

ПРЕДИКТОРЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В ПРЕД- И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Сергиенко В.К., Маринчик А.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Боль – это индивидуальное субъективное ощущение, включающее сенсорные, эмоциональные и поведенческие аспекты, связанные с имеющимся или вероятным повреждением тканей. Несмотря на достижения альгологии, проблема пред- и постоперационного болевого синдрома в педиатрической практике изучена недостаточно. Сложность заключается в своевременной и точной оценки болевого синдрома у детей, который определяется различным уровнем психоэмоционального реагирования. Исходя из этого – улучшение результатов по оценке болевого синдрома у детей с целью его своевременного купирования является актуальным [1, 2, 3].

Цель. Установить основные предикторы болевого синдрома у детей в пред- и постоперационном периоде, на основании опроса пациентов и максимально конкретизировать оценку интенсивности болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) у детей старше шести лет.

Методы исследования. Дизайн исследования – проспективный, наблюдательный. В качестве источника информации использовались данные «Медицинских карт стационарного пациента» детей, находящихся на лечении в хирургических отделениях УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», и, данные, полученные путем опроса с целью оценки болевого синдрома в пред- и постоперационном периоде, с помощью ВАШ. Статистический анализ проводился с использованием компьютерной программы Excel (Microsoft Software, USA).

Результаты и их обсуждение. За период с сентября по ноябрь 2017 года обследовано 20 детей в возрасте от 7 до 13 лет. По гендерному признаку дети распределились на 10 (50%) детей мужского пола и 10 (50%) – женского. Все пациенты были опрошены до оперативного вмешательства. В 100% случаях присутствовало чувство страха, раздражительность и беспокойство перед операцией, у 14 (70%) опрошенных отмечался болевой синдром, проблемы со сном испытывали 10(50%) детей. Это важные аспекты, которые

необходимо включать в комплексную оценку боли. Все эти данные использовались как исходные, для объективизации оценки послеоперационной боли. После оперативного вмешательства обследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от происхождения боли. I группа пациентов (соматическая – повреждение кожи, мышц, костей) включала 10 (50%) детей, которым были выполнены следующие оперативные вмешательства: пластическая хирургическая операция по коррекции последствий ожогов (аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом), КЛАПС двухсторонний, удаление срединной кисты шеи, вскрытие лимфаденита, биопсия лимфатических узлов надключичной области. II группа пациентов (висцеральная – повреждение органов грудной клетки, брюшной полости) включала так же 10 (50%) пациентов, которым были произведены: удаление металлоконструкции из грудной клетки, диагностическая лапароскопия, лапароскопическая аппендектомия, лапароскопическая операция Паломо, ревизия мошонки с удалением яичка, пластика пупочного кольца.

Хирургические вмешательства были выполнены в плановом 6 (30%) и экстренном 14 (70%) порядках. Риск анестезии по ASA соответствовал I-II классу. Все пациенты прооперированы под общей анестезией: у 17 (85%) использовалась сбалансированная многокомпонентная анестезия с управляемой ИВЛ, тотальная внутривенная анестезия использовалась у 3 (15%). В 100% случаев использовалась стандартная премедикация: атропин, димедрол, промедол в возрастной дозировке за 30 минут до анестезии. Средняя продолжительность планового оперативного вмешательства составила 33,3 минуты, экстренного вмешательства – 41,6 минут.

Для определения интенсивности боли в раннем послеоперационном периоде использовали специальную шкалу оценки боли ВАШ. Данная шкала представляет собой отрезок прямой длиной 100 мм, без делений и цифр, начало которой имеет обозначение «боли нет», а окончание – «невыносимая боль», и оценивается в баллах от 0 до 10. Пациент делает отметку на этом отрезке в точке, которая отражает интенсивность его боли. На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: нет боли (0), слабая боль (1–3), умеренная боль (4–6), сильная боль (7–9), невыносимая (10). Оценка болевого синдрома проводилась в течение первых 6 часов после операции, а также на

вторые и третьи сутки после окончания оперативного вмешательства.

В ходе исследования установлено, что в I группе 6(60%) детей указывали на умеренную боль в первые часы после операции (от 4 до 6 баллов по шкале ВАШ). Четверо детей (40%) оценивали интенсивность боли от 1 до 3 баллов. После проведения оперативного вмешательства эмоциональные нарушения испытывали 7(70%) детей. В основном данные нарушения связаны с ранним послеоперационным страхом перед движением 6(60%), беспокойство и раздражительность испытывали 6(60%) детей, проблемы со сном отмечены у 1(10%) ребёнка. На вторые сутки и третьи сутки после операции дети не предъявляли жалоб на болевой синдром в покое, но у 50% сохранялась боль при движении, и расценивалась как умеренная. Время первого (планового) ведения анальгетика в данной группе назначалось в основном через 120 минут после операции. Использовались такие препараты как анальгин в сочетании с димедролом у шести пациентов, парацетамол применялся в двух случаях, трамадол и морфин получали по одному ребёнку. Кратность и доза анальгетика зависела от возраста пациента. В данной группе 20% пациентов в первые сутки нуждалось в дополнительном обезболивании.

Во II группе в первые часы после оперативного вмешательства дети оценивали интенсивность боли от 1 до 3 баллов – 40% случаев, от 4 до 6 баллов – 30%, от 7 до 9 баллов – 30%, невыносимую боль (10 баллов) никто не испытывал. На вторые сутки болевой синдром сохранялся с той же интенсивностью как и в первые сутки после операции: от 1 до 3 баллов – 40% случаев, от 4 до 6 баллов – 30%, от 7 до 9 баллов – 30%. На третьи сутки болевого синдрома не было только у троих детей (0 баллов), слабую боль (от 1 до 3 баллов) испытывали 40% пациентов, от 4 до 6 баллов – 30% и от 8 до 10 баллов – 0%. Время первого (планового) ведения анальгетика в данной группе назначалось только через 240 минут после операции. В основном использовались анальгин + димедрол (90%), кеторолак (10%). Кратность и доза анальгетика зависела от возраста. В данной группе 70% пациентов нуждалось в дополнительном обезболивании. Эмоциональные нарушения в данной группе испытывали 70% детей. В основном они были связаны с болью во время движения – 7(70%), беспокойство и раздражительность испытывали 7(70%) детей, у 6(60%) детей отмечались проблемы со сном.

Выводы:

1. Такие параметры как предоперационная боль, беспокойство, страх и вариант оперативного вмешательства были основными значимыми предикторами послеоперационной боли у детей.

2. Оценка боли является крайне важным элементом эффективного послеоперационного обезболивания.

3. Применение визуально-аналоговой шкалы позволило оценить интенсивность болевого синдрома и эффективность проводимой противоболевой терапии у детей старше шести лет в пред- и послеоперационном периоде. Данная шкала проста в использовании, длительность измерения занимает меньше одной минуты, и не требует физического контакта врача с пациентом. К недостаткам применения данной шкалы можно лишь отнести обязательное наличие бумаги, ручки и линейки.

4. Эффективность лечения послеоперационной боли зависит от ряда факторов, включающих хороший уход за пациентами, использование нефармакологических методов лечения и принципов мультимодальной анальгезии, предусматривающей назначение оптимальных комбинаций анальгетиков в минимальных эффективных дозах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайко, Н.Н. Патологическая физиология / Н. Н. Зайко. – МЕДпресс-информ. – 2006. – №3. – С. 578 - 585.
2. Савва, Н.Н. Алгоритмы оценки и лечения боли у детей / Н.Н Савва. – М. – 2015. – С. 5 - 10.
3. Clinical validation of the Multidimensional Assessment of Pain Scale. / AS Ramelet [et al]. // Pediatric Anesthesia. – 2007. – Vol.17, P.1156–1165.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Симченко А.В.

РНПЦ «Мать и дитя»

Состояние сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей после перенесенной ими перинатальной гипоксии остается актуальной проблемой педиатрии. Преходящая ишемия миокарда (Р 29.4), по данным разных авторов, встречается у новорожденных детей, перенесших перинатальную гипоксию, с частотой от 25 до 70%