

3. Yanaki K. et al. // Fukushima ugaku Zassi Fukushima Med. J. 1994. Vol. 44. № 4. P. 267–278.
4. Левашиов Ю.Н., Акопов А.Л., Двораковская И.В. Прогноз хирургического лечения местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого при отсутствии лимфогенного метастазирования // I Рос. науч.-практ. конф. «Торакальная онкология». Краснодар, 2003. С. 65–66.
5. Fujisawa T. et al. // Cancer. 1995. Vol. 76. № 12. P. 2464–2470.
6. Harpole D.H. et al. // Cancer. 1995. Vol. 76. № 5. P. 787–796.

*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ*

2 марта 2005 г.

УДК 616.33–006.6–089–031.81

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

**© 2005 г. В.Ф. Касаткин, Ю.С. Русакова, И.А. Тен, В.Ф. Жилин,
О.Ю. Каймакчи**

It is shown in the paper, that the statistically reliable lowering if the pain syndrome intensity takes place when applying total anaesthesia in combination with peripheral prolonged regional blockade, vegetoactive and psychocorregative preparations.

В общей структуре операций в онкологии доминируют хирургические вмешательства на органах брюшной полости. Увеличивается количество расширенных радикальных вмешательств, сопровождающихся обширной лимфодиссекцией и затрагивающих ряд стрессогенных органов и тканей. Чем массивнее повреждение тканей, тем более выражена интенсивность послеоперационного синдрома (ПБС) [1].

По мнению разных авторов [2, 3], от выраженного ПБС страдают от 30 до 75 % пациентов. При этом средняя интенсивность боли на протяжении первых суток после операции достигает 60 % от максимально возможной [4].

Согласно современным представлениям о механизмах боли, всякое хирургическое воздействие способно вызывать длительные и стойкие изменения функций сегментарных и супрасегментарных ноцицептивных структур ЦНС, следствием чего является развитие гипералгезии, проявляющейся формированием интенсивного болевого синдрома и увеличением потребности в анальгетиках [5].

Выбор метода анестезии во время операции оказывает значительное влияние на формирование послеоперационных болевых ощущений [1].

Целью данной работы была оценка влияния различных методов анестезии на выраженность послеоперационного болевого синдрома у больных раком желудка.

Материалы и методы

Исследования были проведены у 80 больных в возрасте от 32 до 78 лет, которым выполнялись оперативные вмешательства на желудке по поводу рака (47 гастрэктомий, 33 субтотальных резекций желудка). По физическому статусу абсолютное большинство пациентов относилось к III–IV классу ASA.

У 40 больных основной группы интраоперационно инфильтрировали рефлексогенные зоны брюшной полости 0,25%-м раствором новокаина на аутоплазме больного, с добавлением бензогексония по 0,5 мл 2,5% раствора в каждую зону инфильтрации (аутоплазму использовали с целью пролонгирования действия новокаина). При этом дозы интраоперационно вводимых наркотических анальгетиков уменьшались в 2 раза. В дооперационном и раннем послеоперационном периодах применялись вегетоактивные (обзидан, бензогексоний, дроперидол) и психотропные (эглонил) препараты.

Контрольную группу составили 40 пациентов, оперированных под общей анестезией в сочетании с блокадой нервных образований брюшной полости 0,25%-м раствором новокаина.

Послеоперационная анальгезия была стандартной у всех пациентов и осуществлялась внутримышечным введением 2 мг промедола по требованию пациента. При этом суточная доза промедола в контрольной группе составила $162 \pm 3,6$ мг, а в основной – $78 \pm 1,1$ мг. Длительность безболевого послеоперационного периода составила $1,8 \pm 0,7$ и $6,2 \pm 1,6$ ч соответственно.

У больных обеих групп послеоперационный болевой синдром оценивался с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и Мак-Гилловского болевого опросника (MPQ).

Результаты исследований

По итогам результатов, полученных посредством ВАШ боли, установлено, что в преобладающем количестве наблюдений больные основной группы (67,5 %) оценивали свою боль в диапазоне 4–5,9 балла, а пациенты контрольной группы (82,5 %) – в интервале 6–7,9 балла. Среднее значение интенсивности боли по ВАШ у больных основной группы составило $5,2 \pm 0,2$ балла, а у пациентов контрольной группы было на 40,5 % выше ($p < 0,05$) и соответствовало $7,3 \pm 0,4$ балла. Таким образом, у больных основной группы количественная оценка интенсивности болевого синдрома была ниже, чем в контрольной группе (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости ответов различных рангов по ВАШ боли у больных основной и контрольной групп в первые сутки после операции

Балл по ВАШ	Клиническая группа	
	Основная, n = 40	Контрольная, n = 40
0–1,9	–	–
2–3,9	7 (17,5 %)	–
4–5,9	27 (67,5 %)	2 (5 %)
6–7,9	4 (10 %)	33(82,5 %)
8–10	2 (5 %)	5 (12,5 %)

Анализ результатов, полученных с помощью опросника MPQ, показал, что у больных основной группы в первые послеоперационные сутки число выбранных дескрипторов и суммарный ранговый индекс по сенсорной и эмоционально-аффективной шкалам были значительно ниже, чем в контрольной группе. Значения эвалюативной шкалы у больных основной группы были также достоверно ниже по сравнению с контрольной группой (табл. 2).

Таблица 2

Выраженность болевых проявлений (MPQ, $M \pm m$) у пациентов основной и контрольной групп в первые послеоперационные сутки

Шкала MPQ	Клиническая группа	
	Основная, n = 40	Контрольная, n = 40
A	$9,9 \pm 0,3^*$	$12,2 \pm 0,2$
B	$18,3 \pm 0,4^*$	$23,3 \pm 0,6$
C	$3,9 \pm 0,2^*$	$6,8 \pm 0,4$
D	$6,1 \pm 0,1^*$	$13,4 \pm 0,3$
E	$2,8 \pm 0,1^*$	$3,9 \pm 0,2$
F	$3,7 \pm 0,2^*$	$5,2 \pm 0,3$
J	$2,1 \pm 0,08^*$	$4,7 \pm 0,07$

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с группой контроля. А – суммарное число выбранных дескрипторов, В – суммарный ранговый индекс выбранных дескрипторов, С – индекс числа выбранных дескрипторов по сенсорной шкале, D – ранговое число выбранных дескрипторов по сенсорной шкале, E – индекс числа выбранных дескрипторов по эмоционально-аффективной шкале, F – ранговое число выбранных дескрипторов по эмоционально-аффективной шкале, J – ранговое число выбранных дескрипторов по эвалюативной шкале.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что характер восприятия боли у пациентов основной и контрольной групп в первые после-

операционные сутки имел существенные различия. У больных основной группы применение блокады нервных образований брюшной полости привело к выраженному снижению сенсорного компонента боли, обусловленного периферическими механизмами, связанными с активацией ноцицепторов в операционной ране. Применение психотропных препаратов у больных основной группы после операции привело также и к снижению эмоционально-аффективных проявлений боли.

Таким образом, комбинированная анестезия с пролонгированной блокадой нервных образований брюшной полости, а также применение вегетативных и психотропных препаратов в до- и послеоперационном периодах у больных раком желудка удлиняет безболевого послеоперационный период и способствует выраженному снижению интенсивности послеоперационного болевого синдрома. При этом дозы применяемых наркотических анальгетиков сокращаются в 2 раза.

Литература

1. Овечкин А.М. и др. // Анестезиология и реаниматология. 2000. № 5. С. 71–76.
2. Neugebauer E., Hempel K. // Chirurg. 1998. Vol. 9. P. 461–466.
3. Harmer V., Davies R. // Anaesthesia. 1998. Vol. 53. P. 424–430.
4. Kuhn S. et al. // Br. Med J. 1990. Vol. 300. P. 1687–1690.
5. McQuay H., Dickenson A. // Anaesthesia. 1990. Vol. 45. P. 101–102.
6. Кузьменко В.В. и др. // Советская медицина. 1986. № 10. С. 44–48.
7. Melzack R. // Pain. 1975. Vol. 1. P. 277–299.

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ

9 февраля 2005 г.

УДК 616-089.882:611.663-006.6:616-053.84

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ IV СТАДИИ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

© 2005 г. Н.Е. Левченко

The lead researches have allowed to assert, that the surgical technique not only allows to warn radial castration, but also keeps high-grade ovarian functioning within three years of supervision, that in the long term.

Рак шейки матки является актуальной проблемой онкогинекологии, занимая второе место среди злокачественных новообразований женских гениталий, уступая лишь раку тела матки [1, 2]. Несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости, а точнее выявляемости