

© О.І. Міміношвілі, В.В. Заблоцький, 2011

УДК: 616.37-006.6-089.168

О.І. МІМІНОШВІЛІ, В.В. ЗАБЛОЦЬКИЙ

*Інститут невідкладної і відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України, Донецьк; Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, кафедра хірургії імені В.М. Богославського, Донецьк*

## ВИКОРИСТАННЯ ТОРАКОСКОПІЧНОЇ ГРУДНОЇ СИМПАТСПЛАНХЕКТОМІЇ ЯК МЕТОДУ ПЕРЕРИВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИНАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

У роботі представлений аналіз результатів виконання торакоскопичної симпатспланхектомії для переривання больового синдрому у хворих з невиліковними пухлинами підшлункової залози. У дослідженні брали участь 14 пацієнтів, 5 з яких застосовували наркотичні анальгетики для переривання болю. Рівень болю вимірювали 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 отримані наступні дані для початкового стану пацієнта, раннього післяопераційного періоду і через 1.5 міс 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

**Вступ.** Рак підшлункової залози (РПЗ) стає одним з чільних онкологічних захворювань у більшості розвинених країн. У світі щорічно реєструється близько 200 тис. нових випадків цього захворювання. РПЗ становить близько 30% від загального числа онкологічних захворювань [2]. Загальносвітова статистика вказує на збільшення частоти виявлення РПЗ, за останні 70 років цей показник збільшився приблизно у 3 рази. Завдяки певним анатомічним причинам діагностуються РПЗ на етапі, коли виконання радикальних операцій часто технічно неможливе [3]. Приблизно у 74% спостережень первинно діагностують III або IV стадії захворювання, у зв'язку із цим частина пацієнтів, яким виконують радикальні операції становить лише від 10 до 36% [1, 2].

Внаслідок низького відсотка радикальних операцій необхідність паліативної допомоги стає пріоритетним завданням. На перше місце паліативного лікування виступає ефективне переривання хронічного абдомінального больового синдрому. Це пов'язане з тим фактом, що практично усі пацієнти з невиліковним РПЗ страждають від вираженого хронічного абдомінального болю [1, 2, 3]. Згідно з даними комітету ВОЗ щодо знеболювання тільки 20-50% хворих з нерезектабельним РПЗ одержують ефективне знеболювання [3].

**Мета роботи.** Оцінити ефективності торакоскопичної грудної симпатспланхектомії (ТГССЕ) як основного методу переривання больового синдрому при нерезектабельному РПЗ.

**Матеріали та методи.** Вивчено перебіг больового синдрому у 14 пацієнтів (10 чоловіків та 4 жінки), яким в умовах клініки виконана ТГССЕ. Середній вік хворих склав 61 рік.

Пацієнтам виконували такі варіанти оперативного втручання: однобічна ТГССЕ справа у 8 пацієнтів;

операція з обох боків з інтервалом в 0.5-1 місяць – у 4 пацієнтів; двобічне втручання в ході однієї операції – у 2 пацієнтів. До операції для переривання болю усі хворі отримували різні знеболювальні засоби, 5 хворих регулярно приймали наркотичні анальгетики.

ТГССЕ виконували під внутрішньовенним знеболенням із тотальною міоплегією та штучною вентиляцією легень з роздільною інтубацією бронхів. Оперативний доступ здійснювали через 3 торакоскопичних порти. Після виявлення симпатичного стовбура та нутрощевих нервів за допомогою коагуляційного гачка перетинали усі гілки, що утворюють великий та малий нутрощеві нерви на рівні Т6 – Т12. Кількість пересічених гілок становила від 3 до 7 (у середньому 5). Симпатичний стовбур був пересічений у 4 хворих на рівні від Т6 до Т12. Час виконання оперативного втручання був нетривалим і дорівнював 30 хвилинам для однієї ТГССЕ та 70 хвилин – для двобічної.

Одразу після операційного втручання та через 1,5 місяця після нього виконували однофакторну та багатофакторну оцінку стану життя пацієнтів.

В якості однофакторної оцінки використовували п'ятибальну шкалу РННПС (Prince Henry Hospital pain Scale). Калькуляція багатофакторної оцінки полягала у сумачі балів відповідей на 10 запитань, кожне з яких мало 3-бальну оцінку: від 1 – відсутність порушень до 3 – максимальні порушення. Шість питань характеризували соматичний статус, два – фізичний фактор зайнятості й по одному питанню було для оцінки психологічного та соціального фактору.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Внаслідок мініінвазивності ТГССЕ середній час госпіталізації пацієнтів склав менше 3 днів. Практично усі пацієнти відзначили значне зниження

болю, починаючи з перших днів після проведення операції.

Середній рівень болю за шкалою РННПС до операції складав близько 3.4 балів, після операції було відзначено його зниження до 1.3 бала. В наслідок цього 4 пацієнта повністю припинили приймання знеболювальних препаратів, з 5 хворих, які приймали наркотичні анальгетики, 3 перейшли на прийом ненаркотичних анальгетиків, а 2 змогли зменшити дозу препарату удвічі. Інші пацієнти (5 осіб) суттєво знизили дозу знеболювальних препаратів.

За даними багатofакторної оцінки було також виявлено зниження больових показників, хоча і з меншою різницею у балах. Початковий стан якості життя в середньому складав 17 балів. У ранньому післяопераційному періоді було відзначено поліпшення цього показника до 13 балів. Таку різницю у балах в порівнянні з однофакторною оцінкою ми пов'язуємо з тим, що в цьому випадку оцінюється комплексний стан пацієнта, на який також впливають відмінні від болю фактори, як, наприклад,

інформація про діагноз та прогноз розвитку захворювання.

Впродовж 2-3 місяців післяопераційного періоду у 38% хворих біль починав підсилюватися, що скоріше за все обумовлене прогресуванням основного захворювання. Але характер зростання болю через 1,5 місяця після операції не дуже значний: 1,7 балів для РННПС і 14,2 балів згідно даних багатofакторного оцінювання.

При проведенні нашого дослідження було встановлено, що двостороння ТГССЭ має більшу ефективність ніж втручання тільки з однієї сторони. А перетинання грудного симпатичного стовбура на рівні Т6-Т12 значно знижує інтенсивність больового синдрому.

#### Висновки.

Результати описаних вище досліджень вказують на ефективність ТГССЭ як засобу паліативного лікування РПЗ. Виконання ТГССЭ ефективно знижує рівень больових відчуттів пацієнта на значний період часу, що безсумнівно поліпшує якість життя та загальний психосоматичний статус.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кубышкин В.А. Рак поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишнеvский. — М: Медпрактика-М, 2003. — 386 с.
2. 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. 53—59.
3. Осипова Н.А. Современная фармакотерапия хронического болевого синдрома в онкологии / Н.А. Осипова // Современ. онкология. — 2003. — № 5. — С. 1—12.
4. Нестеренко Ю.А. Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. / Ю.А. Нестеренко, А.В. Приказчиков // Анналы хир. гепатологии. — 1999. — № 2, Т. 4. — С. 13—22.

O.I. MIMINOSHVILI, V.V. ZABLOCKIJ

*Institute of Urgent and Reparative Surgery by V.K. Gousak of National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Donec'k; Donec'k National Medical University by M. Gorky, Department of Surgery by V.M. Bogogslavsky, Donec'k*

#### APPLICATION OF THORACOSCOPIC SYMPATHSPLANCHECTOMY FOR PAIN ARREST IN PATIENTS WITH PANCREATIC TUMOR

The paper presents the results of thoracoscopic sympathspianchectomy to interrupt pain in patients with incurable tumors of the pancreas. The study involved 14 patients, 5 of which used narcotic analgesics for pain interruption. The level of pain was measured using Prince Henry Hospital Pain Scale, and somatic status was measured by the scale of multifactorial evaluation we developed (lower points corresponds to better quality of life). As a result, the following data were obtained for the initial condition of the patient, early postoperative period and by 1.5 months after surgery: pain level was 3.4, 1.3 and 1.7 points respectively, as indicators of general medical status — 17, 13 and 14.2 points. More than half of patients were able to lower the dose of analgesics or go to the reception of non-narcotic drugs. Subjectively, 57% of patients felt little pain in the first month after surgery.

**Key words:** pancreatic cancer, pain, thoracoscopic sympathspianchectomy

Стаття надійшла до редакції: 10.05.2011 р.