Изменение характера кровотока по верхней брыжеечной артерии у пациентов с острой кишечной непроходимостью.

В.В.Кожевников, В. И. Мидленко, О. В. Мидленко, А. В. Смолькина

Ульяновский Государственный Университет, кафедра госпитальной хирургии. зав кафедрой проф В. И. Мидленко

Немаловажная роль в патогенезе стойкого пареза желудочно-кишечного тракта отводится сосудистому компоненту - нарушению микроциркуляции в брыжейке и стенке кишечника, что подтверждается многочисленными экспериментально-клиническими исследованиями [1,2,3,4].

Методика послеоперационной блокады при помощи постоянной инфузии местного анестетика, оптимальна в течении 44-72 ч, руководствуясь тем, что этот период характеризуется наибольшей интенсивностью послеоперационной боли.

Целью исследования: изучение влияния симпатической денервации на характер кровотока по верхней брыжеечной артерии у пациентов с острой кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Проведен анализ оперативных вмешательств 58 пациентов, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. К стандартной терапии добавлена управляемая денервация грудного симпатического ствола в течение 1-4 суток послеоперационного периода.

Методика блокады. Денервация выполнялась путём катетеризации левого паравертебрального пространства на уровне VIII-IX грудных позвонков слева. За 30 минут до операции и в послеоперационном периоде каждые 8 часов вводилось 20,0 мл 2% раствора новокаина в течение 3-5 суток.

Для оценки состояния регионарной гемодинамики применяли ультразвуковое исследование верхней брыжеечной артерии аппаратом Aloka 5500 с использованием секторных датчиков 3,5 МГц в сосудистом режиме. Обработку изображений допплеровских кривых выполняли по следующим показателям: С - максимальная скорость кровотока в систолу (м/сек), Д - минимальная скорость кровотока в диастолу (м/сек). Индекс резистентности (ИР), характеризующий состояние сосудистого тонуса, рассчитывали по формуле ИР=(С-Д)/С. Норма ИР=0,69±0,01.

Результаты: Пациенты группы по результатам дооперационного исследования подразделились на две подгруппы. Критерием подразделения служил показатель ИР до оперативного вмешательства. Первая подгруппа с ИР>0,69, вторая подгруппа с ИР<0,69. Подразделение на подгруппы по ИР соответствовало подразделению по механизму кишечной непроходимости на стангуляционный и обтурационный типы. Получены следующие данные (Табл. №1). В первой подгруппе n=19 (32,75%) с ИР>0,69. Во второй подгруппе n=39 (67,24%) с ИР<0,69. В подгруппе со странгуляционным механизмом кишечной непроходимости ИР оказался достоверно больше, чем у пациентов с обтурационным механизмом кишечной непроходимости ИР 0,76±0,03 и ИР 0,60±0,02 соответственно; $p<0,001$.

ИР>0,69 в подгруппе странгуляционной кишечной непроходимостью объясняется механизмом развития кишечной непроходимости: острое начало, острое нарушение проходимости по кишечнику, быстрое вовлечение сосудисто-нервного аппарата брыжейки, острое нарушение кровотока по брыжеечным сосудам. Таким образом, показатели ИР могут служить одним из диагностических критериев формы острой кишечной непроходимости, что позволит своевременно диагностировать форму кишечной непроходимости.

Исследование кровотока по верхней брыжеечной артерии после оперативного лечения: В подгруппе с ИР>0,69 (странгуляционный тип непроходимости) на фоне выполнения блокады наблюдалось постепенное снижение ИР до нормального значения к 4-5 дню. В подгруппе с ИР<0,69 (обтурационный тип непроходимости) на фоне блокады наблюдалось постепенное повышение ИР до нормального значения. В течение 1-3 суток сохранялись различия между подгруппами по уровню ИР; $p=0,001$. С 4-х суток различий между странгуляционной и обтурационной формами по уровню ИР не выявлено, $p=0,578$.

Применение симпатической денервации позволяет нормализовать кровоток по верхней брыжеечной артерии путем снятия спазма сосуда в случае странгуляционной формы непроходимости или ликвидации пареза в случае обтурационной формы непроходимости.

Выводы:

1. Показатели кровотока по верхней брыжеечной артерии, в частности индекс резистентности, может служить одним из критериев диагностики формы острой кишечной непроходимости.
2. Применение симпатической денервации позволяет нормализовать кровоток по верхней брыжеечной артерии путем снятия спазма сосуда в случае странгуляционной формы непроходимости или ликвидации пареза в случае обтурационной формы непроходимости.