

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.37-006.6-089:616.839-089.87

Д.М. Яковлева, М.Ю. Кабанов, С.Ф. Багненко

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СИМПАТСПЛАНХНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе
(дир. — чл.-кор. РАМН проф. С.Ф. Багненко)

Ключевые слова: болевой синдром, качество жизни, торакоскопическая симпатспланхнэктомия, миоэлектрическая активность.

Введение. Заболеваемость раком поджелудочной железы (РПЖ) составляет 5–8% по отношению ко всем раковым опухолям органов брюшной полости [1, 3]. Ко времени установления диагноза более чем у 80% больных имеются распространенные формы рака. В большинстве случаев первичной задачей лечения РПЖ является паллиативная или симптоматическая терапия с максимально возможным уменьшением симптомов заболевания и улучшением качества жизни (КЖ), которое является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания. У большинства больных этой группы имеется болевой синдром (БС) различной степени интенсивности, который усиливается с прогрессированием заболевания, снижая качество жизни. При этом медикаментозная терапия, как правило, оказывается недостаточно эффективной. Проблема лечения хронической боли рассматривается как один из основных компонентов паллиативной помощи.

Применявшиеся ранее операции, направленные на устранение болевого синдрома путем вегетативной денервации поджелудочной железы (ПЖ), не нашли широкого применения в практической хирургии из-за травматичности и неудовлетворительных результатов. Альтернативой этим вмешательствам является торакоскопическая симпатспланхнэктомия (ТССЭ), впервые выполненная С.Ли в 1994 г. [6]. Но до настоящего времени не существует единого мнения об эффективности и адекватном объеме данного оперативного вмешательства [5, 7].

Материал и методы. С 2000 по 2005 г. в нашем институте в среднем в год получали стационарное лечение 92 пациента с онкопатологией гепатопанкреатодуоденальной

зоны (ГПДЗ). Из них 68 — РПЖ (73,9% от раковых заболеваний ГПДЗ), 24 больных (26,1%) — раком различных локализаций: гепатоцеллюлярный — у 8 (8,7%), БДС — у 4 (4,3%), внепеченочные желчные протоки — у 9 (9,8%), желчный пузырь — у 3 (3,3%). Наиболее частой локализацией опухолевого процесса являлся рак головки поджелудочной железы — 46,1% (31 больной). На дооперационном этапе диагноз был установлен у 53 больных, при этом наиболее информативными явились лучевые методы диагностики (УЗИ, мультиспиральная КТ, МРТ) в 86,4% наблюдений и определение уровня онкомаркеров (СА 19.9, СЕА, АФП) — в 72,4%.

У 95,1% больных с опухолевым поражением ПЖ, осложненным механической желтухой, выполнены различные дренирующие операции (билиодигестивные анастомозы, ЧЧХД, холецисто- или холедохостомии).

Учитывая известные данные о влиянии симпатической нервной системы на функцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), мы считали необходимым изучить его моторно-эвакуаторную функцию до и после ТССЭ, ввиду отсутствия информации по этому вопросу в доступных нам литературных источниках.

На дооперационном этапе у 62 больных была обследована моторно-эвакуаторная функция ЖКТ методом электрогастроинтестинографии (ЭГИГ) с помощью медицинского программно-аппаратного комплекса «ГАСТРОН-1». Выполнена сравнительная оценка миоэлектрической активности ЖКТ «условно здоровых пациентов» (контрольная группа — 18 человек) и больных с нерезектабельным РПЖ (основная группа), которые были распределены на 3 подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия БС и типа моторики. Оперированы только пациенты с выраженным БС. Из них 26 перенесли различные объемы торакоскопических вмешательств. Данной группе ЭГИГ была выполнена через 1 мес после оперативного вмешательства.

За «условно» ненарушенную моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ был принят гипомоторный тип, за нарушенную — гипермоторный. Нормальный уровень средних показателей суммарной мощности миоэлектрической активности (МЭА) составил $(493,38 \pm 343,43)$ мкВ/мин; при РПЖ без болевого синдрома и нарушенной моторной активности (НМА) ЖКТ — $(310 \pm 251,28)$ мкВ/мин, РПЖ с выраженным БС и без признаков НМА ЖКТ — $(276,84 \pm 240,5)$ мкВ/мин и РПЖ с выраженным БС и признаками НМА ЖКТ — $(503 \pm 408,85)$ мкВ/мин соответственно.

Уменьшение средних показателей (СП) суммарной мощности МЭА на 38,2% отмечено в группе больных раком ПЖ без НМА вне зависимости от интенсивности БС, причем как за счет снижения активности как проксимальных, так и дистальных отделов ЖКТ. В группе больных, имеющих выраженный БС и клинические проявления НМА (тошнота, отрыжка, срыгивание, рвота, вздутие живота), отмечено повышение суммарной мощности СП миоэлектрической активности ЖКТ на 9% в основном за счет проксимальных отделов ЖКТ.

При ретроспективном анализе получаемой терапии по поводу болевого синдрома схемы терапии соответствовали рекомендациям усовершенствованной «анальгетической лестницы», разработанной В.М.Михайловичем и Ю.Д.Игнатовым (1990 г.) (рис. 1).

Выполнен проспективный анализ терапии БС у 45 пациентов с нерезектабельным РПЖ, получавших стационарное лечение в 2003–2007 гг. Все пациенты с выраженным болевым синдромом были распределены на 2 группы: контрольная — получавшие консервативную терапию, основная — подвергнутые двусторонней ТССЭ. В контрольную группу вошли 14 пациентов с выраженным БС, которым в связи с высоким риском анестезиологического пособия ТССЭ не выполняли. При этом средняя продолжительность жизни пациентов в обеих группах составила 5,5 мес от момента постановки диагноза.

У пациентов основной группы обращало на себя внимание применение ненаркотических анальгетиков и слабых наркотических анальгетиков только на далеко зашедших стадиях заболевания (рис. 2).

При этом их применение в основном обусловлено осложнениями со стороны органов грудной полости (плеврит, пневмония), слабых наркотических анальгетиков — в среднем за 1 нед до летального исхода с целью седации.

Решение опроса о необходимости выполнения ТССЭ зависело от интенсивности БС, оцененного при помощи опросников качества жизни SF-36, EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26 [2, 4].

Результаты и обсуждение. С 2002 по 2008 г. в НИИСП им. И.И.Джанелидзе ТССЭ была выполнена 31 больному с нерезектабельным РПЖ (19 мужчин, 12 женщин). ТССЭ использовалась нами у 16 из них как самостоятельное оперативное вмешательство, а как симультантная операция — у 15. 5 больным была выполнена правосторонняя, 9 — левосторонняя, 17 — двусторонняя, из них у 10 — ТССЭ, у 7 — торакоскопическая спланхнотомия (ТСТ). В 5 наблюдениях односторонние



Рис. 1. Используемая терапия в группе пациентов, получавших консервативную терапию.

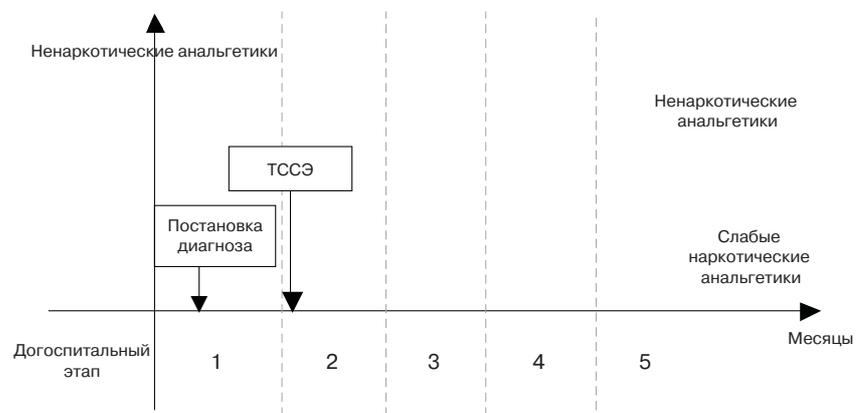


Рис. 2. Используемая терапия в группе пациентов, подвергнутых двусторонней ТССЭ.

оперативные вмешательства обусловлены становлением освоения методики, у 9 — техническими сложностями во время операции (выраженные плевральные сращения — у 1 пациента, анатомические особенности — у 1), нестабильностью гемодинамических показателей, связанных с сопутствующей соматической патологией и явлениями полиорганной недостаточности на фоне раковой интоксикации (у 7 больных).

Оценку эффективности выполненной операции проводили на дооперационном этапе при помощи опросников качества жизни SF-36, EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26, ближайшем послеоперационном периоде — EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26 (через 7 дней), отдаленном послеоперационном периоде — SF-36, EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26 через 1 мес после операции.

В раннем послеоперационном периоде (1 нед) 28 пациентов отметили уменьшение БС, 8 из них — его полное купирование. У 3 больных

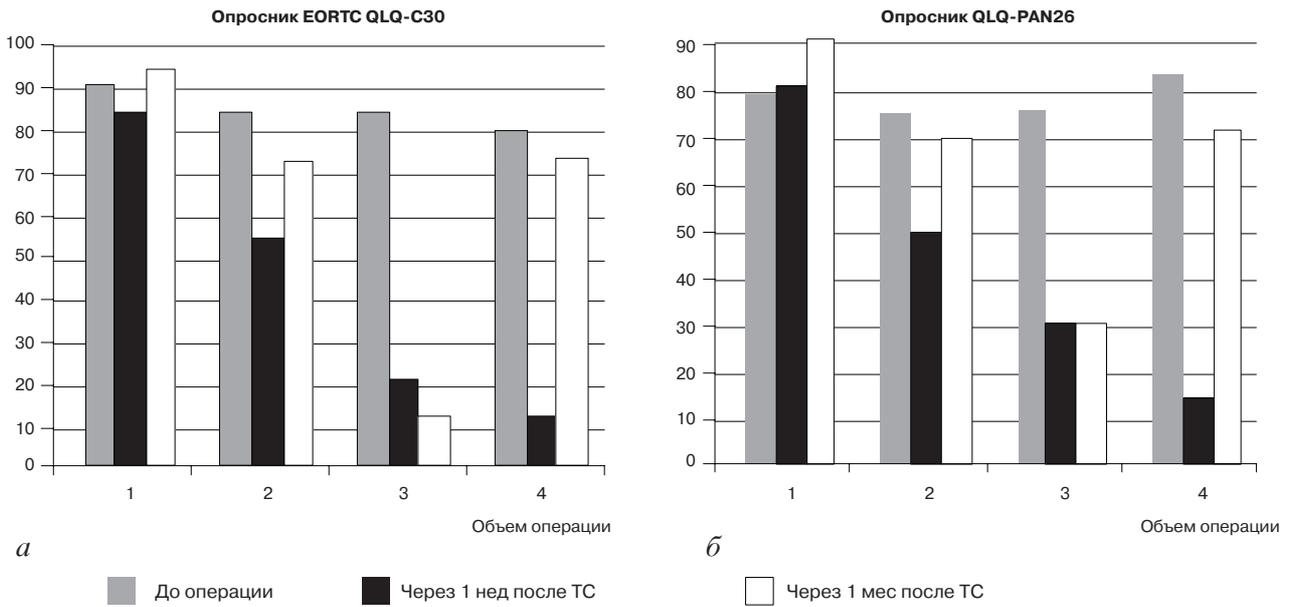


Рис. 3. Динамика болевого синдрома в зависимости от объема оперативного вмешательства и сроков послеоперационного периода (1 — правосторонняя ТССЭ; 2 — левосторонняя ТССЭ; 3 — двусторонняя ТССЭ; 4 — двусторонняя ТСТ).

эффект достигнут не был (2 — после правосторонней ТССЭ, 1 — после левосторонней). Однако с течением времени, в среднем, от 1 до 2 нед у 17 больных возник рецидив БС (все пациенты, перенесшие односторонние оперативные вмешательства, и 6 — двустороннюю ТСТ. В данной группе у 12 пациентов отмечено полное восстановление болевого синдрома, а у 5, перенесших двустороннюю ТСТ, лишь его незначительный регресс. При статистическом анализе в отдаленном послеоперационном периоде (через 1 мес)

не получено достоверных различий ($p > 0,2$) показателей интенсивности БС в группах после односторонней ТССЭ и двусторонней ТСТ в сравнении с дооперационными показателями (рис. 3).

Хороший стойкий эффект от оперативного вмешательства отмечен в 38,7% наблюдений: у 10 пациентов, перенесших двустороннюю ТССЭ, у 1 — после двусторонней ТСТ. При сравнительном анализе показателей физического и психического компонентов здоровья пациентов в зависимости от получаемой терапии БС выявлена статистически достоверная разница ($p < 0,05$). Оценивая выраженность болевого синдрома в основной и контрольной группе пациентов, с течением времени на фоне прогрессирования заболевания получена статистически достоверная разница ($p < 0,05$) показателей в зависимости от проводимой терапии (рис. 4).

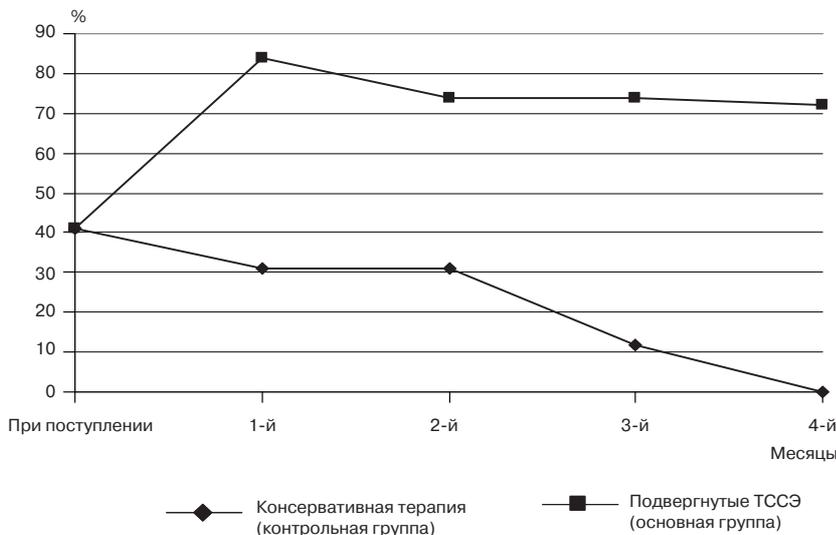


Рис. 4. Динамика интенсивности болевого синдрома с течением времени на фоне прогрессирования заболевания в зависимости от получаемой терапии.

После перенесенного торакоскопического вмешательства у пациентов без нарушения моторики достоверного снижения суммарной мощности СП миоэлектрической активности ЖКТ не отмечено ($276,84 \pm 240,5$ мкВ/мин и $353,9 \pm 194,53$ мкВ/мин ($p > 0,05$), а в группе с признаками НМА ЖКТ — снижение примерно в

5 раз — с $(503 \pm 408,85)$ до $(103,1 \pm 85,93)$ мкВ/мин ($p < 0,01$) за счет снижения МЭА во всех отделах ЖКТ. У пациентов без признаков нарушенной миоэлектрической активности ЖКТ в послеоперационном периоде происходит гиперактивация водителя ритма в зоне дуоденоюнального перехода. В группе с НМА сохраняется смена автономной регуляции моторики как тонкой, так и толстой кишки, объективным отражением которой является снижение электрической активности мигрирующего миоэлектрического комплекса в зоне дуоденальноюнального и илеоцекального переходов.

Клинически в раннем послеоперационном периоде у данных пациентов с признаками нарушенной миоэлектрической активности ЖКТ отмечено снижение уровня БС и развитие стойкого пареза ЖКТ, плохо корригируемого медикаментозно (у 1 пациента — после левосторонней ТССЭ, у 3 — после двусторонней ТСТ и у 2 — после двусторонней ТССЭ). В течение 1–3 нед у 4 больных возник рецидив БС, равного или более выраженного по интенсивности дооперационному. В результате данная методика не только не помогла, а ухудшила КЖ больных.

Выводы. 1. Болевой синдром является основным фактором, снижающим качество жизни больных с нерезектабельным раком поджелудочной железы.

2. Двусторонняя ТССЭ является малоинвазивным высокоэффективным оперативным вмешательством в лечении хронического БС с целью улучшения КЖ больных с нерезектабельным РПЖ.

3. Двусторонняя резекция нервных структур является важным фактором, обеспечивающим адекватный обезболивающий эффект.

4. ТССЭ угнетает генерацию мигрирующего миоэлектрического комплекса. Наличие исходно сниженной миоэлектрической активности ЖКТ у этих больных является противопоказанием к выполнению ТССЭ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы.—М.: Медпрактика-М, 2003.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.—М.: Олма, 2007.
3. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы.—СПб.: Питер, 2004.—396 с.
4. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease — specific quality of life measurement scales.— Philadelphia: Open University Press, 1996.—374 p.
5. DeTackats G. Splanchnic Nerve Section for Pancreatic Pain // Ann. Surg.—1950.—Vol. 131.—P. 44–57.
6. Lin C.C., Mo R.L., Lin Y.W., Yau M.P. Bilateral lower sympathetic-splanchnicectomy for upper abdominal cancer pain // Eur. J. Surg.—1994.—Vol. 572.—P. 59–62.
7. Melki J., Riviere J., Roulle N. et al. Thoracoscopic splanchnicectomy under videothoracoscopy // La Presse Medicale.—1993.—Vol. 122.—P. 1095–1097.

Поступила в редакцию 23.09.2009 г.

D.M.Yakovleva, M.Yu.Kabanov, S.F.Bagnenko

THORACOSCOPIC SYMPATHSPLANCHNECTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH UNRESECTABLE CANCER OF THE PANCREAS

The authors have analyzed experience with treatment of pain syndrome in 45 patients, in 31 of them thoracoscopic sympathosplanchnectomy was fulfilled. The operation was shown to give a pronounced analgetic effect and improved quality of life of patients.