Уровень болевого синдрома в послеоперационном периоде у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью

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

Ульяновский Государственный Университет

От выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75% пациентов [1,2]. Интенсивный болевой синдром является одной из основных причин послеоперационного пареза кишечника [3]. Индуцированная хирургическим стрессом избыточная симпатическая стимуляция кишечника угнетает его пропульсивную активность [3]. Ноцицептивные афференты и симпатические эфференты играют ключевую роль в механизмах пареза желудочно-кишечного тракта, местные анестетики оказывают прямое стимулирующее действие на гладкую мускулатуру кишечника и увеличивают кровоток в его стенке [1,2,3].

Цель исследования: изучение влияния управляемой новокаиновой симпатической денервации на характер и выраженность болевого синдрома у пациентов с острой кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Для исследования выбрана группа пациентов 152 человек, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Основная группа 58 пациентов, выполнялась сегментарная новокаиновая блокада левого грудного симпатического ствола в течение 1-4 суток послеоперационного периода; группа сравнения 94 пациента, получали стандартное лечение. Группы сопоставимы.

Методика сегментарной новокаиновой блокады левого грудного симпатического 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 1-4 суток.

Пациентам проводилось изучение уровня болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после оперативного лечения.

Результаты исследования. До выполнения симпатической денервации достоверных различий по степени выраженности болевого между пациентами групп не выявлено, $p>0,005$. (Табл. №1).

Таблица № 1 Динамика индекса ВАШ до выполнения блокады.

сутки, движение- покой	группа сравнения (n=94)	основная группа (n=58)	p
1 сутки покой	4,40±0,40	4,39±0,40	0,483
2 сутки покой	3,63±0,11	3,60±0,15	0,111
3 сутки покой	2,91±0,18	2,91±0,19	0,396
4 сутки покой	2,29±0,08	2,28±0,15	0,6

Примечание: p – показатель достоверности различия данных.

При выполнения блокады выявлены различия между группам по степени выраженности болевого синдрома (Табл. №2). Уровень боли в покое в течение 1 суток по шкале ВАШ в основной группе оказался достоверно ниже, чем в группе сравнения 3,84±0,11 и 4,40±0,40; $p=0,001$. Различия по уровню боли между основной группой и группой сравнения в движении в течение 1 суток не достоверны, 4,34±0,84 и 4,57±0,17; $p=0,059$. Начиная со вторых суток выявлены достоверные различий между группами в движении и в покое, $p<0,05$.

Таблица № 2. Динамика индекса уровня болевого синдрома по шкале ВАШ у пациентов после выполнения блокады.

сутки, движение- покой	группа сравнения (n=94)	основная группа (n=58)	p
1 сутки покой	4,40±0,40	3,84±0,11	0,001
2 сутки покой	3,63±0,11	2,94±0,15	0,001
3 сутки покой	2,91±0,18	2,40±0,13	0,001
4 сутки покой	2,29±0,08	1,84±0,11	0,001

Примечание: p – показатель достоверности различия данных.

Выводы:

1. Симпатическая денервация может быть использована с целью обезболивания в послеоперационном периоде. Снижение уровня боли на 1-1,1 балла способствует ранней активизации пациентов.
2. Обезболивающий эффект симпатической денервации путем улучшает течение послеоперационного периода, способствует ранней активизации пациентов, способствует более раннему восстановлению перистальтики кишечника, тем самым уменьшить вероятность возникновения спаечного процесса в послеоперационном периоде
3. Применение симпатической денервации в комплексе лечения больных с острой кишечной непроходимостью позволяет снизить среднее пребывание больного в стационаре.