлении боль формирует достаточно стойкий патологический ирритативный структурно-функциональный комплекс, именуемый генератором патологически усиленного импульса. Средний возраст составил $67,5 \pm 4,1$ лет. У 86,4% мужчин инструментально доказано распространение первичной опухоли за пределы предстательной железы. Лимфогенный путь метастазирования диагностирован у 63,6% пациентов, а гематогенный - у всех. Число костных метастатических очагов колебалось от 6 до 11. В 86,4% случаях выявлены комбинированные поражения лимфоузлов, костей и паренхиматозных органов. Во всех наблюдениях диагноз морфологически верифицирован - аденокарцинома различной степени зрелости. Прогрессирующая интенсивность болевого синдрома привела к необходимости использования наркотических анальгетиков, что стало причиной медленно развивающийся и необратимой толерантности.

Пункция эпидурального канала выполнялась на уровне L_1-L_2 и L_2-L_3 с использованием поливиниловых наборов фирмы «Вгаип» и «СИМС Портекс». Анальгетический эффект достигался введением опиоидного агониста 2% раствора морфина гидрохлорида (разовая доза - 0,5 мл в 5 мл физиологического раствора) или местного анестетика 0,5% раствора анемкаина (разовая доза - 0,4-0,6 мг/кг массы). Для выполнения проводниковой анальгезии использован 0,5% раствор анемкаина в 15 случаях или 2% раствор морфина в 7 наблюдениях. Длительность проведения эпидурального блока зависела от плана лечения. В частности, при необходимости проведения предоперационной подготовки эпидуральный катетер использовался в течение 5-7 дней. Двух-трехдневный эпидуральный блок использовался на фоне специальных методов лечения. В половине случаев непрерывная анальгезия осуществлялась с целью повышения чувствительности к используемым в амбулаторной практике анальгетикам. Лишь в трех случаях эпидуральная анальгезия была необходима в терминальной стадии течения неуправляемого опухолевого процесса у некурабельных больных. Нарушения проходимости катетера не отмечено ни в одном случае. Бактериологическое исследование удаленных из спинномозгового канала катетеров показало их стерильность. Вместе с тем, на фоне проводимого лечения у одного больного выявлялось снижение тонуса мышц нижних конечностей, у двух - тошнота и кожный зуд, носившие транзиторный характер и купировавшиеся самостоятельно в течение 2 суток. На фоне длительного эпидурального блока при рассмотрении средних значений кратности применения опиатов и показателей шкал I-PSS, QOL и ШВО достоверно отмечено улучшение качества жизни больных с хроническим болевым синдромом при диссеминированном раке предстательной железы. Во время предварительного обследования в группе больных средний балл симптоматики I-PSS составил $17,2 \pm 1,9$ балла, качество жизни было оценено больными в $3,8 \pm 0,6$ бала. Средний объем предстательной железы составил $62,9 \pm 8,7$ см³, а количество остаточной мочи - $89,4 \pm 33,7$ мл. При контрольном обследовании после проведенного лечения отмечено снижение среднего балла симптоматики I-PSS до $11,4 \pm 1,6$ и балла качества жизни до $2,1 \pm 0,4$. Количество остаточной мочи в среднем равнялось $58,2 \pm 28,6$ мл. В результате лечения отмечено снижение среднего балла по системе I-PSS на 33,7% и улучшения качества жизни на 44,7%. Активация адаптационных механизмов антиноцицептивной системы приводит к увеличению выделенного объема мочи за одно мочеиспускание на 26,3% с $138,5 \pm 12,3$ мл до $187,9 \pm 4,1$ мл. Усилению средней скорости потока мочи с $6,4 \pm 2,8$ мл/с до $13,3 \pm 1,1$ мл/с. Сокращает время мочеиспускания почти в половину с $29,8 \pm 4,3$ с до $15,7 \pm 2,7$ с.