

К ВОПРОСУ АНАЛГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Юсупбеков Ах.А., Усманов Б.Б.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛ СОҶА ЎСМАСИ БОР БЕМОРЛАРДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Юсупбеков Ах.А., Усмонов Б.Б.

ON THE ISSUE OF ANALGESIA IN PATIENTS WITH CANCER OF THE ESOPHAGUS AND CARDIOESOPHAGEAL ZONE

Yusupbekov A.A., Khakimov Ya.Sh., Yusupbekov Ah.A., Usmanov B.B.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии», Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Мақсад: қизилўнгах ва кардиоэзофагеал соҳа ўсмасида очиқ жарроҳлик амалиётидан кейинги оғриқсизлантириш даражасини мақбул усулини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** РИОваРИАТМ ва РИОваРИАТМ БФда қизилўнгах ва кардиоэзофагеал соҳа ўсма касаллиги сабабли жарроҳлик амалиётини бошидан кечирган 85 та бемор назоратда бўлди. Эркаклар 57 та (67,0%), аёллар 38 (33,0%), ўртача ёш $56,4 \pm 0,6$ ни ташкил қилди.

Натижалар: ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари ва опиоидларни бирга қўллашга асосланган оғриқсизлантиришнинг мултимодал усули жарроҳликдан кейинги оғриқсизлантириш самарадорлигини сезиларли оширди. Кўпчилик беморларда оғриқ даражаси аналгезия бўсағасини 4 баллга кўтарди. **Хулосалар:** жарроҳликдан кейинги оғриқнинг рақамли рейтинг шкаласи мониторинги оғриқсизлантириш режасини тўғри танлаш ва беморлар тиббий-психологик реабилитация кўрсаткичларини яхшиланишига олиб келади.

Калит сўзлар: қизилўнгах ўсмаси, жарроҳликдан кейинги оғриқ синдроми, оғриқсизлантириш режаси, рақамли рейтинг шкаласи.

Objective: To identify the best way to increase the effectiveness of postoperative analgesia by assessing the degree of analgesia after open surgery for cancer of the esophagus and cardioesophageal zone. **Material and methods:** Under observation, there were 85 patients operated on at the Department of Oncology and Radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan and its Bukhara branch for cardioesophageal cancer and esophageal cancer. There were 57 men (67.0%), 38 women (33.0%), and the average age was 56.4 ± 0.6 years. **Results:** The introduction of a multimodal approach based on the combined use of NSAIDs and opiates significantly increased the effectiveness of postoperative analgesia. However, in most patients, the intensity of pain exceeded the threshold for adequate analgesia of 4 points. **Conclusions:** Monitoring of postoperative pain on a digital rating scale helps to adequately determine the strategy of pain management and improve the indicator of medical and psychological rehabilitation of the patient.

Key words: esophageal cancer, postoperative pain syndrome, anesthesia strategies, digital rating scale.

Изучение данных госпитальной статистики за 2018 год (Госстат, форма 07) показывает, что по Узбекистану в среднем ежегодно имеются более 6 тыс. онкологических больных, нуждающихся в паллиативной (хосписной) помощи. Ввиду нерешенности проблемы хосписов, слабой материально-технической базы в отношении вариантов методов применения и типов аналгезии, проблема хронического болевого синдрома далека от своего решения.

В связи с развитием клинических проявлений хронического болевого синдрома в зависимости от метода хирургического или комплексного лечения изучение синдрома послеоперационной боли (СПОБ) у больных со злокачественными новообразованиями приобретает особую важность.

Вопросу адекватной послеоперационной аналгезии посвящено большое количество исследований в разных странах мира. Результаты этих исследований позволили определить ряд клинических рекомендаций по контролю послеоперационной боли на основании доказательной медицины [5,8,9]. Несмотря на это, многие исследователи едины во мнении, что

проблема ещё не решена даже в странах с развитой системой здравоохранения, где до 80% пациентов в послеоперационном периоде испытывают боль различной интенсивности [7,10]. В онкологии эффективное обезболивание является одним из основных аргументов успешности хирургической лечебной тактики. По некоторым данным [1-3], СПОБ имеет прямо пропорциональную зависимость интенсивности и продолжительности с частотой осложнений, удлинением периода реабилитации и ухудшением качества жизни пациентов.

Цель исследования

Выявление оптимального пути повышения эффективности послеоперационного обезболивания путем оценки степени аналгезии после открытых хирургических операций по поводу рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны.

Материал и методы

Объектом исследования явились 85 больных, оперированных в ГУ РСНПМЦ онкологии и радиологии МЗ РУз и его Бухарском филиале по поводу кардиоэзофагеального рака и рака пищевода (табл.

1). Мужчин было 57 (67,0%), женщин – 38 (33,0%). Средний возраст пациентов – 56,4±0,6 года. Согласно оценке состояния пациентов анестезиологом, у 49,1% имел место риск III степени, у 44,5% – IV степени по ASA. При поступлении в стационар оценка общего состояния пациентов по шкале Карновского колебалась от 70 до 90% (т.е. 0-1 балл по ECOG).

Таблица 1
Основные показатели пациентов с СПОБ, абс. (%)

Показатель	Значение
Число пациентов	85
Средний возраст (M±m), лет	56,4±0,6
Пол: - муж. - жен.	57 (67,0) 38 (33,0)
Степень риска по ASA: - II - III - IV	2 (6,3) 44 (44,5) 49 (49,1)
ECOG, балл	0-1

Предметом исследования было изучение степени выраженности СПОБ в зависимости от гендерно-возрастных особенностей, хирургического доступа и объема операционной травмы.

Послеоперационная аналгезия проводилась на основе современного принципа мультимодальности с комбинированным применением НПВС (кетонал до 200 мг/сут, анальгин 200 мг/сут) и наркотических анальгетиков (трамадол до 30 мг/сут или морфин до 20 мг/сут). В отдельных случаях (13 больных) применяли перманентную аналгезию новокаином 0,5% до 80 мл через микроирригатор, установленный в паравертебральную клетчатку в зоне корня тонкой кишки.

Пациентами интенсивность СПОБ оценивалась по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) от 0 до 10 баллов. В зависимости от зоны хирургического воздействия и доступа больные были разделены на 2 группы: у 45 операции по типу Гэрлока – Осавы выполнялись торакофрениколапаротомным доступом, у 40 операции по типу Льюиса осуществлены раздельно торако-тотомным и лапаротомным доступом (табл. 2).

Адекватность анальгетического эффекта оценивали путем сравнения выраженности СПОБ в каждой группе с верхним порогом болевой интенсивности 4 балла, который согласно международным стандартам соответствует достаточному уровню аналгезии [7]. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS-16.

Таблица 2
Показатели интенсивности боли в зависимости от типа хирургического доступа, n=85

Тип доступа	Средняя интенсивность СПОБ	Число пациентов с СПОБ, абс. (%)
Торакофрениколапаротомия	5 (3-8)	41 (91,1)
Торакотомия+лапаротомия	4,1 (3-7)	19 (47,5)
Всего	4,5	

Примечание. В каждой группе дано число пациентов, испытывающих сильную боль (ЦРШ >6 баллов).

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 2, в 1-е сутки послеоперационного периода с учетом порога индивидуальной чувствительности интенсивность СПОБ по ЦРШ варьировала от 3 до 8 баллов, что требовало индивидуального подхода к определению стратегии обезболивания. Наибольшая интенсивность СПОБ была закономерно характерной для пациентов с торакофрениколапаротомным хирургическим доступом. Интенсивность боли, которая в среднем оценивалась в 5 баллов (максимально 8), у 91,1% пациентов отмечалась в 1-е сутки после операции. В этой группе интенсивность боли в основном была обусловлена наличием двухполостного хирургического доступа с резекцией хрящевой части 7-8 ребер слева с последующей френикотомией до пищевода кольца диафрагмы. В отличие от этого, у 47,5% пациентов, перенесших торакотомию+лапаротомию, отмечались только болевые ощущения.

Следует отметить, что сохранение боли достаточно высокой интенсивности было характерно в основном для больных, перенесших торакофрениколапаротомию. Следовательно, торакальные операции, выполняемые различными доступами, сопряжены с риском возникновения хронического болевого синдрома.

Изучение выраженности СПОБ в зависимости от гендерно-возрастных показателей не выявило существенного влияния пола на интенсивность боли, то есть среди мужчин и женщин СПОБ встречался соответственно в 62,6±0,19 и 67,4±0,22% случаев (разница показателей 5,2±0,11%, p<0,05). Оценка порога болевой чувствительности по ЦРШ показала, что у мужчин он был на 1 балла выше, чем у женщин: соответственно 4,9±0,2 и 3,7±0,3 балла.

Аналогичная тенденция прослеживалась при анализе возрастного фактора развития СПОБ: существенных различий в степени интенсивности и частоты встречаемости боли в разных возрастных декадах нами не выявлено.

У 13 пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде проводили перманентную анальгетическую перфузию в область корня брыжейки тонкой кишки, интенсивность боли не превышала 2 балла, отмечено резкое снижение потребности в применении опиатов даже в 1-е сутки после операции.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что внедрение мультимодального подхода, основанного на сочетанном применении НПВС и опиатов, существенно повысило эффективность послеоперационного обезболивания. Однако, несмотря на кажущийся успех, проблема сохраняется: интенсивность боли превышает порог адекватной аналгезии в 4 балла у большинства пациентов.

Как показывает опыт Н. Gerbershagen и соавт. [6], интенсивность СПОБ не имеет корреляции с операционной агрессией. Авторы пришли к такому выводу, проанализировав состояние 50523 пациентов после 179 видов операций.

В отличие от этого, в нашей работе прослеживалась отчетливая связь интенсивности СПОБ от

объема операции. Из всех 85 наших пациентов у 46 (41,8%) выраженность боли оценивалась в 4-8 баллов, при этом у них имелась III стадия заболевания, по поводу которой выполнялась комбинированно расширенная операция.

Результаты нашего исследования и данные современной литературы [2,4,6,8-10] позволяют нам наметить дальнейшее направление для повышения эффективности послеоперационной аналгезии.

Организация мониторинга выраженности СПОБ путем оценки ЦРШ помогает выявить пациентов с неадекватной аналгезией и принять соответствующие меры. Усовершенствование регионарной аналгезии позволит шире применять данные методики при хирургических вмешательствах к клинической онкологии. Использование методов аналгезии, контролируемой пациентами, позволит не только максимально обеспечить индивидуальные потребности организма в аналгезии, но и сделать больного активным участником лечебно-реабилитационной работы.

Выводы

1. В клинической онкологии развитие и интенсивность СПОБ от объема хирургической агрессии зависят в большей степени, чем от гендерно-возрастных факторов.

2. Мониторинг послеоперационной боли по ЦРШ способствует адекватному определению стратегии обезбоживания и улучшению показателя медико-психологической реабилитации пациента.

Литература

1. Овечкин А.М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезбоживания // Регионар. анест. и лечение острой боли. – 2015. – №2. – С. 29-39.

2. Овечкин А.М. Хронический послеоперационный болевой синдром – подводный камень современной хирургии // Регионар. анест. и лечение острой боли. – 2016. – №1. – С. 5-18.

3. Потапов А.Л., Кобеляцкий Ю.Ю. Опиаты не обеспечивают адекватное обезбоживание после объемных открытых операций на органах брюшной полости // Клини. хир. – 2011. – №8. – С. 29-31.

4. Потапов А.Л., Бояркина А.В. и др. // Вопр. онкол. – 2017. – Т. 63, №1. – С. 95-98.

5. Chou R., Gordon D.B., de Leon-Casasola O.A. et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American pain society // J. Pain. – 2016. – Vol. 17, №2. – P. 131-157.

6. Gerbershagen H.J., Aduckathil S. et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures // Anesthesiology. – 2013. – Vol. 118, №4. – P. 934-944.

7. Kuusnemi K., Poyhia R. Present – day challenges and future solutions in postoperative pain management: results from PainForum 2014 // J. Pain. Res. – 2016. – Vol. 9. – P. 25-36.

8. Macintyre P.E., Schug S.A. et al. Acute pain management: Scientific Evidence. – 3rd ed. – Melbourne: ANZCA & FPM, 2010. – 533 p.

9. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. An updated report by the ASA task force on acute pain management // Anesthesiology. – 2012. – Vol. 116, №2. – P. 248-273.

10. Rawal N. Current issues in postoperative pain management // Europ. J. Anesth. – 2016. – Vol. 33, №3. – P. 160-171.

К ВОПРОСУ АНАЛГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Юсупбеков Ах.А., Усманов Б.Б.

Цель: выявление оптимального пути повышения эффективности послеоперационного обезбоживания путем оценки степени аналгезии после открытых хирургических операций по поводу рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны. **Материал и методы:** под наблюдением были 85 больных, оперированных в ГУ РСНПМЦ онкологии и радиологии МЗ РУз и его Бухарском филиале по поводу кардиоэзофагеального рака и рака пищевода. Мужчин было 57 (67,0%), женщин – 38 (33,0%), средний возраст $56,4 \pm 0,6$ года. **Результаты:** внедрение мультимодального подхода, основанного на сочетанном применении НПВС и опиатов, существенно повысило эффективность послеоперационного обезбоживания. Однако у большинства пациентов интенсивность боли превышала порог адекватной аналгезии в 4 балла. **Выводы:** мониторинг послеоперационной боли по цифровой рейтинговой шкале способствует адекватному определению стратегии обезбоживания и улучшению показателя медико-психологической реабилитации пациента.

Ключевые слова: рак пищевода, послеоперационный болевой синдром, стратегии обезбоживания, цифровая рейтинговая шкала.

