

шкала тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием компьютерной программы «Statistica 12.0», «Microsoft Excel 2007».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

По результатам обследования уровень тревоги студентов 3 курса составил 8 (6; 10) баллов, а уровень депрессии равнялся 7 (4; 9) баллов.

#### **Выводы**

Таким образом, у студентов 3 курса выявлен субклинический уровень тревоги при отсутствии депрессии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и связанных со здоровьем проблем. 10-й пересмотр (МКБ-10). Женева, 1992.
2. Соловьева, Э. Ю. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство / Э. Ю. Соловьева // Справочник поликлинического врача. 2009. № 6. С. 3–7.
3. Рекомендации Общественной палаты Российской Федерации по итогам общественных слушаний на тему: «О перспективах имплементации в Российской Федерации рекомендаций экспертов ВОЗ в области охраны психического здоровья». М., 2017. 7 с.
4. Корабельникова, Е. А. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты тревожных расстройств / Е. А. Корабельникова, А. М. Будик // Лечащий врач. 2009. № 9. С. 36–42.

**УДК 616-009.7-052-089.168.1**

### **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОМ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Высоцкая А. В., Хидджаз Н. Р.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Ежегодно в мире проводится более 300 млн хирургических вмешательств. Несмотря на признание распространенности послеоперационной боли и улучшение методов обезболивания, плохо контролируемая послеоперационная боль остается серьезной нерешенной проблемой во всем мире [1].

Хирургические методы, инструменты, процедуры и оборудование претерпели глубокие изменения за последние годы. Многие процедуры, которые когда-то требовали открытых хирургических методов, могут быть выполнены лапароскопически, количество процедур и пациентов, подходящих кандидатов для амбулаторных процедур, продолжает расти, а передовые хирургические инструменты и инновации еще больше облегчили когда-то сложные процедуры. Эти изменения оказали и продолжают оказывать глубокое влияние на послеоперационную боль [2].

Однако, послеоперационная боль все еще часто не лечится или лечится недостаточно и может привести к формированию хронического болевого синдрома. Это в свою очередь приводит к соответствующим социально-экономическим последствиям и снижению качества жизни пациентов.

Развитие хронических болевых синдромов после хирургического вмешательства не является редкостью и может оставаться незамеченным клиницистами [3]. Частота хронической послеоперационной боли зависит от операции, но может достигать 85 % — при ампутациях; пациенты, перенесшие мастэктомию сталкиваются с хронической болью в 20–50 % случаев, перенесшие герниорафию — в 5–35 %, перенесшие торакотомия — в 30–40 %, перенесшие операции на груди — в 20–30 %, при операции коронарного шунтирования — 30–50 % [4].

Существует несколько факторов риска развития хронической боли после операции: предоперационная боль, повторная операция, длительная операция, более молодой возраст, сильная послеоперационная боль, хирургические подходы с повышенным риском повреждения нервов, химиотерапия или облучение, а также некоторые психологические особенности или депрессивные симптомы [5].

Оценка боли признана в качестве важного шага в обеспечении хорошего обезболивания. Основой оценки боли является самоотчет пациента о боли, но большинству пациентов не хватает возможности обсуждать боль клинически значимым образом. Введены различные инструменты, помогающие клиницистам правильно понимать состояние пациентов. Оценка боли должна проводиться часто, в идеале по расписанию, потому как боль динамична и меняется в зависимости от состояния пациента, терапии, основного заболевания и других факторов [6]. С этой целью используется множество анкет и шкал. Одними из самых популярных и часто используемых средств для оценки послеоперационного болевого синдрома являются шкала вербального дескриптора (VDS); визуальная аналоговая шкала (ВАШ); числовая рейтинговая шкала; шкала красного клина и шкала коробок [8].

При лечении тяжелобольных или некоммуникабельных пациентов клиницисты должны рассмотреть возможность оценки и сравнения боли как в покое, так и при движении [8].

#### **Цель**

Изучить особенности послеоперационного болевого синдрома у пациентов с различной хирургической патологией.

#### **Материал и методы исследования**

В опросе приняли участие 60 пациентов разных хирургических отделений, в возрасте от 19 до 72 лет, что в среднем поставило 41,9 года. Из них 32 (53,4 %) женщины и 28 (46,6 %) мужчин.

Использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ), которая представляет собой прямую линию длиной 10 см с делениями, начинающимися с 0 и указывающими каждый сантиметр; более мелкие линии могут обозначать миллиметры. Пациента заранее инструктировали, что 0 указывает на отсутствие боли, а 10 см указывает на сильную возможную боль. Затем пациента просят указать в строке «сколько» боли он или она испытывает. Как правило, боль  $\geq 3$  см требует лечения, боль  $\geq 6$  см следует считать сильной. Также были оценены описательные характеристики болевого синдрома.

Систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах «Microsoft Office Excel 2016».

#### **Результаты исследования и их обсуждения**

Установлено, что количество пациентов с пульсирующей болью после операции равнялось 6 (10 %), колющей — 16 (26,7 %), острой болью — 16 (26,7 %), сводящей судорогой — 3 (5 %), грызущей — 1 (1,7 %), с ощущением жара — 21 (35 %), ноющей — 38 (63,3 %), с тяжестью в постоперационном участке — 16 (26,6 %), с чувством напряжения — 18 (30 %), с головной болью — 14 (23,3 %), вызывающей тошноту — 1 (1,7 %), бьющей током — 2 (3,33 %), вызывающей холод — 7 (11,7 %), болью от прикосновения — 60 (100 %), зудящей — 1 (1,7 %), покалывающей — 3 (5 %).

Средняя интенсивность неприятных и болевых ощущений в послеоперационном участке: пульсирующая — 4,1 %, колющая — 4,3 %, острая боль — 4,3 %, сводит судорогой — 4,3 %, грызущая — 4 %, с ощущением жара — 4,8 %, с головной болью — 4,2 %, с напряжением — 4,4 %, с тяжестью — 4,8 %, ноющая — 4,5 %, вызывающая тошноту — 2 %, бьющая током — 3,5 %, вызывающая холод — 5,1 %, боль от прикосновения — 5,9 %, зудящая — 4 %, покалывающая — 4 %.

Виды используемой анестезии при разных типах болевых и неприятных ощущений в послеоперационном участке. При пульсирующей боли: местная — 2 (33,3 %); спинальная — 4 (66,6 %). При колющей боли была анестезия: местная — 2 (12,5 %); спинальная — 9 (56,25 %); общая — 4 (25 %); эпидуральная — 1 (6,25 %). Острая боль наблюдалась при общей анестезии — 4 (25 %); спинальной — в 7 (43,8 %); местной — в 2 (12,5 %); эпидуральной — в 3 (18,75 %). Сводит судорогой: общая анестезия — 2 (66,6 %); эпидуральная — 1 (33,3 %). Грызущая боль был при местной анестезии — 1 (100 %). Ощущение жара наблюдалось при местной анестезии — 4 (18,2 %); общая — 9 (40,9 %); спинальная — 9 (40,9 %). С головной болью была общая анестезия — 5 (35,7 %); спинальная — 5 (35,7 %); местная — 4 (28,5 %). С напряжением: местная анестезия — 3 (16,6 %); спинальная — 5 (27,7 %); общая — 10 (55,5 %). Вызывающая тяжесть: местная — 2 (12,5 %); общая — 8 (50 %); спинальная — 5 (27,7 %); эпидуральная — 1 (5,5 %). Ноющая боль при местной анестезии — 4 (10,5%); общая — 17 (44,7 %); спинальная — 16 (42,1 %); эпидуральная — 1 (5,5 %). Вызывающая тошноту: спинальная — 1 (100 %). Бьющая током — местная анестезия у 2 (100 %) пациентов. Вызывающая холод: спинальная — 5 (71,4 %); местная — 2 (28,6 %). Боль от прикосновения: спинальная — 28 (46,7 %); общая — 19 (31,7 %); местная — 11 (18,3 %); эпидуральная — 2 (3,3 %). Зудящая — спинальная 1 (100 %). Покалывающая боль: общая — 2 (66,7 %); спинальная — 1 (33,3 %).

От вида операции также зависят описательные характеристики болевого синдрома. Пульсирующая боль наблюдалась при открытом операционном вмешательстве 6 (100 %). Колющая боль: при открытой — 7 (43,8 %), лапароскопической — 6 (37,5 %), эндоскопической — 3 (18,7 %). Острая боль: открытая — 7 (43,8 %), лапароскопическая — 6 (37,5 %), эндоскопическая — 3 (18,8 %). Сводит судорогой: открытая — 1 (33,3 %), лапароскопическая — 1 (33,3 %), эндоскопическая — 1 (33,3 %). Грызущая: эндоскопическая — 1 (100 %). Ощущение жара: открытая — 13 (61,9 %), лапароскопическая — 5 (23,8 %), эндоскопическая — 3 (14,3 %). С головной болью: открытая — 8 (57,1 %), эндоскопическая — 6 (42,9 %). С напряжением: открытая — 12 (66,7 %), лапароскопическая — 3 (16,7 %), эндоскопическая — 3 (16,7 %). Вызывающая тяжесть: открытая — 13 (72,2 %), лапароскопическая — 2 (11,1 %), эндоскопическая — 1 (5,56 %). Ноющая: открытая — 33 (86,8 %), эндоскопическая — 5 (13,2 %). Вызывающая тошноту: открытая — 1 (100 %). Бьющая током: открытая — 2 (100 %). Вызывающая холод: открытая — 7 (100 %). Боль от прикосновения: открытая — 43 (71,7 %), лапароскопическая — 8 (13,3 %), эндоскопическая — 9 (15 %). Зудящая: эндоскопическая — 1 (100 %). Покалывающая: открытая — 2 (66,7 %), эндоскопическая — 1 (33,3 %).

### **Выводы**

Оперативные вмешательства сопровождаются болевым синдромом различных модальностей, который зависит от вида анестезии и операции, что требует дальнейшего изучения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors / K. Mattila [et al.] // *Anesth Analg.* 2005. Vol. 101(6). P. 1643-1650.
2. *Kehlet, H.* Persistens postoperative pain: risk factors and prevention / H. Kehlet, T. Jensen, C. Woolf // *Lancet.* 2011. Vol. 367(9522). P. 1618-1625.
3. Development of a Management Algorithm for Post-operative Pain (MAPP) after total knee and total hip replacement: study rationale and design / M. Botti // *Implement Sci.* 2014. Vol. 9. P. 110.
4. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management // *Anesthesiology.* 2012. Vol. 116(2). P. 248-273.
5. Comparison of four pain scales in patients with hip fracture or other lower limb trauma / K. A. Leino [et al.] // *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011. Vol. 55(4). P. 495-502.
6. Behavioral pain assessment tool for critically ill adults unable to self-report pain / L. Rose [et al.] // *Am J Crit Care.* 2013. Vol. 22(3). P. 246-254.
7. Использование шкал и анкет в вертебрологии / В. А. Бывальцев [et al.] // *Журнал неврологии и психиатрии.* 2011. № 9, Вып. 2. С. 51-56.
8. *Жудро, А. А.* Острая боль в хирургической практике и её количественная оценка / А. А. Жудро // *Медицинские новости.* 2007. № 7. С. 12-18.