

УДК 616.340-002-72

**БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.**

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

ГОУ ВПО Ульяновский Государственный Университет, Ульяновск.

Ульяновск, Россия (432700, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, 42)

kozhevnikoff.75@mail.ru

Применение симпатической денервации у 58 больных основной группы позволило улучшить течение послеоперационного периода, способствовало более раннему восстановлению перистальтики кишечника, позволило снизить вероятность возникновения спаечного процесса в послеоперационном периоде по сравнению с традиционной тактикой, использованной у 94 больных группы сравнения.

Effect of the sympathetic denervation on the intensity of the pain syndrome in the postoperative period among patients with acute intestinal obstruction.

V. I. Midlenko, O.V. Midlenko, A.V. Smolkina, V.V.Kozhevnikov Ulyanovskij Gosudarstvennyj Universitet.

Administration of the sympathetic denervation among 58 patients of the main group allowed to improve the course of the postoperative period, enabled early recovery of the intestinal peristalsis, allowed to reduce the incidence of the adhesive process in the postoperative period in comparison with the usual treatment which has being applied among 94 patients of the comparison group.

Key words: sympathetic denervation, postoperative pain, adhesive process.

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]. Боль активизирует спинальную рефлекторную дугу, угнетая моторику кишечника. Кроме того, индуцированная хирургическим стрессом избыточная симпатическая стимуляция кишечника угнетает его пропульсивную активность [3].

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

Материал и методы исследования. Для исследования была выбрана группа пациентов 152 человек, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Из них, у 58 пациентов, основная группа, выполнялась сегментарная новокаиновая блокада левого грудного симпатического ствола в течение 1-4 суток послеоперационного периода; 94 пациента, группа сравнения, получали стандартное лечение. Из исследования исключены пациенты с опухолевым генезом кишечной непроходимости. Группы сопоставимы по возрасту, полу, по наличию сопутствующей патологии, перенесенным оперативным вмешательствам, степени выраженности спаечного процесса в брюшной полости.

Методика сегментарной новокаиновой блокады. Управляемая новокаиновая симпатическая 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 1-4 суток

Пациентам проводилось изучение уровня болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после оперативного лечения. В послеоперационном периоде исследование проводилось на фоне выполнения денервации грудного симпатического ствола в покое и при движении в течение 1-4 дней. Оценка уровня болевого синдрома осуществлялась в движении и в покое трехкратно в течение дня.

Обсуждение полученных результатов.

До выполнения симпатической денервации достоверных различий по степени выраженности болевого между пациентами групп не выявлено. (Табл. №1). Полученные данные объясняются одинаковой операционной травмой. Динамика уровня боли в течение 1-4 суток одинаковая.

Таблица № 1. Динамика индекса ВАШ до выполнения блокады.

сутки, движение-	группа сравнения	основная группа	p
------------------	------------------	-----------------	---

покой	(n=94)	(n=58)	
1 сутки движение	4,57±0,17	4,56±0,23	0,593
1 сутки покой	4,40±0,40	4,39±0,40	0,483
2 сутки движение	4,18±0,26	4,15±0,28	0,073
2 сутки покой	3,63±0,11	3,60±0,15	0,111
3 сутки движение	3,50±0,08	3,49±0,11	0,351
3 сутки покой	2,91±0,18	2,91±0,19	0,396
4 сутки движение	2,68±0,09	2,70±0,12	0,074
4 сутки покой	2,29±0,08	2,28±0,15	0,6

Примечание: р – показатель достоверности различия данных.

В послеоперационном периоде, на фоне выполнения блокады, выявлены достоверные различия между основной группой и группой сравнения по степени выраженности болевого синдрома (Табл. №2). Уровень болевого синдрома в покое в течение 1 суток по шкале ВАШ в основной группе оказался достоверно ниже, чем в группе сравнения $3,84 \pm 0,11$ и $4,40 \pm 0,4$, соответственно, $p=0,001$. Различия по уровню боли между основной группой и группой сравнения в движении в течение 1 суток не достоверны; $4,34 \pm 0,84$ и $4,57 \pm 0,17$, соответственно, $p=0,059$. Начиная со вторых суток 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 движение	4,57±0,17	4,34±0,84	0,059
1 сутки покой	4,40±0,40	3,84±0,11	0,001
2 сутки движение	4,18±0,26	3,44±0,12	0,001
2 сутки покой	3,63±0,11	2,94±0,15	0,001
3 сутки движение	3,50±0,08	2,84±0,15	0,001
3 сутки покой	2,91±0,18	2,40±0,13	0,001
4 сутки движение	2,68±0,09	2,19±0,13	0,001
4 сутки покой	2,29±0,08	1,84±0,11	0,001

Примечание: p – показатель достоверности различия данных.

В ходе нашего исследования выявлены достоверные различия по срокам восстановления работы желудочно-кишечного тракта между пациентами исследуемых групп. Появления перистальтики начинается со 2-х суток у 14 (24,13%) пациентов основной группы, и у 10 (10,63%) пациентов группы сравнения (p=0,027). Отхождение газов начинается с 3 –х суток у 18 (31,03%) пациентов основной группы, и у 15(15,95%) пациентов группы сравнения (p=0,029). Появление стула с 4-х суток у

14 (24,13%) пациентов основной группы, и у 5(5,31%) пациентов группы сравнения ($p=0,006$).

Восстановление работы желудочно-кишечного тракта у пациентов основной группы, на фоне симпатической денервации, происходит в более ранние сроки. Полное восстановление работы желудочно-кишечного тракта у пациентов основной группы на 6 сутки. В группе сравнения полное восстановление на 7 сутки. Среднее пребывание в стационаре пациентов группы сравнения 10,91 суток и 8,7 суток в основной группе.

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.

Литература.

1. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. М.Гэотар-Медиа-2008- С. 10-12
2. Овечкин А. М. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы// Регионарная анестезия и лечение острой боли.- Том1.- №0.- 2006 г.
3. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома. Патогенетические основы и клиническое применение. Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М.,2000. - 42 С.

Сведения об авторах.

Кожевников Виталий Вячеславович аспирант кафедры
госпитальной хирургии Ульяновского Государственного
Университета.

Врач-хирург, хирургическое отделение №2, МУЗ ЦГКБ. г. Ульяновска
г. Ульяновск, бульвар Новосондецкий 22-46, тел. (88422)210698,
89272718711, электронная почта: kozhevnikoff.75@mail.ru

Мидленко Владимир Ильич – председатель Диссертационного
Совета Д 212. 278.06. Ульяновского гос. университета, директор
Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского
государственного университета, заведующий кафедрой госпитальной
хирургии Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета, заслуженный работник
высшей школы РФ, академик РАЕН, доктор медицинских наук,
профессор, член редакционной коллегии Санкт-Петербургского
научно-медицинского журнала «МЕДЛАЙН».

Мидленко Олег Владимирович- кандидат медицинских наук,
доцент кафедры госпитальной хирургии Института медицины,
экологии и физической культуры Ульяновского государственного

университета, врач-хирург больницы скорой медицинской помощи г.
Ульяновска

Смолькина Антонина Васильевна – кандидат медицинских наук,
доцент кафедры госпитальной хирургии Института медицины,
экологии и физической культуры Ульяновского государственного
университета, врач-хирург больницы скорой медицинской помощи г.
Ульяновска.

Дом 432027 г. Ульяновск, ул. Ульяны Громовой, дом 2а, кв. 103.
(88422) -43-19-82

Раб. 432700 г. Ульяновск, у. Льва Толстого – 42, Ульяновский
государственный университет тел. (88422)-44-23-60 . Сот. 89272727749.

Электронная почта: smolant1@yandex.ru