

© М.С. Бурдюков, И.Н. Юричев, А.М. Нечипай, М.Е. Исакова, Б.И. Долгушин, 2016

УДК 616.32/-34-009.7-036.12-08

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНСГАСТРАЛЬНЫЙ НЕЙРОЛИЗИС ЧРЕВНОГО СПЛЕТЕНИЯ: ВАРИАНТЫ ЭФФЕКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ВЕРХНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

М.С. Бурдюков^{1,2}, И.Н. Юричев^{1,2}, А.М. Нечипай², М.Е. Исакова¹, Б.И. Долгушин¹

¹ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, г. Москва

²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, г. Москва

EVALUATION OF PAIN SYNDROME AFTER CELIAC PLEXUS BLOCKADE WITH SUBSEQUENT NEUROLYSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC ABDOMINAL PAIN SYNDROME IN THE UPPER ABDOMINAL CAVITY

M.S. Burdyukov^{1,2}, I.N. Yurichev^{1,2}, A.M. Nechipay², M.E. Isakova¹, B.I. Dolgushin¹

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow

²Russian Medical Academy of Postgraduate Education of Russian Ministry of Healthcare, Moscow

Бурдюков Михаил Сергеевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения эндоскопии

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, доцент кафедры эндоскопии

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ

115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23, тел. +7-903-686-40-54, e-mail: burdyukov@rambler.ru

Burdyukov M.S. — Cand. Med. Sc., Senior Researcher of Endoscopy Department of the N.N. Blokhin Russian Cancer Research

Center, Associate Professor of Endoscopy Department of Russian Medical Academy of Postgraduate Education of Russian Ministry of Healthcare

23 Kashirskoe highway, Moscow, Russian Federation, 115478, tel. +7-903-686-40-54, e-mail: burdyukov@rambler.ru

Реферат. Хронический абдоминальный болевой синдром (БС) сопровождается большинством онкологических заболеваний брюшной полости, встречается и при болевой форме хронического панкреатита. Несмотря на высокий уровень развития и успехи фармако- и химиотерапии, применение специально разработанных хирургических способов купирования боли, проблема остается крайне актуальной из-за наличия у каждого метода «своих» осложнений, а также из-за ограничений каждой из известных методик в возможности их применения и отсутствия гарантированного достижения адекватного уровня обезболивания. Разработаны и применяются малоинвазивные интервенционные методики обезболивания больных с БС: транскутанный (под УЗИ или КТ-наведением — УЗИ-НЛ или КТ-НЛ) и трансгастральный (под контролем эндоскопической ультрасонографии — ЭУС-НЛ) нейролизис. Обе методики дополняют арсенал средств борьбы с абдоминальным болевым синдромом. ЭУС-НЛ сопряжен с меньшим, чем УЗИ- и КТ-НЛ, риском развития осложнений; с учетом его большей безопасности нами было проведено исследование, направленное на изучение динамики выраженности болевого синдрома и выявление наиболее типичных вариантов ответов на выполнение данного эндоскопического вмешательства.

Цель исследования — изучить динамику выраженности болевого синдрома после выполнения ЭУС-НЛ, выявить наиболее типичные варианты ответа на ЭУС-НЛ.

Материал и методы. В исследование включены наблюдения 42 пациентов, которым с целью купирования болевого синдрома было выполнено 60 интервенционных вмешательств под контролем эндоскопической ультрасонографии (ЭУС-НЛ). Перед ЭУС-НЛ, на следующий день, а также через 1, 2, 4, 6 недель после его выполнения пациенты заполняли анкету с визуально-аналоговой шкалой (ВАШ), в которой отмечалась интенсивность болевого синдрома в каждой из указанных выше контрольных «точек». Затем проводилась оценка данных, в результате которой были установлены наиболее типичные варианты ответов на ЭУС-НЛ.

Результаты. При оценке различий между исходным уровнем выраженности БС и уровнем боли непосредственно (на следующий день) после ЭУС-НЛ отмечено, что выраженность БС не изменилась у 1 (1,7%), незначительно возросла — у 2 (3,3%), в различной степени снизилась у 57 (95%) больных. Степень снижения интенсивности болевого синдрома была индивидуальной, колебалась в широких пределах от 5 до 90 баллов (среднее снижение — 55,5 баллов, медиана — 60 баллов, нижняя квартиль — от 5 до 40 баллов, верхняя квартиль — от 70 по 90 баллов). Таким образом, в 95% (57 из 60 больных) случаев

ЭУС-НЛ привел к снижению интенсивности болевого синдрома, что свидетельствует об эффективности метода. С учетом значения медианы снижения уровня БС (60 баллов) обезболивающий эффект ЭУС-НЛ можно оценить как существенный.

Заключение. На основании анализа данных субъективной оценки пациентами интенсивности болевых ощущений с помощью ВАШ изучена выраженность (в сравнении с исходной) болевого синдрома в разные интервалы времени после выполнения ЭУС-НЛ. Установлено, что: а) интенсивность БС значительно снижается по сравнению с исходной на протяжении всего периода наблюдения; б) после достигнутого и удерживающегося в течение определенного периода времени снижения уровня болевого синдрома отмечена тенденция к постепенному нарастанию интенсивности боли, которая, однако, не имеет статистически значимого веса; в) выявлены наиболее типичные варианты динамики БС после проведения ЭУС-НЛ, которые позволяют моделировать ожидаемые результаты при индивидуальном планировании мероприятий по устранению болевого синдрома в различных клинических ситуациях.

Ключевые слова: абдоминальный болевой синдром, трансгастральный нейролизис, эндоскопическая ультрасонография.

Abstract. Chronic abdominal pain syndrome is present in most oncology diseases of abdominal cavity as well as in chronic pain form of chronic pancreatitis. Despite development of new chemotherapeutic drugs, new surgical methods of treating pain, pain management the patients is still a dilemma as each of the methods has its own complications. Also each methods has their own deficiencies. One of the methods is percutaneous under US and CT-control and the other is neurolysis under endoscopic ultrasound control. Both methods are very useful and cause less complications. We performed a study to asses pain syndrome dynamics after endoscopic neurolysis and reveal most common response pattern to the method.

Purpose — to study the dynamics of pain syndrome after endoscopic neurolysis and reveal most common response pattern to the method.

Design. In cases of 42 patients we enrolled in the study, with 60 interventions under endosonography performed to alleviate pain syndrome. Before intervention and the day after, as well as at time points at 1, 2, 4, 6 weeks after intervention, questionnaire with visual-analog scale were assessed. Statistical analysis of the date along with most common response patterns to the intervention were performed.

Results. Analysis of difference between baseline pain syndrome level and pain level immediately after the procedure revealed that in one case pain level did not change, in 2 cases pain level insignificantly increased and decreased in 57 patients. Decrease of pain syndrome ranged between 5 and 90 scores, with mean decrease of 55,5 scores, mediana 60 scores. In quarter patients pain decrease ranged between 5 and 40 scores with range of decrease between 70 and 90 scores in other quater. Based on that, we concluded that in 95% patients (57 out of 60), neurolysis under endoscopic control decrease the pain that makes that the procedure is effective method of decreasing: the patients; mediana magnitude of pain syndrome decrease was 60 scores that proves significance of the effect on pain syndrome.

Conclusion. In this part of the study pain syndrome dynamics was assessed on the base of questionnaire with visual-analog cale. Results of the study reveales that pain syndrome statistically significantly decrease in comparison with the baseline throughout the observation. There is a tendency to gradual increase in pain syndrome without reaching statistical significance. Most common patterns of dynamics of pain syndrome after the procedure were revealed that will help to predict results of dynamics after the procedure.

Key words: abdominal pain syndrome, neurolysis, under endoscopic ultrasound control.

Литературная справка

Проблема хронической абдоминальной боли никогда не утрачивала своей актуальности для клинической медицины, т.к. десятилетия поиска путей ее окончательного решения не обнаружили таковых. Ситуация не изменилась до настоящего времени. Наиболее часто хронический абдоминальный болевой синдром встречается у онкологических больных на поздних стадиях заболевания, что существенно влияет на качество их жизни. Более 17 миллионов человек во всем мире страдают от боли при онкологических заболеваниях: 33% из их числа составляют пациенты, перенесшие комплексное противоопухолевое лечение, 66% — больные с наличием отдаленных метастазов; 75-90% всех больных испытывают

сильный и нестерпимый болевой синдром [1]. Интенсивная боль является одним из ведущих симптомов рака поджелудочной железы (РПЖ) и большинства опухолей брюшной полости, встречается у 70-85% больных, а на поздних стадиях заболевания — почти в 100% наблюдений [2-4]. С учетом поздней выявляемости РПЖ, радикальное лечение возможно лишь у 10-20% больных [5, 6]. В этой связи оказание паллиативной помощи больным с РПЖ, включая устранение ХБС — важная медицинская задача [7].

Согласно данным ВОЗ, только 20-50% больных с нерезектабельным раком ПЖ получают эффективное обезболивание. Постоянные боли в значительной степени снижают качество жизни пациентов, нарушают сон, аппетит, приводят к социальной дезадаптации [8]. Проблема паллиативного лечения

до настоящего времени окончательно не решена, и миллионы больных испытывают страдания, которых можно было бы избежать [8-10].

Одним из первых и основных способов лечения болевого синдрома является фармакологический. Всемирной организацией здравоохранения была предложена схема лечения, основанная на применении различных фармакологических обезболивающих средств — так называемая трехступенчатая схема обезболивания [7].

В контексте обсуждаемой проблемы разработаны паллиативные оперативные вмешательства, направленные на устранение ХБС — операции на внутренних нервах. По мнению ряда авторов, оперативные вмешательства на уровне внутренних нервов в этой связи следует рассматривать не только как паллиативные, но и как патогенетические [11-13]. В результате выполнения спланхникэктомии у 69 больных с ХБС при хроническом панкреатите Yoshioka J. [11] в 1957 г. сообщил о наличии клинического эффекта в 88,4% случаев. При обобщении результатов 207 спланхникэктомий в сочетании с левосторонней ганглиозектомией Yadav D. (2011) [13] сообщил о достижении эффекта в 85%, о прогрессировании ХБС — в 7,2%, об отсутствии эффекта — в 7,8% случаев.

Усилить обезболивающий эффект, повысить его стойкость, уменьшить травматичность способов локального воздействия на ответственные за проведение «болевых» сигналов ганглии и нервные сплетения позволяет использование малоинвазивного пункционного доступа. Основной, применяемой во всем мире методикой, является блокада/нейролизис чревного сплетения, — методика, которую можно осуществлять чрескожно, под контролем УЗИ- и КТ, а также эндоскопическим способом (через заднюю стенку желудка под эндосонографическим наведением и контролем). Обезболивающий эффект наступает благодаря действию анестетика на чревные ганглии. В дальнейшем, под влиянием введенного нейролитика, происходит постепенный лизис последних, что прерывает проведение нервных (в т.ч. болевых) импульсов и обеспечивает сохраняющийся длительное время обезболивающий эффект [14]. Чрескожный нейролизис выполняется передним/задним доступом под контролем УЗИ или КТ, соответственно, путем инъекции анестетика/нейролитика в проекцию ганглиев чревного сплетения.

По данным литературы и метаанализов, ЭУС-НЛ продемонстрировал себя как более безопасный

метод по сравнению с чрескожными методиками, в частности — благодаря отсутствию таких, свойственных последним, осложнений, как пневмоторакс, гематурия, паралич нижних конечностей и др. [15, 16]: снижение интенсивности болевого синдрома достигается у 74,5-85,2% больных [17]. Достижение обезболивающего эффекта с помощью малоинвазивных пункционных технологий и, в частности ЭУС-НЛ, способствует значительному снижению потребления наркотических обезболивающих больными, страдающими от БС [18].

ЭУС-НЛ применяется при болевом синдроме, обусловленном не только опухолевыми поражениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, но и хроническим панкреатитом.

По данным литературы, не все пациенты отвечают на выполнение НЛ исчезновением или снижением интенсивности болевого синдрома. Наличие и сила ответа на НЛ сугубо индивидуальны и могут быть выражены как в полном исчезновении боли, так и в разной степени выраженном ее ослаблении, а также в уменьшении потребления обезболивающих препаратов, в т.ч. наркотических, средств. Применительно к ЭУС-НЛ этот вопрос в недостаточной степени изучен, что определяет оправданность продолжения его исследования при разных нозологических причинах БС, и выявления факторов, влияющих на эффективность этой малоинвазивной методики.

Материал и методы

Цель исследования — выработать принципы индивидуального прогнозирования ожидаемой эффективности обезболивания больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом в верхнем этаже брюшной полости с учетом установленных вариантов ответа на выполнение ЭУС-НЛ.

Задачи исследования

— Изучить особенности изменения интенсивности болевого синдрома (БС) в результате выполнения ЭУС-НЛ.

— Определить эффективность и выработать стратегию применения ЭУС-НЛ.

Дизайн исследования

Исследование — нерандомизированное (ретроспективный анализ), контролируемое.

Критерии включения

Пациенты с хроническим абдоминальным болевым синдромом верхнего этажа брюшной полости.

Критерии исключения

Пациенты, у которых (в связи со смертью или из-за выхода из исследования по другим причинам) не удалось оценить эффективность ЭУС-НЛ на всем протяжении периода динамического наблюдения.

Статистический анализ

Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. При выборе статистических процедур учитывались методологические требования Международного конгресса по гармонизации GGP «Статистические принципы для клинических исследований» (ICH Guidelines // Good Clin. Pract. J. — 1998. — Vol. 5, № 4. — P. 27-37). Все вычисления проводили на персональном компьютере с помощью математических пакетов «STATISTICA» и SPSS в отделе информационных технологий РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Перед ЭУС-НЛ, на следующий день, а также через 1, 2, 4, 6 недель после его выполнения, пациенты заполняли анкету, содержащую визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), в которой отмечали интенсивность болевого синдрома.

В исследование включены наблюдения 42 пациентов, которым было выполнено 60 интервенционных вмешательств под контролем эндосонографии (ЭУС-НЛ) с целью купирования болевого синдрома — 27 (64,3%) мужчин и 15 (35,7%) женщин, в возрасте от 29 до

81 года (средний возраст — $58,0 \pm 1,7$ лет). Преобладали (40,5%) пациенты в возрасте 51-59 лет. Большинство заболеваний, обусловившие болевой синдром, были представлены запущенными злокачественными новообразованиями. Клиническая характеристика наблюдений в зависимости от диагноза заболевания и стадии опухолевого поражения представлена в таблице 1.

Результаты

В общей сложности у 42 больных, страдающих от обусловленного различными причинами хронического болевого синдрома в верхнем этаже брюшной полости, было выполнено 60 процедур интервенционного медикаментозного обезболивания (ЭУС-НЛ) — таблица 2, рисунки 1, 2.

У 13 (31%) из 42 больных из-за неэффективности первой/предыдущей малоинвазивной процедуры было повторно выполнено 18 (30%) из 60 процедур эндоскопического трансгастрального нейролизиса, в т.ч.: у 11 больных — однократно, у 1 — троекратно, еще у 1 — четырехкратно. Динамика выраженности БС по результатам ВАШ-тестирования пациентов представлена в таблице 2 и на рисунках 1, 2.

Из представленных данных видно, что в целом, на 2-й день после проведения ЭУС-НЛ выраженность БС значительно уменьшилась по сравнению с исходной. Наибольшее снижение выраженности БС отмечено сразу (на 2-й день) после ЭУС-НЛ. В дальнейшем, вплоть до 8 недель после ЭУС-НЛ, отмечается либо некоторое усиление БС, либо его стабилизация. Несмотря на то, что у отдельных больных после ЭУС-НЛ выраженность болевого синдрома осталась неизменной либо уменьшилась незначительно, статистического веса эта небольшая часть наблюдений не имеет.

Таблица 1. Клиническая характеристика наблюдений

Диагноз*	Количество больных (n)	Относительная частота (%)	Стадия	
			III (n, %)	IV (n, %)
ОГПЖ	15	35,7	4 (26,7)	11 (73,3)
ОТПЖ	16	38,1	3 (18,8)	13 (81,2)
ХП	7	16,6	—	—
РЖ	2	4,8	1 (50,0)	1 (50,0)
ОК	2	4,8	0	2 (100,0)
Всего	42	100,0	8 (23,0)	27 (77,0)

Примечание: * — ОГПЖ — опухоль головки поджелудочной железы, ОТПЖ — опухоль тела поджелудочной железы, ХП — хронический панкреатит, РЖ — рак желудка, ОК — опухоль Клацкина

Таблица 2. Динамика выраженности БС за период наблюдения

Сроки контрольного анкетирования	N*	ВАШ			P
		M±s	95%ДИ	Пределы	
До ЭУС-НЛ ¹ ВАШ-1	60	77,1±15,0	73,2-81,0	45-100	1 / 2,3,4,5,6 < 0,0001; 2 / 3 = 0,18; 2 / 4,5,6 < 0,001; 3 / 4,5,6 < 0,0001; 4 / 5,6 < 0,05; 5 / 6 = 0,007
На 2-й день ² ВАШ-2	60	24,6±28,2	17,3-31,9	0-100	
Через 1 нед. ³ ВАШ-3	60	29,1±25,1	22,7-35,6	0-90	
Через 2 нед. ⁴ ВАШ-4	56*	37,9±30,3	30,3-45,6	5-90	
Через 4 нед. ⁵ ВАШ-5	49*	35,5±24,0	28,6-42,4	5-80	
Через 8 нед. ⁶ ВАШ-6	49*	37,3±24,6	30,3-44,4	5-90	

Примечание: * — отображено количество случаев выполнения ЭУС-НЛ у 42 больных, включенных в исследование: у ряда пациентов выполнено более чем 1 процедура нейролизиса. Большая часть повторных ЭУС-НЛ была выполнена в связи с неэффективностью первичной процедуры на сроках 2- и 4-недели после неэффективного предыдущего ЭУС-НЛ

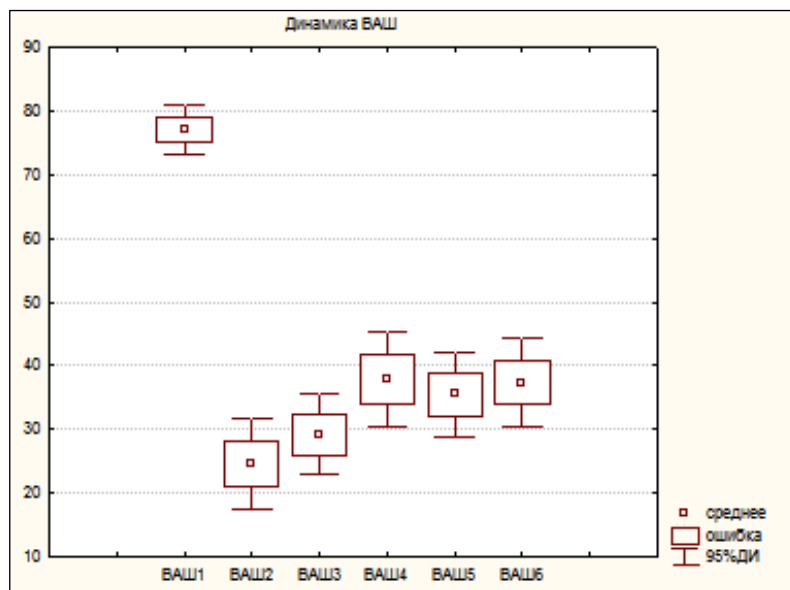


Рис. 1. Динамика выраженности БС за период наблюдения (диаграмма)

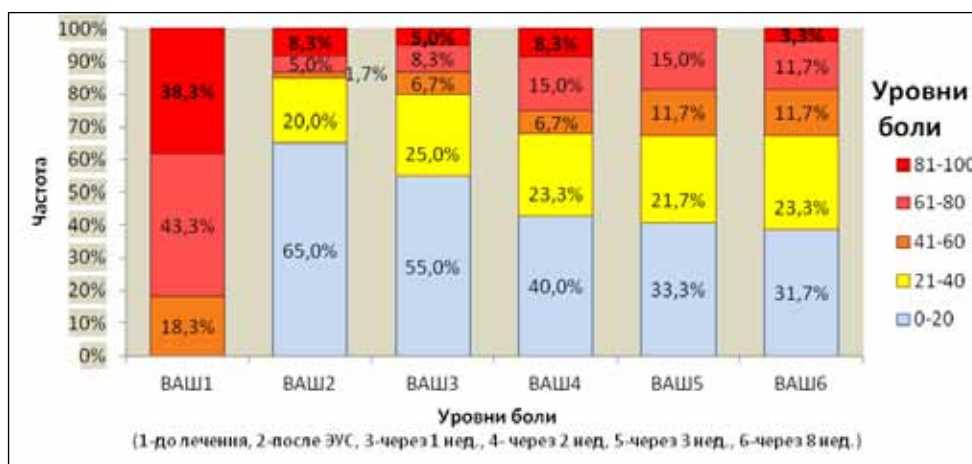


Рис. 2. Динамика выраженности и структура уровней БС за период наблюдения (диаграмма)

Начиная со 2-й недели после ЭУС-НЛ, отмечается умеренная эскалация выраженности БС, которая достигает своего максимума к 8 неделе. Однако во всех реперных точках статистически достоверные различия выраженности БС в сравнении с его исходным уровнем сохраняются. Динамика БС в течение 8 недель наглядно представлена на рисунке 2, где уровень интенсивности БС выражен в виде интервалов, соответствующих 20 баллам шкалы ВАШ.

Из диаграммы (рис. 2) видно, что если до выполнения ЭУС-НЛ выраженность БС отсчитывалась от уровня >40 баллов ВАШ и выше, то в последующих контрольных точках (ВАШ-2 – ВАШ-6) ситуация коренным образом изменилась: от 85% (ВАШ-2) до 55% (ВАШ-6) случаев выполнения ЭУС-НЛ сопровождались снижением интенсивности болевого синдрома, оцениваемого пациентами в интервале значений 0-40 баллов ВАШ. К конечному сроку наблюдения (ВАШ-6) группа анализа была большей частью представлена наблюдениями пациентов с минимально выраженным БС. В ряде случаев, нарастание интенсивности болевого синдрома актуализировало вопрос о необходимости повторного выполнения ЭУС-НЛ.

Варианты проявления эффекта ЭУС-НЛ у больных с абдоминальным болевым синдромом

По результатам анализа наиболее типичных индивидуальных графиков, построенных на основании данных ВАШ-тестирования пациентов, были выде-

лены основные варианты динамических изменений выраженности БС под влиянием эндоскопического трансгастрального нейролизиса.

Вариант 1

После выполнения ЭУС-НЛ интенсивность изначально выраженного болевого синдрома резко снижается, что выражается падением кривой графика. Достигнутый непосредственный эффект сохраняется на всем протяжении срока наблюдения.

Данный вариант ответа на выполнение ЭУС-НЛ с целью устранения болевого синдрома на примере случая заболевания больной М., 66 лет, страдающей нерезектабельным раком тела поджелудочной железы, можно считать «идеальным» — см. рисунок 3.

Вариант 2

В ряде наблюдений, после проведения ЭУС-НЛ возникала непродолжительная эскалация выраженности БС, которая, вероятно, была обусловлена давлением введенного объема раствора лекарственного вещества на нервные окончания чревного сплетения. Однако, по мере лизиса нервных окончаний и резорбции раствора лекарственных препаратов, болевой синдром редуцируется, что отображается на графике в виде «пологого» постепенного снижения кривой. Подобный вариант ответа на выполнение ЭУС-НЛ отмечается нечасто, иллюстрируется нами с использованием результатов наблюдения пациентки Т., 76 лет, страдающей



Рис. 3. Динамика выраженности БС за период наблюдения: вариант 1 ответа на выполнение ЭУС-НЛ — «идеальный» (диаграмма)

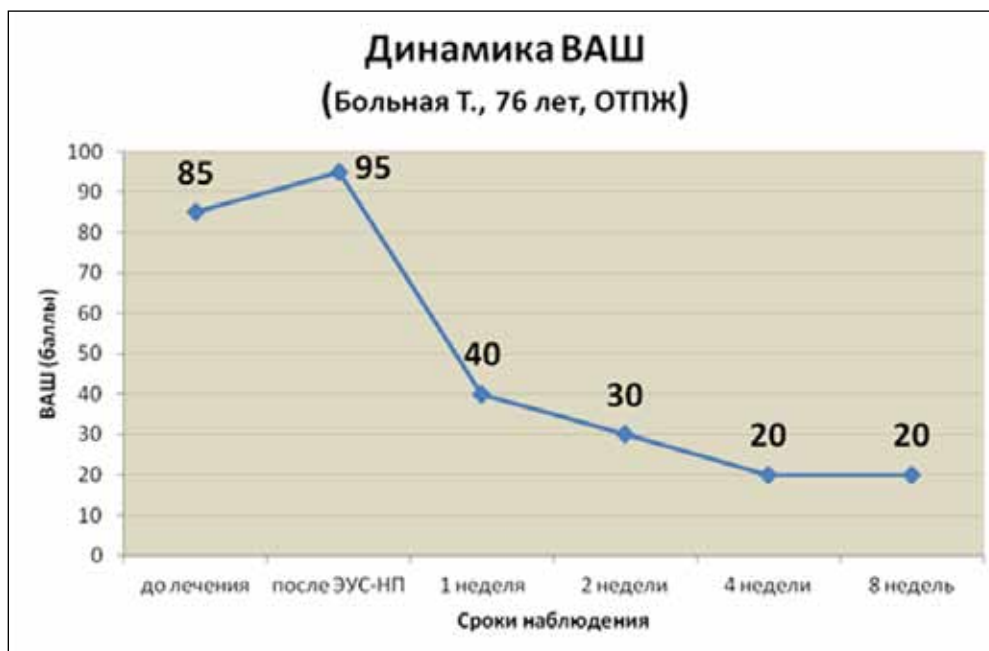


Рис. 4. Динамика выраженности БС за период наблюдения: вариант 2 ответа на выполнение ЭУС-НЛ — «эффект с временной эскалацией болевого синдрома» (диаграмма)

раком тела поджелудочной железы IV ст. (рис 4). Подобный тип ответа на выполнение ЭУС-НЛ в нашем материале был представлен единичными случаями, выделен в качестве варианта «эффект с временной эскалацией болевого синдрома». Эскалация БС представляется непредсказуемо возникающим побочным эффектом ЭУС-НЛ. Недооценка реальности ожидаемой дезэскалации БС может быть причиной необоснованного выполнения повторного ЭУС-НЛ.

Вариант 3

Представленный на рисунке 5 график отображает результат применения ЭУС-НЛ у пациентки, страдающей нерезектабельным раком тела поджелудочной железы — отсутствие обезболивающего эффекта. Такой вариант ответа выделен нами в типичный вариант ответа на выполнение ЭУС-НЛ — «отсутствие эффекта» и его констатация позволяет предполагать бесперспективность попыток повторного выполнения этой интервенционной процедуры.

Вариант 4

Подобная динамика выраженности БС является типичной, отображает особенности эффекта ЭУС-НЛ у больных с болевой формой хронического панкреатита, а также в отдельных случаях опухолевого поражения органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Рецидив БС может быть обусловлен регенерацией нервных волокон и восстановлением их проводимости либо возобновлением влияния его

неустранимой причины. Такой вариант ответа на выполнение ЭУС-НЛ обозначен нами как «временный обезболивающий эффект с возобновлением БС», его иллюстрирует кривая графика динамики БС у пациента 29 лет, страдающего хроническим панкреатитом, осложненным хроническим болевым синдромом в верхнем этаже брюшной полости (рис. 6).

Таким образом, при наблюдении пациентов с 1-м и 2-м вариантами ответа на выполнение ЭУС-НЛ к исходу 8 недели отмечается стойкое снижение интенсивности БС. Динамический контроль, позволяет дифференцировать временную эскалацию БС при 2-м варианте ответа на выполнение ЭУС-НЛ («эффект с временной эскалацией БС») от непрерывной эскалации или персистенции БС при 3-м варианте («отсутствие эффекта»). При 2-м варианте целесообразно «терпеливое» динамическое наблюдение, при 3-м варианте — повторный ЭУС-НЛ необходимо выполнить не ранее, чем через неделю после первого, и в случае его неэффективности, которая может быть обусловлена различными факторами, констатировать факт бесперспективности применения методики ЭУС-НЛ и вернуться к схеме медикаментозного обезболивания согласно рекомендациям ВОЗ. При 4-м варианте, в случаях возвращения сильной или нестерпимой боли, возможно выполнение повторных ЭУС-НЛ.

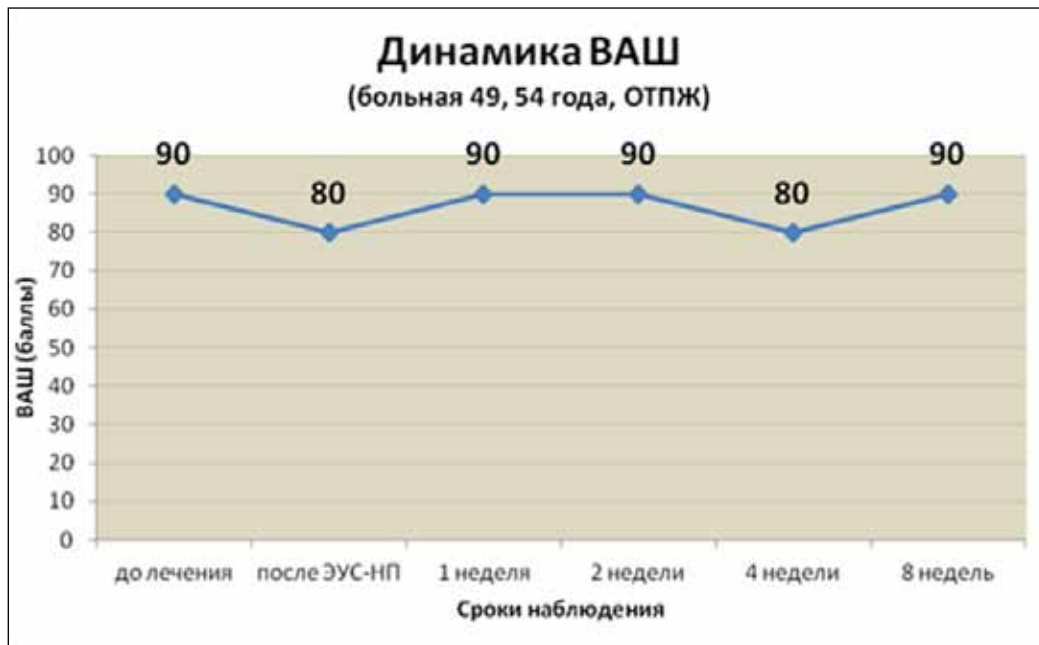


Рис. 5. Динамика выраженности БС за период наблюдения: вариант 3 ответа на выполнение ЭУС-НЛ — «отсутствие эффекта» (диаграмма)



Рис. 6. Динамика выраженности БС за период наблюдения: вариант 4 ответа на выполнение ЭУС-НЛ — «временный обезболивающий эффект с возобновлением болевого синдрома» (диаграмма)

Заключение

1. ЭУС-НЛ позволяет уменьшить интенсивность БС, что в совокупности с другими способами оказания симптоматической помощи пациентам данной категории, способствует повышению качества их жизни.

2. Сравнительный анализ выраженности болевого синдрома до- и в разные сроки после выполнения ЭУС-НЛ показал бесспорную эффективность ЭУС-НЛ и многовариантность ответов на его выполнение у больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом в верхнем этаже брюшной полости.

3. Выраженность достигнутого в результате ЭУС-НЛ обезболивающего эффекта со временем может уменьшаться, а интенсивность болевых ощущений увеличиваться. Подобная динамика характерна для 2-го или 4-го вариантов проявления обезболивающего эффекта ЭУС-НЛ, а не является свидетельством неэффективности методики.

4. Контрольный срок ВАШ-3 (исход 1-й недели после выполнения ЭУС-НЛ) является той реперной точкой, когда максимально реализуется эффект от ЭУС-НЛ. В этот срок должен быть оценен реальный эффект методики либо как достаточный, либо как отсутствующий (в последнем случае может быть принято решение о необходимости повторного выполнения ЭУС-НЛ).

5. Выделенные нами основные варианты ответа на выполнение ЭУС-НЛ у больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом позволяют оптимизировать тактику симптоматического лечения больных с учетом установленных закономерностей.

Таким образом, была оценена динамика выраженности болевого синдрома на основании анализа результатов его субъективной оценки пациентами по визуально-аналоговой шкале. Установлено, что БС статистически значимо снижается по сравнению с исходным уровнем на протяжении всего периода наблюдения. Динамика БС характеризуется тенденцией к постепенному увеличению интенсивности БС, которая, однако, не имеет статистически значимого веса. Выявлены наиболее типичные варианты проявления эффекта выполненного ЭУС-НЛ, знание которых позволяет оптимизировать тактику симптоматического лечения больных, страдающих от хронического абдоминального болевого синдрома в верхнем этаже брюшной полости.

Литература

1. Mantyh P.W., Clohisy D.R., Koltzenburg M., Hunt S.P. Molecular mechanisms of cancer pain // *Nat. Rev. Cancer*. — 2002. — Mar. — 2 (3). — P. 201-9.

2. Гарин А.М., Базин И.С. Злокачественные опухоли пищеварительной системы. — М: Инфомедиа Паблшерз, 2003.

3. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // *Клиническая фармакология и терапия*. — 2002. — № 1. — С. 39-42.

4. Clouse R.E., Mayer E.A., Aziz Q. et al. Functional abdominal pain syndrome // *Gastroenterology*. — 2006. — 130. — P. 1492-7.

5. Боровский С.П., Ким В.Л., Каримов Ф.Ш. Диагностика и лечение злокачественных опухолей печени и поджелудочной железы с использованием рентгеноэндоваскулярных вмешательств // *Материалы XII Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. Ташкент: *Анналы хир. гепатол.* — 2005. — 10. — 2. — С. 143.

6. Воскресенский О.В., Скипенко О.Г., Тимошин А.Д., Мовгун А.А. Радикальные операции в лечении злокачественных опухолей панкреатодуоденальной зоны // *Новые технологии в гепатологии*. — СПб, 1995. — С. 317-318

7. Петренко В.Ф., Кучеренко В.В. Взаимосвязь эмоций и цвета // *Там же*. — 1988. — № 3. — С. 70-82.

8. Силаев М.А. Болевой синдром при раке поджелудочной железы и хроническом панкреатите и возможности его купирования при помощи чрескожного химического нейролиза структур вегетативной нервной системы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / 14.00.14 – онкология / Михаил Александрович Силаев. — Ростов-на-Дону, 2007. — 40 с.

9. Важенин А.В., Шарабура Т.М., Косолапов А.Н. Организация паллиативной помощи в региональном учреждении онкологического профиля. Актуальные теоритические и практические аспекты восстановления и сохранения здоровья человека: Сборник научных трудов / Под ред. Н.Я. Прокопьева. — Тюмень: ИПЦ «Экспресс», 2004. — С. 13.

10. Брюзгин В.В. Интервенционные методы лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных // *Опухоли женской репродуктивной системы*. — 2010. — №2. — С. 10-20.

11. Yoshioka J., Wakabayashi T. Treatemende la douleur des pancreatitis chroniques par la neurotomie de la tete du pancreas une technique niuvelle et ses resultants // *Lion Chir*. — 1957. — 53. — P. 836-845.

12. Zenz M., Kuzz-Muller K., Strumpf M., May B. Die ventrale sonographischgesteuerte Zoeliakus blockade // *Anaesthesist*. — 1993. — 42. — P. 246-255.

13. Yadav D., Timmons L., Benson J.T., Dierkhising R.A., Chari S.T. Incidence, prevalence, and survival of

- chronic pancreatitis: a population-based study // Am. J. Gastroenterol. — 2011. — 106. — 2.
14. Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., Нечипай А.М. и др. Нейролиз в лечении хронической боли в онкологии // Вестник Московского онкологического общества. — 2010. — №12. — С. 3-6.
15. Yan B.M., Myers R.P. Neurolytic celiac plexus block for pain control in unresectable pancreatic cancer // Am. J. Gastroenterol. — 2007. — Feb. — 102 (2). — P.430-8.
16. Penman I.D., Gilbert D. Basic technique for celiac plexus block/neurolysis // Gastrointest Endosc. — 2009. — Feb. — 69 (2 Suppl). — S163-5.
17. Puli S.R., Reddy J.B., Bechtold M.L., Antillon M.R., Brugge W.R. EUS-guided celiac plexus neurolysis for pain due to chronic pancreatitis or pancreatic cancer pain: a meta-analysis and systematic review // Dig. Dis. Sci. — 2009. — Nov. — 54 (11). — P. 2330-7.
18. Arcidiacono P.G., Calori G., Carrara S., McNicol E.D., Testoni P.A. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. — 2011. — Mar. — 16 (3).