

ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

*Михалевич С.И., Недень Л.Ч., Андреева Н.Л., Козлякова О.В.,
Савочкина Ю.В., Силява В.Л.*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Ожидание предстоящего родоразрешения, в том числе и оперативного, у женщин относится к числу состояний, которые могут существенно влиять на психоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса и депрессии [1]. Болевой синдром – частая причина нарушений адаптации, психических расстройств, сопровождается страхом, депрессией, приводит к нарушению сенсорного ощущения и эмоционального восприятия. В доступной литературе нам не встретилось описания психоэмоционального статуса у беременных, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, как в плановом, так и в экстренном порядке, и влияние на психоэмоциональный статус пациентов послеоперационной анальгезии.

Цель: изучить и сравнить психоэмоциональные нарушения у пациентов, родоразрешенных операцией кесарева сечения, на основе уровней тревоги и депрессии в до и послеоперационном периодах.

Методы исследования: В зависимости от варианта проводимого обезболивания пациенты были разделены на две группы. I группа - 61 пациент, где послеоперационная анальгезия осуществлялась путем введения 20 мл 0,25% раствора бупивакаина в подпапоневротическое пространство через мультипоровый катетер и введения НПВС (кеторолака трометамин). II группа - 59 пациентов, которым обезболивание проводилось путем введения 20 мл 0,5% раствора бупивакаина в подпапоневротическое пространство через мультипоровый катетер и введение НПВС (кеторолака трометамин). Группой сравнения (III) являлся 61 пациент, которым с целью купирования послеоперационного болевого синдрома применяли внутримышечное введение тримеперидина.

Изучение степени выраженности психопатологических синдромов депрессии и тревоги проводилось с использованием шкалы тревоги Шихана и шкалы депрессии Бека. Шкала тревоги Шихана и шкала депрессии Бека заполнялись пациентами всех

групп два раза. Пациентки заполняли первый раз шкалы за 12-48 часов до операции кесарева сечения, второй раз – на 7-е сутки после родоразрешения.

Результаты и их обсуждение. Аномальный уровень тревоги выше 30 баллов отмечался у 67,96% (123 пациента), из них в I группе – у 72,1% (44 пациента), во II группе – у 71,2% (42 пациента), в группе сравнения - у 60,6% (37 пациентов). Статистически значимой разницы между группами не выявлено. Аномальный уровень тревоги выше 30 баллов перед операцией отмечался в 89,15% случаев (115 пациентов) при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения и в 15,38% (8 пациентов) случаев при родоразрешении в экстренном порядке. На депрессивный эпизод перед оперативным родоразрешением указали 57,4% (35) пациенток I группы, 57,6% (34) пациенток II группы и 55,7% (34) пациенток III группы. При этом женщины отмечали как общие симптомы депрессивного эпизода, так и "соматические" симптомы депрессии. Статистически значимых различий в исследуемых группах не выявлено. Аномальный уровень депрессии выше 10 баллов в послеоперационном периоде отмечался в 87,38% случаев (90 пациентов) при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения и в 12,62% (13 пациентов) при родоразрешении в экстренном порядке.

В послеоперационном периоде число пациентов, имевших тревожную симптоматику (выше 30 баллов), уменьшилось с 67,96% (123 пациента) до 24,31% (44 пациента) и составило в I группе - 11,5% (7 пациентов), во II группе – 16,9% (10 пациентов), в группе сравнения - 44,3% (27 пациентов). Выявлена статистически значимая разница в количестве пациентов с нормальным и аномальным уровнем тревоги после операции между основными группами и группой сравнения. В основных группах выявлена статистически значимая разница в количестве пациентов с нормальным и аномальным уровнем тревоги до и после операции. Аномальный уровень тревоги выше 30 баллов в послеоперационном периоде снизился с 89,15% случаев (115 пациентов) до 31,78% (41 пациент) при плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения ($p < 0,05$) и с 15,38% (8 пациентов) до 5,77% (3 пациента) при родоразрешении в экстренном порядке. Аномальный уровень депрессии выше 10 баллов в послеопераци-

онном периоде снизился с 57,22% случаев (103 пациента) до 12,71% (23 пациента). В послеоперационном периоде отмечалось статистически значимое снижение депрессивного эпизода у женщин при операции кесарева сечения, получавших адекватную послеоперационную анальгезию с использованием раствора бупивакаина в подпапневротическое пространство в сочетании с внутримышечным использованием кеторолака трометамин, с 57,4% (35 пациентов) до 4,9% (3 пациента) в I группе, с 57,6% (34 пациента) до 8,5% (5 пациентов) во II группе. В группе сравнения, получавшей в послеоперационном периоде тримеперидин, аномальный уровень депрессии также статистически значимо снизился с 55,7% (34 пациента) до 24,6% (15 пациентов). Выявлена статистически значимая разница в количестве пациенток с нормальным и аномальным уровнем депрессии после операции между основными группами исследования и группой сравнения. Установлено, что аномальный уровень депрессии выше 10 баллов в послеоперационном периоде при плановом оперативном родоразрешении снизился до 20,38% (21 пациент), а при родоразрешении в экстренном порядке до 1,94% (2 пациента).

Выводы. У беременных перед операцией кесарева сечения отмечаются тревожно-депрессивные нарушения, которые более выражены перед оперативным родоразрешением в плановом порядке. Использование в раннем послеоперационном периоде при кесаревом сечении подпапневротической анальгезии в сравнении с традиционной анальгезией достоверно снижает интенсивность послеоперационного болевого синдрома и, как следствие, снимает психоэмоциональное напряжение.

Литература

1. Михалевич, С. И. Тревога и депрессия у беременных после преодоления бесплодия / С. И. Михалевич, Е. В. Ласая, Н. Л. Андреева // Мед. панорама. – 2008. – № 2. – С. 14–17.