

Послеоперационная боль с точки зрения врача и больного (многоцентровое проспективное наблюдение)

Н. П. Шень¹, В. В. Логвиненко³, П. Б. Василенко³, Е. Е. Смирнова²,
Е. С. Аносов³, С. Е. Дедов³, И. П. Конев³, Р. С. Кобзарев²

¹Тюменская государственная медицинская академия,
кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС;
²ГЛПУ ТО областная клиническая больница;
³ГЛПУ ТО областная клиническая больница № 2, Тюмень

Postoperative pain from patient and physician viewpoint (multicenter prospective trial)

N. P. Shen¹, V. V. Logvinenko³, P. B. Vasilenko³, E. E. Smirnova², E. S. Anosov³, S. E. Dedov³, I. P. Konev³, R. S. Kobsarev²

¹Tyumen State Medical Academy, Department of Anesthesiology and Intensive;

²Care Regional Clinical Hospital, Tyumen;

³Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen

Представлены результаты мультицентрового исследования, цель которого – изучение медицинских и психологических составляющих послеоперационного болевого синдрома. Изучено течение ближайшего послеоперационного периода у 126 пациентов. Анестезиологическое пособие подразделялось на общую анестезию (54 больных) и регионарную (проводниковую, спинальную, эпидуральную и сочетание двух методик) – 72 человека. Результаты исследования показали, что к решению проблемы послеоперационного болевого синдрома необходимо подходить не только с точки зрения оптимизации медикаментозной терапии, но и с позиции психологии пациента и межличностных контактов больного и врача. *Ключевые слова:* мультицентровое исследование, регионарная анестезия, психология пациента.

It's presented data of multicenter trial undertaken for determining physical and psychological contributors of postoperative pain syndrome. Course of immediate postoperative period was investigated in 126 patients. General anesthesia is conducted in the 54 patients and regional one (nerve block, spinal, epidural or combination) was the option in the 72. The results of our study suggest that solution of postoperative pain problem lies not only in improving of medical treatment but also in addressing psychological issues as well as supporting cooperation between patient and physician. *Key words:* multicenter trial, regional anesthesia, patient's psychology.

Формирование послеоперационного болевого синдрома зависит от целого ряда составляющих. Сюда входят факторы больного и врача. Индивидуальные особенности пациента, его преморбидное состояние, психологический статус, особенности течения патологического процесса можно назвать составляющими пациента. С другой стороны, имеет значение и медицинская, врачебная составляющая – особенности методики обезболивания, традиции интра- и послеоперационного обезболивания, существующие в клинике, и личный опыт врача в лечении болевого синдрома, а также наличие дополнительной информации, позволяющей врачу развивать свои знания и умения [Pain Control, NIH Pub., 2000; Ревю: лечение болевого синдрома, 2001;

Block B., Liu S., Rowlingson A., 2003; Овечкин А. М., Свиридов С. В., 2006]. Вместе с тем существует и некая связь между больным и врачом, та незримая составляющая, которая позволяет в некоторых случаях оптимизировать лечение боли. Это так называемая «комплаентность» больного к лечению – желание помочь медицинскому персоналу, активное участие в лечебном процессе.

Отношения пациента и врача в настоящее время могут оцениваться как товар [Тогунов И. А., 2002], могут определяться как «созависимость» одного и другого [Семкова М. П., 2004]. Однако есть и третья сторона: самый конфронтационный вопрос, касающийся практикующих врачей, – это их способность эффективно общаться с пациентами. Удовлетворенность клиента (все чаще так

называют больного) лечением в значительной степени зависит от того, было ли общение с врачом положительным, что прямо пропорционально зависит от качества взаимодействий. Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов, – это неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, дать ясные и понятные ответы и в первую очередь точно выявить те проблемы, с которыми пациент пришел к врачу. Неэффективное общение является барьером на пути к достижению здоровья [Norman Cousins, 1991].

Целью нашего исследования явилось изучение медицинских и психологических составляющих послеоперационного болевого синдрома у пациентов, идущих на плановые оперативные вмешательства.

Материалы и методы

Исследование велось в 2009 г., в реальном времени, в трех реанимационных отделениях г. Тюмени согласно заранее утвержденному единому протоколу. Изучено течение ближайшего послеоперационного периода у 126 пациентов, среди которых 53 человека (42%) были мужского пола и 73 (58%) – женского. Средний возраст составил $44,0 \pm 1,1$ года. Плановые оперативные вмешательства на органах брюшной полости были выполнены 24 пациентам (19%), у 30 женщин (23,8%) проведены операции на органах малого таза, 72 человека (57,1%) получили травмы конечностей и им выполнялись реконструктивные оперативные вмешательства.

Анестезиологическое пособие подразделялось на общую анестезию (54 больных) и регионарную (проводниковую, спинальную, эпидуральную и сочетание двух методик) – 72 человека. У всех пациентов, согласно имеющемуся стандарту, проводили осмотр анестезиолога и премедикацию, включающую в себя снотворные (барбитураты, бензодиазепины), психотропные средства (транквилизаторы бензодиазепинового ряда, нейролептики фенотиазинового и бутирофенонового ряда), наркотические анальгетики, холиноблокирующие и антигистаминные средства. Для оценки эффекта премедикации ориентировались прежде всего на психоэмоциональное состояние больного, видимое визуально (наличие или отсутствие повышенной возбудимости, отрицательных эмоциональных реакций, страха), клинические и вегетативные показатели эмоционального стресса (уровень артериального давления и частоты

сердечных сокращений, цвет и влажность кожных покровов). Артериальная гипертензия, тахикардия, экстрасистолия, гиперемия кожи лица, повышенная потливость указывали на неустраненную эмоциональную реакцию и, следовательно, на неэффективность премедикации. Данные пациенты в исследование не включались. Также признаками исключения из исследования был возраст младше 20 и старше 65 лет, наличие клинически значимой преморбидной патологии и отсутствие желания войти в исследование со стороны самого пациента.

Ретроспективная группа из 50 человек, которым выполнялось предварительное исследование в 2008 г., вошла в сравнительный анализ. Пациенты не отличались по антропометрическим данным, характеру анестезиологического пособия и оперативного вмешательства.

Спустя 24 ч от момента выполненной операции первой (ретроспективной) группе пациентов предлагали ознакомиться с визуально-аналоговой шкалой боли (ВАШ) и ответить на два вопроса: какова была максимальная интенсивность послеоперационной боли за ближайшие 24 ч и ее сила на данный момент. Второй (проспективной) группе пациентов предлагали более расширенный опросник, разработанный авторами, в который вошло 12 вопросов (см. таблицу).

Статистическую обработку цифрового материала проводили методом вариационной статистики (программа Excel) с использованием t-критерия Стьюдента в условиях заданной доверительной вероятности, равной 95%.

Результаты и обсуждение

Поскольку вербальный контакт врача и больного, на наш взгляд, имел существенное значение в процедуре обезболивания, мы сравнили результаты, полученные по визуально-аналоговой шкале, у пациентов ретроспективной и проспективной групп. Как было указано выше, ретроспективная группа отличалась от проспективной лишь тем, что доктор обсуждал с пациентом только два вопроса: максимальная боль в первые 24 ч послеоперационного периода и боль на момент осмотра. В проспективной группе доктор вел доверительную беседу, интересуясь также ощущениями до и во время операции, удовлетворенностью результатами операции и самим эпизодом пребывания в отделении реанимации. Результаты опроса показали, что максимальная боль в ретроспективной группе составляла $5,7 \pm 0,28$ балла по ВАШ, в то время как

Опросник для пациентов по оценке послеоперационного болевого синдрома и удовлетворенности реанимационным этапом лечения (Шень Н. П. и соавт., 2009)

№	Вопрос	Ответ
1	Оцените ваш страх перед операцией по 10-балльной шкале	
2	Чем, на ваш взгляд, был обусловлен этот страх?	
3	Известны ли Вам случаи сильной послеоперационной боли при подобных операциях?	
4	Была ли у Вас беседа с анестезиологом-реаниматологом о планируемом обезболивании?	
5	Оцените максимальную боль за 24 часа	
6	Оцените боль на данный момент	
7	Удовлетворены ли Вы результатом операции сейчас?	
8	Удовлетворены ли Вы эпизодом пребывания в отделении реанимации?	
9	Испытывали ли Вы какие-либо неудобства от пребывания в отделении реанимации?	
10	Не был ли болезненным выход из наркоза?	
11	Не было ли у Вас ощущения просыпания или иных ощущений во время наркоза?	
12	Имеются ли у Вас какие-либо пожелания по улучшению качества лечения и ухода в отделении реанимации?	

в проспективной – $2,92 \pm 0,28$ балла (отличия достоверны, $p < 0,05$; $t = 7,3$). Боль на момент осмотра в ретроспективной группе составляла $2,83 \pm 0,23$ балла, в проспективной соответственно $1,96 \pm 0,18$ балла (отличия достоверны, $p < 0,05$; $t = 3,1$).

Далее мы оценили, насколько отличается страх перед операцией у мужчин и женщин, а также влияет ли этот страх на интенсивность послеоперационной боли. Исследования показали, что 18 (33,9%) мужчин совсем не испытывают страха перед предстоящим оперативным вмешательством, тогда как такое же утверждение мы услышали только от 9 (12,3%) женщин, что в 2,7 раза реже. Следует отметить, что у половины опасующихся оперативного вмешательства страх был направлен не на ожидание боли, а на переживания, связанные с анестезиологическим пособием, причем вне зависимости от пола.

Несмотря на более редко проявляющееся чувство страха перед оперативным вмешательством, у мужчин наблюдали более выраженный послеоперационный болевой синдром, чем у женщин, как в оценке максимальной боли за прошедшие сутки, так и на момент опроса. Так, максимальная боль у мужчин соответствовала $3,71 \pm 0,3$ балла, в то время как у женщин она составляла $3,13 \pm 0,3$ балла. На момент опроса отмечена та же тенденция: $1,92 \pm 0,2$ балла у мужчин и $1,7 \pm 0,2$ у женщин. Отличия не были статистически достоверными, что позволило нам выделить лишь тенденцию и запланировать дальнейшие, более углубленные исследования.

Изучая всю проспективную группу в целом, мы отметили, что 22% опрошенных пациентов не испытывают страх перед предстоящей операцией. Остальные же лица были распределены нами соответственно силе предоперационных волнений по 10-балльной шкале. Ответ «0» трактовался как отсутствие страха, от 1 до 3 баллов – умеренный страх, от 4 до 7 баллов – сильный страх и от 8 до 10 баллов – ужас. Результаты опроса выявили, что все группы были весьма представительны. Так, 31% опрошенных испытывал умеренный страх, 25% – сильный и 22% – ужас. Интересно, что при визуальной оценке эффекта премедикации данные пациенты не были исключены из исследования, поскольку эмоционально выглядели вполне стабильными. Так же как и в предыдущем исследовании, половина респондентов отметила, что страх их связан не с оперативным вмешательством, а с анестезиологическим пособием.

Развитие послеоперационного болевого синдрома у пациентов, ожидавших боль и имевших информацию о возможной сильной послеоперационной боли еще на догоспитальном этапе (а таких было 34,7%), было отмечено максимальным болевым синдромом, соответствующим $3,3 \pm 0,3$ балла, в то время как у пациентов, не ожидавших боли, максимальное проявление болевого синдрома соответствовало $2,5 \pm 0,28$ балла (отличия достоверны, $p < 0,05$; $t = 2,0$). На момент опроса боль у пациентов, ожидавших и не ожидавших боли, соответствовала $2,23 \pm 0,2$ и $1,08 \pm 0,1$ балла (отличия достоверны, $p < 0,05$; $t = 5,75$). Интересно, что больные, которые со страхом ожидали не боли,

а анестезиологического пособия, испытывали столь же сильную послеоперационную боль, как и те, кто ее ожидал. Тем не менее на момент опроса выраженность болевого синдрома у лиц, опасавшихся не боли, а анестезиологического пособия, была меньше и соответствовала $1,54 \pm 0,2$ балла, тогда как ожидавшие боли отметили $2,23 \pm 0,2$ балла (отличия достоверны, $p < 0,05$; $t = 2,4$).

Для оценки роли возрастного фактора в формировании болевого синдрома мы разделили всех пациентов проспективной группы на подгруппы. В возрастную группу до 30 лет вошло 14 больных (11%), от 30 до 40 лет – 25 (19,8%), от 40 до 50 лет – 40 больных (31,7%) и старше 50 лет – 47 больных (37,3%). Женщины преобладали во всех группах, за исключением возраста от 30 до 40 лет. Возрастные отличия в оценке предоперационного страха показали, что наибольший страх перед операцией испытывают лица в возрасте от 40 до 50 лет ($4,8 \pm 0,5$ балла), у них же отмечен наиболее выраженный болевой синдром за сутки ($3,97 \pm 0,4$), однако на момент осмотра боль была более интенсивной у пациентов в старшей возрастной группе – от 50 лет ($2,02 \pm 0,27$), несмотря на то что предоперационный страх у них был выражен наименее, чем в остальных возрастных подгруппах.

Оценка удовлетворенности результатами оперативного вмешательства показала, что 95% больных спустя 24 ч от момента операции удовлетворены ее результатом. Реанимационным этапом лечения остались не удовлетворены 8% пациентов возрастной подгруппы 30–40 лет (один ответ «не совсем» без объяснений, в одном случае больной жаловался на отсутствие телевизора) и 6% старшей возрастной подгруппы (неудовлетворенность

по поводу включенного света и ощущение холода). 100% пациентов не испытывали боль во время оперативного вмешательства, однако у 14 больных (11%) в начале операции имелась тактильная чувствительность, которая, впрочем, не приносила неприятных ощущений. Все 100% опрошенных пациентов отметили гладкий выход из анестезиологического пособия.

Выводы

1. Ожидание боли участвует в формировании интенсивности послеоперационного болевого синдрома и должно являться сигналом для специалистов. Доверительный вербальный контакт, направленный на разъяснение характера не только оперативного вмешательства, но и анестезиологического пособия, может явиться методом, дополняющим действие анальгетиков.
2. Максимальный страх перед операцией испытывают пациенты в возрасте от 40 до 50 лет. Пожилые люди в меньшей степени волнуются перед операцией, но послеоперационный болевой синдром у них купируется наиболее медленно. Это требует, в ряде случаев, пересмотра схемы лечения боли в послеоперационном периоде.
3. Женщины в 2,7 раза чаще, чем мужчины, испытывают страх перед оперативным вмешательством, но послеоперационный болевой синдром у них выражен менее интенсивно.
4. К решению проблемы послеоперационного болевого синдрома необходимо подходить не только с точки зрения оптимизации медикаментозной терапии, но и с позиции психологии пациента и межличностных контактов больного и врача.

Литература

1. *Тогунов И. А.* Врач и пациент на рынке медицинских услуг. Электронный журнал «Энциклопедия маркетинга», 2002. http://www.marketing.spb.ru/ib-special/togunov/gl3_1.htm
2. *Norman Cousins.* ANATOMY OF AN ILLNESS as Fferceived by the F&tient. Reflections on Healing and Regeneration. BANTAM BOOKS Toronto NewYork London, 1991.
3. *Ревю:* лечение болевого синдрома. Guide to Pain Management. Hospital, Oxford OX3 7LJ, b Department of Anaesthesia, St Thomas's Hospital, London SE1 7EH, 2001.
4. *National Insitutes of Health (NIH):* Pain Control, NIH Pub. NO. 00–4746, June 2000, U. S. Department of Health and Human Services.
5. *Овечкин А. М., Свиридов С. В.* Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы // Регионарная анестезия и лечение острой боли. Т. I, №0, 2006. <http://medi.ru/doc/047009.htm>
6. *Block B., Liu S., Rowlingson A.* Efficacy of postoperative epidural analgesia: a meta-analysis // JAMA. 2003; 290: 2455–2463.
7. *Семкова М. П.* Отношения врача и пациента с точки зрения созависимости. 2004. http://zhurnal.lib.ru/s/semkova_m_p/otnoshenijawrachaipacientastochkizrenijasozawisimosti.shtml