

УДК 616.37-006.6-089.168

О.И. Миминошвили, В.В. Заблоцкий

ПРИМЕНЕНИЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ СИМПАТСПЛАНХЭКТОМИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

В работе представлен анализ результатов выполнения торакоскопической симпатэктомии для купирования болевого синдрома у больных с некурабельными опухолями поджелудочной железы. В исследовании участвовали 14 пациентов, 5 из которых применяли наркотические анальгетики для купирования боли. Уровень боли оценивался с помощью шкалы Prince Henry Hospital Pain Scale, а общесоматический статус по разработанной нами шкале многофакторной оценки (низкие показатели соответствуют лучшему качеству жизни). В результате были получены следующие данные для исходного состояния пациента, раннего послеоперационного периода и через 1.5 месяца после операции: уровень боли составил 3.4, 1.3 и 1.7 баллов соответственно, а показатели общесоматического статуса 17, 13 и 14.2 балла. Более половины пациентов смогли снизить дозу анальгетиков или перейти на прием ненаркотических препаратов. Субъективно 57% пациентов практически не ощущало боли в первый месяц после операции.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, болевой синдром, торакоскопическая симпатэктомия.

Рак поджелудочной железы (РПЖ) в настоящее время становится одним из лидирующих онкологических заболеваний в большинстве развитых стран. В мире ежегодно регистрируется около 200 тыс. новых случаев этого заболевания. РПЖ составляет порядка 30% от общего числа онкологических заболеваний [2]. Общемировая статистика говорит об увеличении частоты выявления РПЖ, за последние 70 лет этот показатель увеличился в 3 раза. В силу определенных анатомических причин диагностируется РПЖ на этапе, когда выполнение радикальных операций технически невозможно [7]. Приблизительно в 74% наблюдений первично диагностируется 3 и 4 стадии заболевания, в связи с этим доля пациентов, которым выполняются радикальные операции составляет от 10 до 36% [1, 4, 5, 9]. В результате низкого процента радикальных операций необходимость паллиативной помощи является приоритетной задачей. На первое место паллиативного лечения выступает эффективное купирование хронического абдоминального болевого синдрома, это связано с тем, что практически все пациенты с инкурабельным РПЖ страдают от выраженных хронических абдоминальных болей [6, 8, 9]. Согласно данным комитета ВОЗ по обезболиванию только 20-50% больных с нерезектабельным РПЖ получают эффективное обезболивание [3].

Цель работы – оценить эффективности торакоскопической грудной симпатэктомии (ТГССЭ) в качестве основного метода купирования болевого синдрома при нерезектабельном РПЖ.

Материал и методы

Изучение течения болевого синдрома было проведено у 14 пациентов (10 мужчин и 4 женщины), которым в условиях клинки была выполнена ТГССЭ. Средний возраст больных составил 61 год.

Пациентам выполнялись такие варианты оперативного пособия:

1) односторонняя ТГССЭ справа у 8ми пациентов, операция справа и слева с интервалом в 0,5-1 месяца у 4 пациентов и двустороннее вмешательство в ходе одного наркоза у 2 пациентов. До операции для купирования боли все больные принимали различные обезболивающие средства, из них 5 больных регулярно принимали наркотические анальгетики.

2) ТГССЭ выполнялась в ходе эндотрахеального наркоза с отдельной интубацией бронхов. Оперативный доступ осуществлялся через 3 торакоскопических порта. После обнаружения симпатического ствола и внутренностных нервов с помощью коагуляционного крючка пересекались все ветви, образующие большой и малый внутренностный нервы на уровне T₆-T₁₂. Количество пересекаемых вет-

вей составляло от 3 до 7 (в среднем 5). Симпатический ствол был пересечен у 4 больных на уровне от T_6 до T_{12} . Время выполнения оперативного вмешательства было непродолжительным и составило около 30 минут для односторонней ТГССЭ и 70 минут для двусторонней.

Однофакторная и многофакторная оценка качества жизни проводилась до оперативного вмешательства и в течение 1,5 месяца после проведения операции. В качестве однофакторной оценки использовалась пятибалльная шкала РННПС (Prince Henry Hospital Pain Scale). Подсчет многофакторной оценки заключался в суммировании баллов ответов на 10 вопросов, каждый из которых имел трехбалльную оценку от 1 – отсутствие нарушений до 3 – максимальные нарушения. Шесть вопросов характеризовали соматический статус, два – физический фактор занятости и по одному вопросу для оценки психологического и социального фактора.

Результаты и обсуждение

В результате миниинвазивности ТГССЭ среднее время госпитализации пациентов составило менее 3 дней. Практически все пациенты отметили значительное снижение боли, начиная с первых дней после проведения операции. Средний уровень боли по шкале РННПС до операции составил около 3,4 баллов, после операции было отмечено его снижение до 1,3 баллов. В результате этого 4 пациента полностью прекратили прием обезболивающих, из 5 больных принимавших наркотические анальгетики 3 перешли на прием ненаркотических анальгетиков, а 2 смогли уменьшить дозу препарата вдвое. Остальные пациенты (5 человек) значительно снизили дозу обезболивающих препаратов.

Многофакторная оценка состояния пациентов так же показала улучшение показателей, но с меньшим разрывом в баллах. Исходное состояние качества жизни в среднем составило 17 баллов. В раннем послеоперационном периоде было отмечено улучшение этого показателя до 13 баллов. Меньшую разницу в баллах по сравнению с однофакторной оценкой мы связываем с тем, что в данном случае оценивается комплексное состояние пациента, на которое оказываются влияние другие, отличные от боли факторы, как, например,

информация о диагнозе и прогнозе течения заболевания.

В течении 2-3 месяцев послеоперационного периода у 38% больных боли начинают усиливаться, что обусловлено прогрессированием основного заболевания. Характер боли через 1,5 месяца после операции оставался незначительным: 1,7 баллов для РННПС и 14,2 баллов согласно данным многофакторной оценки.

По нашим наблюдениям двухсторонняя ТГССЭ эффективнее, чем вмешательство с одной стороны. А пересечение пресечение грудного симпатического ствола на уровне T_6 - T_{12} значительно снижает интенсивность болевого синдрома.

Заключение

Данные вышеописанных исследований указывают на эффективность ТГССЭ в паллиативном лечении РПЖ. Выполнение ТГССЭ значительно и на достаточно длительный период снижает уровень болевых ощущений пациента, что несомненно улучшает его качество жизни и психосоматический статус.

ВИКОРИСТАННЯ ТОРАКОСКОПІЧНОЇ ГРУДНОЇ СИМПАТСПЛАНХЕКТОМІЇ ДЛЯ КУПІРУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

О. І. Міміношвілі, В.В. Заблоцький

У роботі представлений аналіз результатів виконання торакоскопичної симпатспланхетомії для купірування больового синдрому у хворих з невиліковними пухлинами підшлункової залози. У дослідженні брали участь 14 пацієнтів 5 з яких застосували наркотичні анальгетики для купірування болів. Рівень болів вимірювався за допомогою шкали Prince Henry Hospital Pain Scale, а загальносоматичний статус за розробленою нами шкалою багатофакторної оцінки (низькі показники відповідають кращій якості життя). В результаті були отримані наступні дані для початкового стану пацієнта, раннього післяопераційного періоду і через 1,5 місяці після операції: рівень болю складав 3,4, 1,3 і 1,7 балів відповідно, а показники загальносоматичного статусу 17, 13 і 14,2 балів. Більше половини пацієнтів змогли понизити дозу анальгетиків або перейти на прийом ненаркотичних препаратів. Суб'єктивно 57% пацієнтів практично не відчувало болю в перший місяць після операції.

Ключові слова: рак підшлункової залози, больовий синдром, торакоскопична симпатспланхектомія.

THORACOSCOPIC SYMPATHETIC SPLANCHNICECTOMY USAGE FOR CON- TROL OF INTRACTABLE PAIN IN PA- TIENTS WITH PANCREATIC CANCER

O.I. Miminoshvili, V.V. Zablotskiy

Fourteen patients underwent a thoracoscopic sympathetic splanchnicectomy for pancreatic cancer pain. Five of them were opiate dependent and unable to pursue normal daily life activities. We evaluated the near and long-term results of treatment. Level of pains was determined by Prince Henry Hospital Pain Scale, and the somatic status by a multifactorial estimation scale, developed by us (lower values correspond to better life quality). The following data has been obtained for a base condition of the patient, the early postoperative period and 1.5 month after operation: pain level was 3.4, 1.3 and 1.7 points accordingly, and somatic status level was 17, 13 and 14.2 points. More than half of patients could lower a dose of analgetics. Subjectively 57% of patients practically did not feel pains in the first month after operation.

Keywords: pancreatic cancer, pain syndrome, thoracoscopic sympathetic splanchnicectomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А. Рак поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневецкий – М: Медпрактика, 2003. – 340 с.
2. Недолужко И. Хирургические методы лечения абдоминального болевого синдрома при нерезектабельном раке поджелудочной железы / И. Недолужко, Ю. Старков, К. Шишин, Т. Кобесова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – Т. 12. – С. 37-41.
3. Осипов Н.А. Современная фармакотерапия хронического болевого синдрома в онкологии / Н.А. Осипова // Современная онкология. – 2003. – Т. 5. – С. 54-57.
4. Нестеренко Ю.А. Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. / Ю.А. Нестеренко, А.В. Приказчиков // Анналы хир. гепатол. – 1999. – Т. 2. – С. 89-92.
5. Matamala A.M. Percutaneous anterior and posterior approach to the celiac plexus: a comparative study using four different techniques / A.M. Matamala, J.L. Sanchez, F.V. Lopez // Pain clin. – 1992. – Vol. 5. – P. 177-181.
6. Le Pimpec Barthes F. Thoracoscopic splanchnicectomy for control of intractable pain in pancreatic cancer / F. Le Pimpec Barthes, O. Chapuis, M. Riquet [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 1998. – P. 236-240.
7. Vranken J.H. Coeliac plexus block in patients with pancreatic tumour pain / J.H. Vranken, M.H. van der Vegt // Ned Tijdschr Geneesk. – 2006. – Vol. 150. – P. 89-95.
8. Krishna S. Video-assisted thoracoscopic sympathectomy-splanchnicectomy for pancreatic cancer pain / S. Krishna, V.T. Chang, J.A. Shoukas, J. Donahoo // J Pain Symptom Manage. – 2001. – Vol. 22. – P. 122-129.
9. Tomaszewski S. Bilateral posterior thoracoscopic splanchnicectomy in a face-down position in the management of chronic pancreatic pain / S. Tomaszewski, R. Szyca, A. Jasinski, K. Leksowski // Pol. Merkur. Lekarski. – 2003. – Vol. 22. – P. 98-102.

Стаття надійшла 17.03.2011