

Давыдова Н.С., Бердникова А.А., Собетова Г.В.

Психозмоциональный статус пациенток гинекологического профиля и развитие болевого синдрома в послеоперационном периоде

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, МБУ «Центральная городская клиническая больница №1 Октябрьского района» г. Екатеринбург

Davidova N.S., Berdnikova A.A., Sobetova G.V.

Psychoemotional status of gynecological patients and develop pain in the postoperative period

Резюме

Проведено наблюдательное проспективное «продольное» когортное исследование у пациенток гинекологического контингента на базе МБУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района» г. Екатеринбург. Оценена выраженность дооперационной тревоги и депрессии, уровень боли в течение первых трех суток послеоперационного периода, время послеоперационного восстановления пациенток, общая удовлетворенность качеством послеоперационного обезболивания, проанализированы осложнения периоперационного периода.

Ключевые слова: послеоперационная боль, ЦРШ (цифровая рейтинговая шкала), HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), мультимодальная аналгезия

Summary

An observational prospective "longitudinal" cohort study was conducted in patients of the gynecological contingent on the basis of the Municipal Budgetary Institution "Central City Clinical Hospital №1 of Oktyabrsky District" of Ekaterinburg. The severity of preoperative anxiety and depression, the level of pain during the first three days of the postoperative period, the time of postoperative recovery of patients, the overall satisfaction with the quality of postoperative analgesia were evaluated, the complications of the perioperative period were analyzed.

Keywords: postoperative pain, NRS (Numerical Rating Scale), HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), multimodal analgesia

Введение

Неконтролируемая острая послеоперационная боль является одной из ведущих причин неудачных исходов плановых и неотложных хирургических вмешательств. Проводимые исследования качества послеоперационного обезболивания и его влияния на ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения, свидетельствуют о его низкой эффективности и сигнализируют о необходимости принятия мер по его оптимизации [2, 3, 5, 6, 8]. Исследование Gerbeshagen H. et al., включившее 105 клиник Германии, более 50000 пациентов, подвергшихся 179 видам различных хирургических вмешательств показало, что первые две позиции по интенсивности послеоперационного болевого синдрома занимают оперативные вмешательства в объеме открытой гистерэктомии и консервативной миомэктомии. Уровень послеоперационной боли в первые сутки составил 7,5 [6;8] баллов цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ), с потребностью в морфине

30 и 24 мг соответственно [3].

Проведенный на базе нашего ЛПУ в 2017 году аудит послеоперационной боли показал неудовлетворительное качество послеоперационного обезболивания всех исследуемых контингентов (хирургического, гинекологического, урологического), как при плановом, так и при неотложном характере оперативного вмешательства [9]. Наиболее серьезная ситуация складывалась в гинекологической клинике, где в течение первых суток ближайшего послеоперационного периода медиана уровня боли ЦРШ составила 5 [4;7] баллов.

Причина неудовлетворительного качества послеоперационного обезболивания обусловлена отсутствием применения концепции мультимодальности, заключающейся в воздействии определенных групп препаратов на каждое звено патогенетической цепи формирования боли, достигая снижения дозировок и минимизации негативных эффектов от их применения [11]. Доказанной

эффективностью в качестве препаратов для послеоперационного обезболивания, разрешенных к применению в нашей стране, обладают следующие пять групп - опиоидные анальгетики (морфина гидрохлорид, тримеперидин, трамадол), НПВС (кеторолак, кетопрофен, диклофенак, лорноксикам, декскетопрофен), неопиоидные анальгетики центрального действия (парацетамол, нефопам), местные анестетики (лидокаин 2%, бупивакаин 0,25, 0,5%, ропивакаин 0,2%, 0,7%, 1%), адьюванты (габапентин, кетамин) [11]. Использование наркотических анальгетиков в условиях профильных отделений ограничено, что связано с особенностями Российского законодательства в части оборота сильнодействующих препаратов. Кроме того, доказано, что эффективность монотерапии опиоидами не превышает 30%, эффективная анальгетическая доза зачастую близка к той, что вызывает депрессию дыхания, и, наконец, опиоиды потенцируют развитие гипералгезии [5]. Сочетание НПВС и парацетамола, как современного базиса мультимодальной противоболевой защиты с различными вариантами периферических регионарных блокад (блокада поперечного пространства живота, введение раствора местного анестетика в катетер, установленный под апоневроз либо во влагалище прямой мышцы живота), либо применение продленной эпидуральной анальгезии, способствует снижению уровня боли в послеоперационном периоде и повышению удовлетворенности пациентов качеством противоболевой защиты.

Психологический портрет пациенток гинекологического профиля, заметно отличается от других хирургических контингентов. Для них характерен высокий уровень ситуационно – личностной тревожности, они эмоционально лабильны, в связи с чем, гораздо более восприимчивы к болезненным ощущениям [10, 12], что диктует необходимость расширенного применения седативных и анксиолитических препаратов в периоперационном периоде.

Отсутствие протокола противоболевой защиты гинекологического контингента больных, с учетом вида и характера оперативного вмешательства, вовлечения в патологический процесс тех или иных органов малого таза, а также эмоционально-личностных особенностей пациенток данной группы, позволяет нам продолжить работу в данном направлении.

Цель: Улучшить качество послеоперационного обезбоживания у пациенток гинекологического контингента.

Задачи исследования:

1. Изучить психоэмоциональный статус пациенток перед оперативным вмешательством на органах малого таза.
2. Оценить качество послеоперационного обезбоживания, проводимого согласно «протоколу периоперационной противоболевой терапии стационара».
3. Актуализировать внутрибольничный протокол периоперационного обезбоживания, в зависимости от психоэмоционального статуса пациентки перед оперативным вмешательством на органах малого таза.

Материалы и методы

Проведено наблюдательное когортное «продольное» исследование.

Критерии включения:

1. Необходимость выполнения оперативного вмешательства на органах малого таза
2. Наличие добровольного информированного согласия
3. Возраст пациенток старше 18 лет
4. Индекс здоровья ASA I-III

Критерии исключения:

1. Отказ от участия в исследовании
2. Невозможность продуктивного контакта с пациенткой
3. Сепсис

В исследование включено 39 женщин в возрасте 46 (± 16) лет, оперированных на органах малого таза в плановом либо неотложном порядке в ноябре 2018 года.

По характеру оперативного вмешательства пациентки распределились следующим образом: 82% прооперированы в плановом порядке, 18% - в экстренном и неотложном порядке. Распределение по основной патологии и виду оперативного пособия представлено на рис.1.

По способу операционного доступа – лапаротомия 15,4%, лапароскопия 58,9%, операции на промежности 25,6%. Выбор способа анестезиологического пособия проводился в зависимости от способа операционного доступа и вида операции (рис. 2).

Периоперационное ведение согласно модифицированному ERAS – протоколу [4], включающему профилактику венозных тромбозмемброческих осложнений (ВТЭО), прекращение инфузионной терапии спустя 24 часа после операции, возобновление энтерального питания в течение первых послеоперационных суток, поддержание гликемии в периоперационном периоде на уровне 9-11 ммоль/л, поощрение мобилизации в течение первых 24 часов после операции, не рутинное дренирование брюшной полости, использование уретральных катетеров не более 24 часов после операции.

Анестезиологическое пособие и послеоперационное обезбоживание проводилось согласно утвержденного гл. врачом МБУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района» г. Екатеринбурга, разработанного нами «Протокола периоперационной противоболевой терапии стационара». Протокол включает превентивную аналгезию (исходная ЦРШ > 3 баллов), профилактику послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), нейропатической боли (при операциях высокой травматичности), анестезию в зависимости от способа операционного доступа и вида оперативного пособия (тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ, комбинированная спиноэпидуральная анестезия, комбинированная тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ с эпидуральной анестезией, СМА, седельный блок), послеоперационное обезбоживание в виде мультимодальной аналгезии (нестероидные противовоспалительные средства - НПВС, парацетамол ± различные виды периферических блокад) либо нейроаксиальная блокада (эпидуральная аналгезия) (Рис.3).

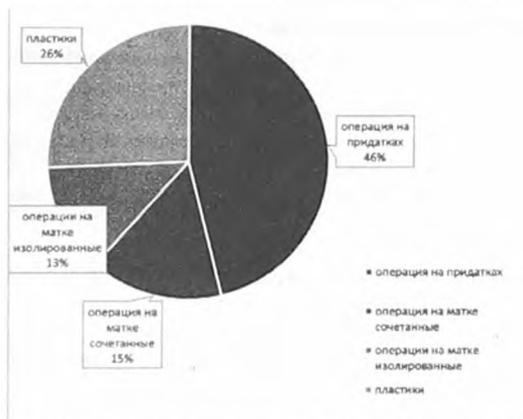


Рис. 1. Распределение пациенток по основной патологии и виду оперативного пособия

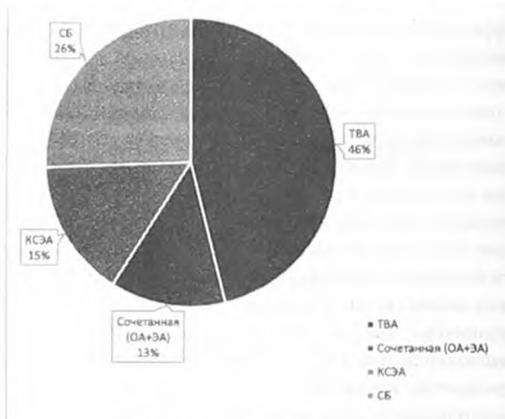


Рис. 2 Вид анестезиологического пособия

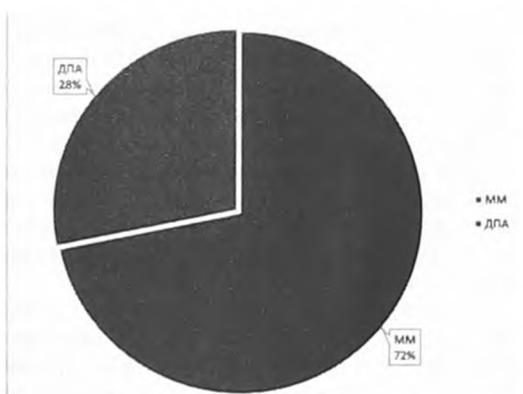


Рис.3 Вид послеоперационного обезбоживания

Для оценки уровня боли использовали ЦРШ в диапазоне от 0 до 10 баллов, где 0 баллов соответствовало отсутствию боли, а 10 баллов соответствовало невыносимой боли, исходно, в момент первого подъема после операции, оценивалась также самая сильная боль. Согласно международным рекомендациям, удовлетворительными считаются оценка ЦРШ не более 3 баллов в покое и 4 баллов при движении. Эти данные пациентки вносили в дневник, где фиксировали время первой активизации, время первого приема жидкости и пищи, время разрешения пареза ЖКТ, наличие тошноты, рвоты, нарушения мочеиспускания, кожный зуд, удовлетворенность полученным обезбоживанием. Оценка уровня дооперационной тревоги и депрессии проводилась с помощью шкалы госпитальной тревоги и депрессии HADS. Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Госпитальная шкала тревоги и депрессии является эффективным инструментом для скрининга симптомов тревоги и депрессии и широко используется во всем мире при проведении клинических исследований, а в некоторых странах – и в клинической практике. В России шкала была валидизирована в 2003 году [1]. Имеет 2 подшкалы – тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D), очень проста в

использовании: сумма баллов по каждой из подшкал ≥ 8 свидетельствует о наличии симптомов тревоги или депрессии.

Оценивали течение периоперационного периода, наличие осложнений, расход препаратов для обезбоживания, потребность в дополнительном обезбоживании.

Для оценки эффективности противоболевой защиты, проводимой согласно разработанному протоколу, в качестве контрольной группы (n=22) мы использовали данные аудита 2017 года, сравнив уровень боли в момент первого подъема пациенток после операции.

Исследуемая группа была поделена на 2 подгруппы по уровню самой сильной боли: с оценкой по ЦРШ до 4 баллов включительно и более 4 баллов. Подгруппы сравнивали по нозологическим формам, возрасту, преморбидному фону, исходному уровню боли, дооперационной тревоги и депрессии, виду операционного доступа, продолжительности операции, виду анестезиологического пособия и послеоперационного обезбоживания, скорости активизации, интенсивности и срокам болевого синдрома в послеоперационном периоде, потребности в дополнительном обезбоживании, осложнениям периоперационного периода, срокам госпитализации и удовлетворенности проведенным обезбоживанием.

Статистический анализ данных проведен согласно общепринятым методам [7] с использованием лицензионной программы Stata 11.2 (StatCorp, США).

Для оценки нормальности распределения количественных признаков применялась визуальная оценка частотного распределения (по гистограмме и графику нормальности) с последующим использованием критерия Шапиро-Уилка. Сравнительный анализ связанных количественных признаков выполнен с помощью критерия Манна-Уитни, сравнения качественных признаков – точным критерием Фишера-Фримена-Холтера.

Корреляционный анализ связанных признаков при ненормальном распределении проведен с помощью критерия Спирмена.

Для всех статистических критериев ошибка первого рода устанавливалась равной 0,05. Нулевая гипотеза (от-

Табл. 1 Характеристика подгрупп

Параметр	1, (n=18)	2, (n=21)
Возраст, лет*	42,5 (±14)	49,5 (±12)
ASA*	2	2
ЦРШ 0, баллы*	0 [0;3]	1 [0;3]
Продолжительность операции, мин*	30 [25;49]	45 [30;70]
Первый подъем, ч	7,5 [6;18]	17 [6;19]
Первый прием жидкости, мин*	90 [33;164]	80 [30;120]
Первый прием пищи, ч*	19 [18;20]	19 [19;20]
Удовлетворенность, баллы*	5 [5;5]	5 [5;5]
Ожидание более сильной боли, %*	94	81
Получить в будущем такое же обезболивание, %*	100	100
Койко-день*	7 [6;9]	8 [7;10]

* $p > 0,05$

Табл. 2 Достоверные отличительные признаки в подгруппах

Параметр	1, (n=18)	2, (n=21)
HADS, баллы*	7 [5;10]	12 [7;18]
Первый подъем, м*	15 [5;15]	10 [2;15]
Первый подъем, ЦРШ*	1 [1;2]	3 [1;5]
Соматические жалобы, %*	11	57

* $p \leq 0,05$

сутствие различий) отвергалась, если вероятность (p) не превышала ошибку первого рода.

Результаты и обсуждение

Пациентки в исследуемых подгруппах не отличались по возрасту, индексу здоровья (ASA 2), койко-дню, исходному уровню боли, продолжительности операции. В обеих подгруппах не было осложнений анестезии, гладко протекал послеоперационный период.

После перевода в палату послеоперационного наблюдения пациенткам разрешался прием прозрачной жидкости, при этом они начинали пить спустя полтора часа от момента окончания операции, без различия в обеих подгруппах.

Пациентки обеих подгрупп начинали питаться с конца первых – начала вторых суток (медиана составила 19 часов в обеих подгруппах) после проведенной операции, согласно рекомендациям лечащего врача. Время восстановления адекватной деятельности желудочно-кишечного тракта в подгруппах не отличалось и соответствовало концу вторых – началу третьих суток.

Медиана самой сильной боли в общей группе составила 5 [3;8] баллов ЦРШ. При этом время ее возникновения в обеих подгруппах соответствовало началу вторых суток, она характеризовалась, как «прорывная» боль и была связана с прекращением мониторингового введения местного анестетика при переводе пациентки из палаты послеоперационного наблюдения).

Пациентки обеих подгрупп демонстрировали высокий уровень удовлетворенности противоболевой защитой, оценив ее на «отлично» и выразив желание в 100% случаев получить в будущем аналогичную. Кроме того, было выяснено, что почти 90% пациенток ожидали в послеоперационном периоде более сильной боли.

Данные представлены в таблице 1

По сравнению с контрольной группой уровень боли

у пациенток гинекологического контингента в общей группе в момент активизации (первого подъема), достоверно снизился в 2,5 раза и составил 2 [2;3] балла против 5 [4;7] баллов.

Повышенный уровень дооперационной тревожности (более 7 баллов) в общей группе зарегистрирован более чем у половины (59%) пациенток. При этом, у пациенток первой подгруппы отсутствовали достоверно выраженные симптомы тревоги (медиана уровня тревоги составила 7 баллов, что соответствует верхней границе нормы). В отличие от первых, пациентки второй подгруппы продемонстрировали клинически выраженную тревогу (медиана уровня тревоги составила 12 баллов).

Корреляционная связь прослеживается между исходным уровнем тревоги и уровнем самой сильной боли в общей группе (коэффициент Спирмена 0,382, $p < 0,05$), хотя в подгруппах корреляционная связь слабая, что объясняется малым числом наблюдений в каждой подгруппе.

Пациентки первой подгруппы смогли встать после операции на 10,5 часов раньше, чем пациентки второй подгруппы, ($p > 0,05$), при этом, пациентки первой подгруппы смогли пройти достоверно на 5 метров больше в момент первого подъема ($p < 0,05$), хотя уровень боли в обеих подгруппах в этот момент, находился в пределах допустимых значений (1 и 3 балла соответственно).

Подгруппы достоверно отличались по количеству соматических жалоб в послеоперационном периоде, таких как слабость, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, вздутие живота. Данные жалобы возникали у пациенток в начале вторых суток, и, согласно комментариям, были связаны с нежеланием принимать пищу и возвращаться к активному образу жизни (табл. 2).

Выводы

1. Повышенный уровень тревожности в дооперационном периоде у пациенток гинекологического кон-

тингента является предиктором недопустимо высокого уровня боли после операции, независимо от степени ее травматичности, замедляет скорость активизации и послеоперационного восстановления пациентки.

2. Внутрибольничный протокол периоперационной противоболевой терапии показал высокий уровень удовлетворенности пациенток гинекологического профиля, но должен быть расширен назначением в предоперационном периоде препаратов анксиолитического действия пациенткам с исходным уровнем тревожности более 7 баллов по шкале HADS.

3. Шкала HADS является простым и надежным скрининговым тестом для выявления пациенток «груп-

пы риска» неконтролируемой послеоперационной боли, и может быть рекомендована для использования на этапе дооперационного обследования. При уровне тревожности более 7 баллов следует рассмотреть возможность дооперационной психотерапевтической консультации.■

Н.С. Давыдова, д.м.н., профессор, А.А. Бердникова, к.м.н., Г.В. Соболева, к.м.н., доцент. ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, МБУ «Центральная городская клиническая больница №1 Октябрьского района» г. Екатеринбург. Автор, ответственный за переписку — Бердникова Анна Альбертовна, 620137 г. Екатеринбург ул. Ирбитская, 11/3 – 35, anna.berdnikova@mail.ru

Литература:

1. Andryushenko A.V., Drobizhev M.Y., Dobrovolsky A.V. Comparative assessment scale CES-D, BDI and HADS (d) in the diagnosis of depression in general practice. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii* 2003; 5: 11-7.
2. Benhamou D., Berti M., Brodner G. Postoperative analgesic therapy observational survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 central / southern European countries. *Pain*. 2008; 136: 134–141.
3. Gerbeshagen H., Aduckathil S., Van Wijck A., Peelen L., Kalkman C., Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery. *Anesthesiology*. 2013; 118: 934–944.
4. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Part II / G. Nelson [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2016. – Vol. 140, № 2. – P. 323–332.
5. Macintyre P., Scott D., Schug S. *Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zeland College of Anaesthetists*, 3-rd edition. 2010.
6. Polanco-García M., García-Lopez J., Fàbregas N., Meissner W., Puig MM. Postoperative pain management in Spanish hospitals. A cohort study using the PAIN-OUT registry. *J. Pain*. 2017 Jun 12. pii: S1526-5900(17)30611-9. doi: 10.1016/j.jpain.2017.05.006. [Epub ahead of print].
7. Zar J.H. *Biostatistical analysis - Upper Saddle River. - NJ: Pearson Prentice-Hall. – 2010. – 960 p*
8. Антипов А. А., Линёв К. А., Педяшов В. С., Яковлева Г. А. Аудит послеоперационной боли. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2014; 8 (2): 31-37.
9. Давыдова Н.С., Макарошкин А.Г., Бердникова А.А. Послеоперационное обезболивание в клиническом многопрофильном стационаре. Состояние вопроса. *Znanstvena misel journal*. 2017; 8: 4-7
10. Лысенко О.В. Некоторые особенности психологического состояния женщин, направленных на плановые малые гинекологические оперативные вмешательства. *Вестник ВГМУ*. 2016; 15(2): 52-59.
11. Овечкин А. М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания. *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. 2015; 9 (2): 29–39
12. Тен А.Р., Прохорова О.В., Бакуринских А.Б., Ершов С.А., Мурзин А.В. Некоторые психологические характеристики пациенток в периоперационном периоде. *Пермский медицинский журнал*. 2017; XXXIV (3): 78-84.