

Трухан Л. В., Гребенищикова М. В.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТРЕВОГА КАК ДЕТЕРМИНАНТА ВЫРАЖЕННОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ

Научный руководитель ассист. Лайша Д. Ю.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Преоперационная тревога может являться одним из факторов, влияющим на послеоперационную боль. Умеренная тревога считается адекватной реакцией организма на потенциально опасные и непредсказуемые обстоятельства, и она типична для преоперационного периода. Чрезмерная тревога, напротив, может привести к патологическим реакциям, одной из которых может явиться выраженный болевой синдром.

Цель: определить влияние личностной и ситуационной тревоги на выраженность послеоперационного болевого синдрома у пациентов, подвергающихся торакальным операциям.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 40 пациентов (16 женщин и 24 мужчины), которым планировалось выполнить видеоассистированную торакоскопию (ВАТС) по поводу различной внутригрудной патологии. Возраст пациентов от 17 до 64 лет. Средний возраст $35,6 \pm 9,45$. За час до операции и за 30 минут до премедикации оценка тревоги проводилась тремя опросниками: “Шкала тревоги Спилберга-Ханина”, “Шкала Джина Эндикотта”, “Шкала тревоги Тейлора”. Через 2 дня после операции тревога определялась аналогичными шкалами. Уровень боли - по вербальной описательной шкале оценки боли.

Результаты и их обсуждение. По шкале Спилберга-Ханина 2 пациента (5%) испытывали низкую ситуационную тревожность, 20 (50%) умеренную, 18 (45%) высокую. Личностная тревога у 2 пациентов (5%) была низкая, у 30 (75%) умеренная, у 8 (20%) высокая. В послеоперационном периоде 36 пациентов (90%) испытывали боль. 8 человек (20%) испытывали слабую боль, 24 (60%) терпимую, 4 (10%) сильную. По шкале Спилберга 2 пациента (5%) испытывали низкую ситуационную тревогу, 32 (80%) - умеренную, 6 (15%) - высокую. 4 пациента (10%) низкую личностную тревогу, 28 (70%) - умеренную, 8 (20%) - высокую. Выявляется зависимость боли от по шкале Спилберга. Пациенты с низким уровнем тревоги испытывали слабую боль. 28 человек (70% пациентов) с умеренным уровнем тревоги испытывали терпимую боль, 4 (10%) сильную. 16 человек (40% пациентов) с высокой ситуационной тревогой и 10 (25%) с высокой личностной тревогой испытывали сильную боль. По шкале Джина Эндикотта найдена зависимость уровня боли от качества жизни: люди с высоким качеством жизни испытывали более сильные болевые ощущения, нежели люди с более низким уровнем жизни.

Выводы. В результате исследования установлено влияние преоперационного уровня тревожности на выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Несмотря на преобладание умеренного уровня личностной и ситуационной тревоги по данным опросников, выявлено наличие корреляции между уровнем тревоги и качественной оценкой боли, согласно которой пациенты передают большее значение непосредственно ситуационной тревоге. Ввиду того, что болевой синдром отмечается как в преоперационном, так и в послеоперационном периодах, рекомендуется проводить профилактику в качестве психотерапевтического пособия в обоих периодах. Это может быть достигнуто путем введения должности психотерапевта для хирургических отделений, либо увеличения количества ставок психотерапевтов в общесоматических стационарах.