



О.И. Миминошвили,
И.Н. Шаповалов,
Р.В. Пилипенко,
О.А. Никонова, А.Г. Тавадзе

Донецкий национальный
медицинский университет
им. М.Горького

ГУ «Институт неотложной
и восстановительной
хирургии им. В.К. Гусака
НАМН Украины», Донецк

© Е.М. Мостюк

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СИМПАТСПЛАНХНИКЭКТОМИЯ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме. Особенности клинического течения заболевания объясняют позднюю его диагностику. Паллиативное лечение направлено на устранение билиарной гипертензии и болевого синдрома. По данным ВОЗ не более 50 % больных нерезектабельным раком поджелудочной железы получают адекватное обезболивание. Симпатспланхникэктомия — эффективный метод, позволяющий добиться уменьшения выраженности болевого синдрома и повышения качества жизни.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, абдоминальный болевой синдром, качество жизни.

Введение

Статистические данные свидетельствуют о постоянном росте заболеваемости раком поджелудочной железы (РПЖ). Ежегодно в мире регистрируется более 200 тысяч случаев заболевания этой патологией [2]. При этом, заболеваемость в Украине составляет 10,3 случая на 100 тысяч населения [3]. В большинстве развитых стран мира, в том числе и в Украине, РПЖ в настоящее время выходит на лидирующие позиции среди всех онкологических заболеваний. Смертность при РПЖ составляет около 5 % смертности среди всех онкологических заболеваний.

Ввиду длительного бессимптомного течения заболевания РПЖ диагностируют уже на III–IV стадиях приблизительно у 75 % пациентов и по этой причине лишь в 10–36 % удается выполнить радикальную операцию [4, 7, 9, 11, 12]. При этом, 5-летняя выживаемость больных остается крайне низкой и составляет приблизительно 5 %, а средняя продолжительность жизни таких больных составляет около 18 месяцев [10].

Учитывая столь низкие показатели резектабельности при РПЖ, большую актуальность приобретает паллиативное лечение. В основном, это операции, направленные на устранение гипертензии в желчных и панкреатических протоках, устранение болевого синдрома. При этом по данным ВОЗ эффективное обезболивание получает не более 50 % всех больных нерезектабельным РПЖ. Постоянно беспокоящий болевой синдром в сочетании с психологическими проблемами приводят к значительному снижению качества жизни таких пациентов [1, 5].

Низкая эффективность фармакотерапии болевого синдрома диктует поиск альтернативных инвазивных методов купирования хро-

нического абдоминального болевого синдрома. Существует ряд методик, направленных на прерывание болевой иннервации органа. По уровню воздействия последние удобно разделить на 3 группы:

1. Операции, направленные на прерывание иннервации по постганглионарным нервным волокнам.
2. Операции на уровне внутренностных нервов.
3. Вмешательства на уровне спинного мозга.

Материалы и методы исследований

Наша работа основана на анализе результатов лечения 18 больных нерезектабельным раком поджелудочной железы. Из них 12 мужчин и 6 женщин. Средний возраст больных составил 54 года. Всем больным была выполнена видеоторакоскопическая симпатспланхникэктомия (ТССЭ) в условиях отдела абдоминальной хирургии и политравмы ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк.

Пациентам выполнялись следующие варианты оперативного пособия:

- односторонняя ТССЭ у 13 пациентов (8 — левосторонняя, 5 — правосторонняя);
- двусторонняя ТССЭ (повторно оперированные с контрлатеральной стороны) в сроки от 2 до 4 недель — 5 пациентов.

Выбор стороны операции был обусловлен жалобами пациента. В случае преобладания болевого синдрома в правом подреберье выполнялась правосторонняя ТССЭ. Соответственно левосторонняя ТССЭ выполнялась пациентам, предъявлявшим жалобы на боли преимущественно в левых отделах живота.

Показанием к оперативному лечению было наличие хронического болевого синдрома при ранее верифицированном диагнозе нере-

зектабельного РПЖ. Выраженность болевого синдрома оценивали при помощи визуально-аналоговой шкалы (рис. 1)

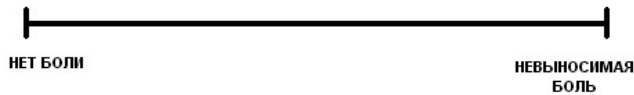


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала

Пациент отмечал субъективную оценку выраженности болевого синдрома на прямой линии. После этого линия разделялась на 10 равных отрезков, что позволяло оценить интенсивность боли по десятибалльной шкале.

Так же оценивали уровень качества жизни данной категории пациентов до и после выполнения им ТССЭ. Для этого использовали один из наиболее распространенных опросников онкологических больных EORTC QLQ-C30. Последний включает в себя 30 вопросов. 15 вопросов представляют собой так называемую функциональную оценку, которая учитывает общее физическое состояние, ролевое функционирование, эмоциональное состояние, когнитивные расстройства, выполнение социальных функций; 13 вопросов учитывают выраженность симптомов заболевания, таких как боль, тошнота, рвота, потеря аппетита, расстройства стула, одышка, бессонница, усталость. И 2 вопроса определяют общее состояние больного. Максимальному уровню качества жизни соответствует значение в 100 баллов.

Операция выполняется под общим обезболиванием с отдельной интубацией главных бронхов. Больной укладывается на бок с отведением руки краниально. Легкое со стороны операции выключают из дыхания. Плевральную полость пунктируют иглой Вереща в 5 межреберье по средней подмышечной линии. После наложения пневмоторакса в точке пункции вводят 10-миллиметровый торакопорт. После этого в 4 межреберье устанавливают торакопорт для рабочего инструмента. В ряде случаев мы были вынуждены установить дополнительный торакопорт в 6 или 7 межреберье.

Ориентиром для выявления симпатического ствола и внутренностных нервов являются реберно-позвоночные сочленения, непарная вена справа и полунепарная вена слева. Симпатическая цепочка расположена несколько латеральнее реберно-позвоночных сочленений. Большой внутренностный нерв формируется из ветвей, отходящих от симпатического ствола на уровне 5–9 грудных ганглиев. Малый внутренностный нерв — на уровне 10–11 грудных ганглиев. В ряде случаев доступен визуализации также внутренностный нерв, отходящий на уровне ThXII, описанный в литературе

как низший, либо наименьший внутренностный нерв [13].

Симпатический ствол пересекали на уровне 5–8 грудных узлов. Для этого при помощи электрохирургического крючка над нервом в продольном направлении рассекали париетальную плевру на участке до 2 см, после чего этим же инструментом выделяли и пересекали нерв. Аналогично выделяли и пересекали все ветви, формирующие внутренностные нервы. После тщательного гемостаза в 4 межреберье плевральную полость дренировали с последующим подключением дренажа к пассивно-аспирационному клапану по Бюлау. Легкое расправляли под контролем торакоскопа. После операции все больные переводились в палату хирургического отделения. Через сутки после рентгенологического контроля расправления легкого дренаж удалялся.

Результаты исследований и их обсуждение

Всего оперировано 18 больных нерезектабельным РПЖ. При этом, выполнено 13 односторонних ТССЭ, 5 больным выполнено двустороннее вмешательство (повторно оперированные с контралатеральной стороны в сроки от 2 до 4 недель). В одном случае в послеоперационном периоде у повторно оперированной больной на вторые сутки после операции при контрольной обзорной рентгенографии органов грудной клетки отмечен апикальный пневмоторакс, что потребовало дополнительного дренирования плевральной полости во 2 межреберье по среднеключичной линии. Спустя сутки легкое было полностью расправлено, дренаж удален. Интраоперационных осложнений, а так же летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Значимых изменений функции внешнего дыхания, сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта отмечено не было. Все больные были выписаны из отделения в сроки от 3 до 5 суток.

При оценке выраженности болевого синдрома отмечено его уменьшение в среднем с 7,8 балла до 3,7 балла. При этом большинство пациентов полностью отказались от приема анальгетиков.

При определении исходного показателя качества жизни, его уровень составил в среднем 42 балла. После выполнения ТССЭ этот показатель несколько улучшился, составив 64 балла при выписке из стационара. В сроки от 1 до 2 месяцев после операции больным предлагали повторно оценить качество жизни. Его уровень составил в среднем 62 балла (10 больных).

Меньшую разницу в баллах при оценке качества жизни мы объясняем влиянием на последний ряда факторов, не зависящих от болевого синдрома, таких как информированность



пациента о диагнозе и прогнозе течения заболевания [12, 13].

Выводы

ТССЭ является минимально инвазивным и эффективным методом коррекции абдоминальных болей при НРПЖ. Данный метод по-

зволяет значительно уменьшить потребность пациентов с нерезектабельным РПЖ в приеме анальгетических препаратов, улучшить качество их жизни. Однако, на продолжительность жизни данной категории больных, вероятнее всего, не влияет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности видеотораскопических операций в органах грудной клетки / О.И. Миминошвили, С.В. Перепелица, И.Н. Шаповалов [и др.] // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVII 1, ч.2. – С.7-9.
2. Дронов А.И. Рак поджелудочной железы: некоторые вопросы диагностики и лечения / А.И. Дронов, Е.А. Крючина // Здоров'я України. – 2011. – № 7. – С. 30-31
3. Думанский Ю.В. Результаты хирургического лечения больных нерезектабельным раком поджелудочной железы / Ю.В. Думанский, И.В. Халецкий, О.Е. Ефимочкин // Новоутворення. – 2009. – № 2 – С. 86-92
4. Кубышкин В.А. Рак поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневицкий. – М. : Издательский дом «Медпрактика-М». – 2003. – 205 с.
5. Миминошвили О.И. Малоинвазивные методы купирования болевого синдрома у пациентов с заболеваниями поджелудочной железы / О.И. Миминошвили // Клиническая онкология. – 2011. – Специальный выпуск I. – С. 40-42.
6. Наш опыт видеотораскопических операций в органах грудной клетки / О.И. Миминошвили, И.Н. Шаповалов, О.А. Никонова, С.В. Перепелица // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2010. – Т. 11, № 3. – С. 305-308.
7. Нестеренко Ю.А. Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы / Ю.А. Нестеренко, А.В. Приказчиков // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. – № 2. – С. 13-22
8. Риски, опасности и осложнения эндоскопической грудной симпатэктомии / О.И. Миминошвили, С.В. Перепелица, И.Н. Шаповалов, С.В. Ярошак // Хірургія України. – 2010. – № 2. – С. 95-100
9. 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. – 2007. – May. – № 22(131). – P. 399-401.
10. Vranken J.H. Coeliac plexus block in patients with pancreatic tumor pain / Vranken J.H., van der Vegt M.H. // Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. – Vol. 150. – P. 723-728.
11. 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. 21-28
12. National patterns of care for pancreatic cancer: results of a survey by the Commission on Cancer / R.H. Janes, J.E. Niederhuber, J.S. Chmiel [et al.] // Annals of Surgery. – 1996. – № 223. – P. 261
13. Thoracic splanchnic nerves: implications for splanchnic denervation / N. Naidoo, P. Partab, N. Pather [et al.] // Journal of Anatomy – 2001, Vol. 199. – P. 585-590.

ТОРАКОСКОПІЧНА
СИПАТСПЛАНХ-
НІКЕКТОМІЯ В
ПАЛІАТИВНОМУ
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИМ
РАКОМ ПІДШЛУНКОВОЇ
ЗАЛОЗИ

*О.І. Миминошвілі,
І.М. Шаповалов,
Р.В. Пилипенко,
О.О. Ніконова, А.Г. Тавадзе*

THORACOSCOPIC
SIMPATSPLANHNI-
KEKTOMIYA IN THE
PALLIATIVE TREATMENT
OF THE PATIENTS
WITH UNRESECTABLE
PANCREATIC CANCER

*O.I. Miminoshvili,
I.N. Shapovalov, R.V. Pilipenko,
O.A. Nikonova, A.G. Tavadze*

Резюме. Особливості клінічного перебігу захворювання пояснюють пізню його діагностику. Паліативне лікування спрямоване на усунення біліарної гіпертензії та болювого синдрому. За даними ВООЗ не більше 50 % хворих на нерезектабельний рак підшлункової залози отримують адекватне знеболювання. Симпатспланхнікектомія - ефективний метод, що дозволяє домогтися зменшення інтенсивності болювого синдрому та підвищення якості життя.

Ключові слова: рак підшлункової залози, абдомінальний болювий синдром, якість життя.

Summary. Clinical course of the disease later explained its diagnosis. Palliative care aims to eliminate biliary hypertension and pain. According to WHO, only 50 % of patients with unresectable pancreatic cancer receiving adequate pain relief. Simpatsplanhniketomiya - an effective method to achieve a reduction of pain and quality of life.

Key words: pancreatic cancer, abdominal pain, quality of life.