

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 паравerteбрального 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 синдрома 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 выполнении 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 различия 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 уменьшает 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.