

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В работе представлен анализ результатов выполнения торакоскопической симпатэктомии в качестве купирования болевого синдрома у больных с некурабельными опухолями поджелудочной железы и хроническим панкреатитом. В исследовании участвовали 16 пациентов с образованием поджелудочной железы и 8 — с хроническим панкреатитом. 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). Получены данные для исходного состояния пациента, раннего послеоперационного периода и через 1,5 мес после операции. У пациентов с опухолями поджелудочной железы уровень боли составил 3,4; 1,3 и 1,7 балла соответственно, а показатели общесоматического статуса — 17; 13 и 14,5 балла. У больных с хроническим панкреатитом эти показатели составили 2,3; 1 и 1,1 балла, а при использовании многофакторной оценки — 15; 10 и 11 баллов соответственно. В результате более половины пациентов с опухолями поджелудочной железы смогли снизить дозу анальгетиков или перейти на прием ненаркотических препаратов. Пациенты с хроническим панкреатитом практически полностью перестали ощущать боль в послеоперационный период.

ВВЕДЕНИЕ

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 около 30% общего числа онкологических заболеваний [9]. Общемировая статистика свидетельствует о повышении 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 [11]. Приблизительно в 74% наблюдений первично диагностируются III и IV стадии заболевания, в связи с этим доля пациентов, которым выполняются радикальные операции составляет от 10 до 36% [4, 8, 10, 13]. В результате незначительной доли радикальных операций необходимость паллиативной помощи является приоритетной задачей. На первое место паллиативного лечения выступает

эффективное купирование хронического абдоминального болевого синдрома, поскольку боль является одним из первых ярких клинических проявлений РПЖ. Выраженные болевые симптомы отмечаются в 60–70% наблюдений заболевания и почти в 100% наблюдений на поздних стадиях [1, 3, 5, 6, 12]. Согласно данным комитета Всемирной организации здравоохранения по обезболиванию только 20–50% больных с нерезектабельным РПЖ получают эффективное обезбоживание [7]. Кроме состояний, связанных с РПЖ, хронический болевой синдром также наблюдается у пациентов с хроническим панкреатитом. Проявление болевого синдрома и влияние его на качество жизни ниже, чем у больных с РПЖ, но также имеет место. Купирование боли у пациентов с болевым синдромом при хроническом панкреатите положительно отражается на всех аспектах, определяющих качество жизни [2].

Цель работы — учитывая важность болевого фактора при опухолевой и хронической воспалительной пато-

логии поджелудочной железы, оценить эффективность торакоскопической симпатэктомии (ТССЭ) в качестве основного метода купирования болевого синдрома при нерезектабельном РПЖ, а также в применение этого вида оперативного пособия для купирования боли у пациентов с хроническим панкреатитом.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение влияния болевого синдрома на качество жизни пациентов выполнено при участии 16 пациентов (12 мужчин и 4 женщины) с опухолями поджелудочной железы и у 8 (5 мужчин и 3 женщины) — с проявлениями хронического панкреатита. Средний возраст больных составил 54 года. Всем исследуемым в условиях клинки была выполнена ТССЭ.

Пациентам выполнялись такие варианты оперативного пособия:

- односторонняя ТССЭ справа у 11 пациентов с РПЖ и 7 пациентов с хроническим панкреатитом;
- операция справа и слева с интервалом в 0,5–1 мес у 4 пациентов с РПЖ;
- двухстороннее вмешательство в ходе одного наркоза у 3 пациентов с РПЖ и 1 пациента с хроническим панкреатитом.

До операции для купирования болевых симптомов все пациенты принимали различные обезболивающие средства, из них 6 больных РПЖ регулярно принимали наркотические анальгетики.

ТССЭ выполнялась в ходе эндотрахеального наркоза с раздельной интубацией бронхов. Оперативный доступ осуществлялся через 3 торакоскопических порта. После выявления симпатического ствола и внутренностных нервов с помощью коагуляционного крючка пересекались все ветви, образующие большой и малый внутренностный нервы на уровне T_{VI}–T_{XII}. Количество пересекаемых ветвей составляло от 3 до 7 (в среднем — 5). Симпатический ствол был пересечен у 6 больных на уровне T_{VI}–T_{XII}. Время выполнения оперативного вмешательства было непродолжительным и составило около 30 мин для односторонней ТССЭ и 70 мин — для двухсторонней.

Одно- и многофакторная оценка качества жизни проводилась до оперативного вмешательства, через 1 сут, 1 нед и 1,5 мес после проведения операции. В качестве однофакторной оценки использовалась 5-балльная шкала РННПС (Prince Henry Hospital pain Scale). Подсчет многофакторной оценки заключался в суммировании баллов ответов на 10 вопросов, каждый из которых имел

3-балльную оценку от 1 — отсутствие нарушений до 3 — максимальные нарушения. По 6 вопросов характеризовали соматический статус, 2 — физический фактор занятости и по 1 вопросу для оценки психологического и социального фактора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате мини-инвазивности ТССЭ среднее время госпитализации пациентов составило <3 дней. Практически все пациенты отметили значительное уменьшение выраженности боли, начиная с первых дней после проведения операции. Динамика показателей представлена в табл. 1 и 2.

Таблица 1. Показатели качества жизни у больных с РПЖ в ходе исследования, баллов

Методика оценки	До операции	После операции через		
		1 сут	1 нед	1,5 мес
РННПС	3,4	1,3	1,35	1,7
Многофакторная оценка	17	13	13	14,5

Таблица 2. Показатели качества жизни у больных с хроническим панкреатитом в ходе исследования, баллов

Методика оценки	До операции	После операции через		
		1 сут	1 нед	1,5 мес
РННПС	2,3	1	1	1,1
Многофакторная оценка	15	10	10	11

У больных с РПЖ средний уровень боли по шкале РННПС до операции составил около 3,4 балла, после операции отмечено его снижение до 1,3 балла. В результате этого 4 пациента полностью прекратили прием обезболивающих, из 6 принимавших наркотические анальгетики 4 перешли на прием ненаркотических анальгетиков, а 2 смогли снизить дозу препарата в 2 раза. Остальные пациенты с РПЖ значительно снизили дозу обезболивающих препаратов. У больных с хроническим панкреатитом уровень боли по шкале РННПС составил 2,3 балла до операции и около 1 балла — после проведения операции. Все пациенты с хроническим панкреатитом отказались от приема анальгетиков в течение 1 нед после выполнения ТССЭ.

Многофакторная оценка состояния больных РПЖ также показала улучшение показателей, но с мень-

шим разрывом в баллах. Исходное состояние качества жизни в среднем составило 17 баллов. В ранний послеоперационный период 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 оказывают влияние другие, отличные от боли факторы, как например информация о диагнозе и прогнозе течения заболевания. У больных с хроническим панкреатитом динамика показателей многофакторной оценки была сходна с анализом по РННПС. До операции качество жизни оценивалось в 15 баллов, а после операции — в 10 баллов.

В течение 2–3 мес послеоперационного периода у 38% больных с РПЖ выраженность боли начинает усиливаться, что обусловлено прогрессированием основного заболевания. Характер боли через 1,5 мес после операции оставался незначительным: 1,7 балла для РННПС и 14,5 балла согласно данным многофакторной оценки. У пациентов с хроническим панкреатитом нарастание болевого синдрома не наблюдается.

По нашим наблюдениям двухсторонняя ТССЭ эффективнее чем вмешательство с одной стороны. А пересечение грудного симпатического ствола на уровне T_{VI}–T_{XII} значительно снижает интенсивность болевого синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н. (1982) Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. Медицина, Москва.
2. Гарин А.М., Базин И.С. (2003) Злокачественные опухоли пищеварительной системы. Инфомедиа Паблшерз, Москва.
3. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. (2003) Рак поджелудочной железы. Медпрактика-М, Москва.
4. Недолужко И., Старков Ю., Шишин К. и др. (2009) Хирургические методы лечения абдоминального болевого синдрома при нерезектабельном раке поджелудочной железы. Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова, 12: 53–59.
5. Нестеренко Ю.А., Приказчиков А.В. (1999) Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. Анналы хир. гепатол., 2: 13–22.
6. Новиков Г.А., Силаев М.В., Селиванова М.В. и др. (2006) Влияние болевого синдрома на качество жизни у пациентов с заболеваниями поджелудочной железы. Паллиативная медицина и реабилитация, 4: 5–7.
7. Осипова Н.А. (2003) Современная фармакотерапия хронического болевого синдрома в онкологии. Современ. онкология, 5: 1–12.
8. Путов Н.В. (2005) Рак поджелудочной железы. Питер, Санкт-Петербург.

9. Силаев М.А., Селиванова М.В., Важенин А.В. и др. (2006) Болевой синдром при опухолях поджелудочной железы: значение в диагностике, разновидности, возможности лечения. Пробл. клин. мед., 2: 41–45.

10. Horton J. (1989) Dominant symptoms and suggest of pancreatic carcinoma. Curr. Conc. Oncol., 1: 37.

11. Matamala A.M., Sanchez J.L., Lopez F.V. (1992) Percutaneous anterior and posterior approach to the celiac plexus: A comparative study using four different techniques. Pain Clin., 5: 21–28.

12. Tomaszewski S., Szyca R., Jasiński A. et al. (2007) Bilateral posterior thoracoscopic splanchnicecto-

my in a face-down position in the management of chronic pancreatic pain. Polski Merkuriusz Lekarski, Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, 22: 399–401.

13. Vranken J.H., van der Vegt M.H. (2006) Coeliac plexus block in patients with pancreatic tumour pain. Ned. Tijdschr. Geneesk., 150: 723–728.

Малоінвазивні методи купірування болювого синдрому у пацієнтів із хворобами підшлункової залози

О.І. Міміношвілі², В.В. Заблоцький¹

¹Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України, Донецьк

²Донецький національний медичний університет ім. Максима Горького, Донецьк

Резюме. У роботі представлено аналіз результатів виконання торакоскопичної симпатспланхектомії для купірування болювого синдрому у хворих з невиліковними пухлинами підшлункової залози та хронічним панкреатитом. У дослідженні брали участь 16 пацієнтів з утвореннями підшлункової залози та 8 — з хронічним панкреатитом. Рівень болю вимірювався за допомогою шкали Prince Henry Hospital Pain Scale, а загальносоматичний статус — за розробленою нами шкалою багатофакторної оцінки (низькі показники відповідають кращій якості життя). Отримано дані для початкового стану пацієнта, раннього післяопераційного періоду та через 1,5 міс після операції. У хворих із пухлинами підшлункової залози рівень болю становив 3,4; 1,3 і 1,7 бала відповідно, а показники загальносоматичного статусу — 17; 13 і 14,5 бала. У хворих на хронічний панкреатит ці показники становили 2,3; 1 та 1,1 бала та 15; 10; 11 — при використанні багатофакторної оцінки. У результаті більше половини пацієнтів із пухлинами підшлункової залози змогли знизити дозу анальгетиків або перейти на прийом ненаркотичних препаратів. Пацієнти з хронічним панкреатитом практично повністю перестали відчувати біль у післяопераційний період.

Ключові слова: рак підшлункової залози, хронічний панкреатит, болювий синдром, торакоскопична симпатспланхектомія.

Mini-invasive methods of pain syndrome treatment in patients with pancreatic cancer and chronic pancreatitis

О.І. Миминошвили², В.В. Заблоцкий¹

¹Institute of emergency and Reconstructive Surgery named after V.K. Gusak NAMS of Ukraine, Donetsk

²Donetsk national medical university named after M. Gorkyi, Donetsk

Summary. Eighteen patients with pancreatic cancer and eight patients with chronic pancreatitis underwent a thoracoscopic sympathetic-splanchnicectomy for pancreatic pain syndrome. Six of patients with cancer 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 data has been obtained for a base condition of the patient, the early postoperative period and 1.5 month after intervention. For patients with pancreatic cancer pain level form 3.4; 1.3 and 1.7 points accordingly, somatic status level was 17; 13 and 14.5 points. Patients with chronic pancreatitis has next pain intensity: 2.3; 1; 1.1 points, and 15; 10; 11 points for somatic status level accordingly. More than half of patients with pancreatic cancer could lower a dose of analgetics. Patients with chronic pancreatitis mostly do not feel pain in postoperative period.

Key words: pancreatic cancer, chronic pancreatitis, pain syndrome, thoracoscopic sympathetic-splanchnicectomy.