

УДК 616-089.168.1-089.5

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Б.К. Асанов

Описаны методы анальгезии пациентов в раннем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств. Исходя из анализа исходных показателей, создание адекватного уровня анальгезии определяется не только физиологическими параметрами, но и субъективным психоэмоциональным состоянием, в известной мере определяющим параметры болевого статуса.

Ключевые слова: послеоперационная боль; оценка болевого статуса; послеоперационное обезболивание.

POSTOPERATIVE ANALGESIA IN PATIENTS WITH SURGERY

B.K. Asanov

The article describes methods of analgesia in patients in the early postoperative period after surgical interventions. Based on an analysis of data, the establishment of adequate levels of analgesia in patients is defined not only with the physiological parameters, and subjective psycho-emotional state, and affects parameters pain status.

Keywords: postoperative pain; pain estimation; pain management.

Профилактика и терапия послеоперационного болевого синдрома (ПОбС) являются ключевыми проблемами современной анестезиологии и реаниматологии [1–3]. Поиск новых, более эффективных технологий послеоперационного обезболивания сопряжен с решением трех ведущих проблем практической альгологии:

1. Попытка объективизации болевого синдрома.

2. Изучение физиологических и фармакологических основ мультимодальной анальгезии.

3. Создание на этой теоретической базе рациональных схем обезболивания в виде внедряемых в практику протоколов ведения больных [1, 4, 5].

При этом послеоперационная анальгезия должна непременно входить в обязательный, регламентируемый протоколом ведения пациентов комплекс анестезиологического пособия и основываться на индивидуальном подходе к пациенту, что требует необходимости постепенного приближения к объективной оценке уровня боли [2, 6]. Существующие в настоящее время протоколы послеоперационного обезболивания обеспечивают адекватную анальгезию не более чем у 40 % пациентов [4, 5]. Для создания эффективного протокола лечения послеоперационной боли, основанного на принципах обратной связи с пациентом (управляемая корреляция ноцицепции и антиноцицепции), необходимы индивидуализация обезболивания,

дифференцированный подход к терапии послеоперационного болевого синдрома (ПОбС) на основе постоянной непрерывной оценки боли и ее объективизации [2, 6]. Такой индивидуальный подход на основе изучения болевого статуса с элементами объективизации боли позволит минимизировать негативное влияние болевого синдрома, уменьшить риск побочных действий анальгетиков и повысить качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде [4, 5].

Цель исследования – повышение качества жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 100 пациентов после хирургических вмешательств в возрасте от 26 до 72 лет без декомпенсированных хронических заболеваний. Оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке с предшествующим определением операционно-наркозного риска и профиля безопасности пациента.

Согласно протоколу исследования, пациенты разделены на 2 группы – контрольную и исследуемую. В состав контрольной (1-я группа) включены 50 пациентов от 26 до 60 лет, которым после выполнения оперативного вмешательства выполнялось обезболивание по требованию (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) –

Таблица 1 – Показатели болевого статуса пациентов в предоперационном периоде

Группа	Баллы ВАШ	Личностная реактивность по Ханину (ЛР), баллы	Ситуационная реактивность по Ханину (СР), баллы
1-я	2,8 ± 1,1	54,4 ± 5,4	32,4 ± 7,8
2-я	3 ± 0,5	43,6 ± 10,5	30,9 ± 6,2

кеторолак; агонисты опиатных рецепторов – трипептидин или морфин). В состав исследуемой группы (2-я группа) включены 50 пациентов от 28 до 72 лет, получавших обезболивание согласно дифференцированным протоколам, включающим НПВС – Инфулган, наркотические анальгетики и регионарные методы обезболивания.

Исходные показатели гемодинамики и респираторного паттерна пациентов значимо не отличались ($p < 0,05$).

Применяемые методики исследования условно разделены на 2 группы:

1. Оценка функционального состояния больных – центральная гемодинамика, уровень личностной и реактивной тревожности исследуемых с помощью теста Спилбергера – Ханина, оценка качества жизни с использованием опросника SF36.

2. Исследование потребности в анальгетиках.

Перед выполнением исследования все включенные в исследование пациенты изъявили добровольное информированное согласие.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивались показатели гемодинамики, субъективная оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 6 раз в сутки с определением среднесуточной величины, количество наркотических анальгетиков в мг, эквивалентах морфина, необходимых для создания адекватной анальгезии в 1-е сутки, а также время требований анальгетика в часах после окончания анестезии, время, необходимое для активизации пациента в сутках. Для оценки качества жизни применялся опросник SF 36, предлагаемый пациентам при выписке из стационара.

Результаты исследования и их обсуждение.

При исследовании выявлено, что эмоционально-реактивная сфера, оцениваемая методикой Спилбергера – Ханина, характеризовалась умеренными показателями личностной и несколько повышенными показателями реактивной тревожности в обеих группах (таблица 1).

В раннем послеоперационном периоде выявлены достоверно более высокие гемодинамические показатели – систолическое артериальное давление (САД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) в 1-й группе исследования ($155,5 \pm 19,5$ mm Hg и $92,2 \pm 10,2$ уд/мин, соответственно) по сравнению со 2-й группой исследования ($125,2 \pm 5,5$ mmHg и $74,3 \pm 1,3$ уд/мин, соответственно) ($p <$

$0,001$). Показатели диастолического артериального давления были достоверно выше в 1-й группе ($91,4 \pm 7,2$ mmHg), чем во 2-й ($74 \pm 4,2$ mmHg).

Параметры гемодинамики помимо внутренней взаимосвязи, характерной для ПОБС, имели положительную обратную корреляцию в послеоперационном периоде ($p < 0,0001$). Учитывая асимметричный характер распределения выборки исследования по параметрам гемодинамики, отмечено, что показатели САД 2-й группы исследования приближались к нормальным и соответствовали “рабочим” цифрам САД пациентов, в то время как САД пациентов 1-й группы в среднем превышало исходные показатели на 47 % и значимо отличалось от нормальных значений ($p < 0,001$).

Субъективная суточная оценка боли по ВАШ у пациентов в первые 5 суток послеоперационного периода составляла в 1-й группе – $6,7 \pm 1,5$ балла с максимальной средней величиной на третьи сутки – $7,2 \pm 1$ балла, в 2-й группе – $3,4 \pm 0,5$ балла с максимальным значением на 2-е сутки – $4 \pm 0,9$ балла ($p < 0,001$).

Таким образом, пациенты 1-й группы сообщали о достоверно более высоких уровнях болевого синдрома, что обуславливало большую потребность в наркотических анальгетиках (ПВА) ($2,5 \pm 0,25$ мг-экв морфина в сутки) и неблагоприятно влияло на профиль безопасности обезболивания. Отмечалась непараметрическая корреляция, выявленная методикой Пирсона, между субъективной оценкой боли по ВАШ, ситуационной реактивностью и потребностью в наркотических анальгетиках в раннем послеоперационном периоде в 1-й группе ($z = 0,75$; $p < 0,001$). Первое требование анальгетика в 1-й группе было достоверно ниже ($0,5 \pm 0,25$ часа), чем во 2-й ($1,5 \pm 0,5$ часа).

Среднее время, необходимое для активизации в рамках программы реабилитации (Вр. А) для пациентов 1-й группы, составило $38 \pm 4,5$ часа, в то время как у пациентов 2-й группы возможности для активизации наступали в среднем через $18,5 \pm 2,5$ часа.

Данные интегративных клинических и инструментальных показателей в послеоперационном периоде представлены в таблице 2.

Оценка качества жизни с использованием опросника SF36 при выписке из стационара выполнялась в среднем на 9–11-е сутки послеоперационного периода и включала определение уровня

Таблица 2 – Клинические и инструментальные показатели пациентов в послеоперационном периоде

Группа	САД, mmHg	ЧСС, уд/мин	ВАШ, баллы	Вр. А, час	ПВА, мг·экв морфина	Требование анальгетика, час
1-я	149,8 ± 20	85,2 ± 9,2	5,3 ± 1,5	38 ± 4,5	1,3 ± 0,25	0,5 ± 0,25
2-я	117,2 ± 8,1	72,3 ± 1,6	2,1 ± 1,2	18,5 ± 2,5	0,5 ± 0,13	1,5 ± 0,5

Таблица 3 – Показатели качества жизни пациентов в послеоперационном периоде SF36

Группа	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
1-я	46 ± 5	67 ± 3	46 ± 6	41 ± 9	54 ± 7	58 ± 3	57 ± 3	64 ± 5
2-я	82 ± 3	91 ± 6	86 ± 4	84 ± 4	88 ± 9	79 ± 5	87 ± 9	94 ± 5

физического и психического здоровья согласно существующей методике использования опросника.

Данные анализа качества жизни пациентов в послеоперационном периоде представлены в таблице 3.

Из представленной таблицы следует, что большинство параметров психического и физического здоровья пациентов в послеоперационном периоде достигали приемлемых значений и были достоверно выше ($p < 0,001$) во 2-й группе, с учетом индивидуализированных протоколов обезболивания.

Достоверно более длительная реабилитация пациентов 1-й группы (4, 5 сут, $p < 0,005$) исследования обусловлена влиянием ПОБС на среднее время активизации.

Интегративные показатели психофизиологического состояния пациентов в послеоперационном периоде, выявленные при анализе качества жизни опросником SF36, свидетельствуют о более высоких показателях качества жизни во 2-й группе исследования.

Снижение интенсивности ПОБС, частоты побочных эффектов препаратов и улучшенный профиль безопасности пациентов, достигнутый во 2-й группе исследования, свидетельствует о возможности применения НПВС, контроля эффективности обезболивания, а также методики повышения качества жизни в послеоперационном периоде.

Выводы

1. Обеспечение адекватного уровня послеоперационного обезболивания невыполнимо без учета индивидуального болевого статуса пациента.

2. Применение индивидуальных протоколов обезболивания улучшает профиль безопасности и качество жизни хирургических пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. *Никода В.В.* Изучение эффективности и безопасности применения лорноксикама в раннем послеоперационном периоде / В.В. Никода, Р.Б. Маячкин, А.В. Бондаренко // *Терапевтический архив*. 2007. Т. 79. № 8.
2. *Овечкин А.М.* Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины / А.М. Овечкин, Т.Л. Романова // *Русский медицинский журнал*. 2006. № 12. С. 865–872.
3. *Экстрем А.В.* Механизмы и лечение послеоперационной боли / А.В. Экстрем, А.С. Попов, Е.Н. Кондрашенко; Волгоград. гос. мед. ун-т. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2003. 100 с.
4. *Петров В.И.* Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В.И. Петров, Н.Н. Седова. М.: Триумф, 2002. 192 с.
5. *Экстрем А.В.* Методика оценки болевого статуса с использованием термоальгометрии / А.В. Экстрем, Д.А. Казанцев, Д.С. Тириченко // *Вестник ВолГМУ*. 2013. № 2 (46). С. 24–26.
6. *Попов А.С.* Внедрение протоколов лечения послеоперационной боли в Волгоградской области / А.С. Попов, А.В. Экстрем, Д.А. Казанцев // *Вестник ВолГМУ*. 2010. № 1. С. 67–69.