

*А. А. Сквородко*

**ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Научные руководитель канд. мед. наук, доц. Р. Е. Ржеутская*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Обследовано 32 пациента с дискогенными радикулопатиями L4-L5 и L5-S1 в пред- и послеоперационном периоде, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении. Определен вид боли, проведена оценка ее интенсивности и адекватности пред- и*

послеоперационного обезболивания. Полученные результаты позволяют сделать вывод о необходимости внедрения в повседневную практику методов оценки боли и проведения дифференцированной терапии боли в зависимости от ее вида и интенсивности.

**Ключевые слова:** дискогенная радикулопатия, нейропатическая боль, цифровая оценочная шкала (ЦОШ), опросник Pain Detect.

**Resume.** 32 patients admitted to the neurosurgery department with disk syndrome were examined during preoperative and postoperative period. The type of pain was detected and its intensity and the adequacy of pre-and postoperative analgesia were evaluated. It is essential to introduce into daily practice methods of pain assessment and to provide differentiated therapy of pain depending on its type and intensity.

**Keywords:** disk syndrome, neuropathic pain, Numeric Pain Rating Scale (NRS) inventory Pain Detect.

**Актуальность.** Боль является основной жалобой пациентов с заболеваниями позвоночника. Именно боль в спине заставляет пациентов обращаться за помощью к хирургам, и предстоящая операция часто воспринимается пациентами как единственное средство избавления от болевых ощущений. Часто пациенты, измученные многолетними болями, уже имеют зависимость и толерантность к многим анальгетикам, что снижает эффективность рутинно применяемой анальгезии. Продолжительная и интенсивная предоперационная боль сама по себе является фактором риска развития более интенсивной послеоперационной боли и формирования хронической боли. После проведения обширных и травматичных хирургических вмешательств на позвоночнике может наблюдаться выраженный послеоперационный болевой синдром [1,2]. Неадекватное послеоперационное обезболивание после хирургических вмешательств на позвоночнике приводит к увеличению числа сердечно-сосудистых, легочных осложнений, затруднению ранней реабилитации пациентов. При неадекватном обезболивании острая послеоперационная боль является фактором риска развития хронических болевых синдромов.

Многие факторы могут способствовать развитию боли; они индивидуальны для каждого конкретного пациента, поэтому не существует шаблонного подхода. Подбор лечения должен осуществляться индивидуально для каждого пациента в зависимости от характера повреждения, наличия заболевания, вида боли и других факторов.

Ноцицептивная боль играет физиологическую защитную роль и возникает в ответ на повреждающее воздействие. Нейропатическая боль появляется при первичном повреждении или дисфункции периферической или центральной нервной системы [1,4,6]. Она склонна к хронизации, не несет защитной функции и существенно снижает качество жизни. Именно смешанные причины боли преобладают у пациентов с поясничной радикулопатией. При проведении медикаментозной терапии ноцицептивной боли эффективно назначение НПВП, парацетамола, наркотических анальгетиков, трамадола; при наличии нейропатической боли целесообразно раннее назначение трициклических

антидепрессантов (амитриптилин) или антиконвульсантов [2,7].

**Цель:** Целью проведенного исследования являлось определение вида боли, оценки ее интенсивности и адекватности пред- и послеоперационного обезболивания у пациентов с заболеваниями позвоночника.

**Задачи:**

1. Выявить характер и интенсивность боли у пациентов с заболеваниями позвоночника нейрохирургического профиля.
2. Определить адекватность обезболивания.

**Материал и методы.** Обследовано 32 пациента в возрасте 34-68 лет с дискогенными радикулопатиями L4-L5 и L5-S1, госпитализированных для хирургического лечения в нейрохирургическое отделение УЗ «5 ГКБ». В предоперационном периоде пациентам проводилась медикаментозная терапия боли (НПВП – 100% пациентов, дексаметазон в сочетании с НПВП – 31% пациентов, амитриптилин, карбамазепин в сочетании с НПВП -23% пациентов, трамадол с НПВП – 8% пациентов). У всех пациентов оперативное вмешательство проводилось под спинальной анестезией.

Пациенты заполняли информированное согласие о предстоящем исследовании. Для определения вида боли, оценки ее интенсивности и эффективности проводимого обезболивания в пред- и послеоперационном периоде (первые трое суток послеоперационного периода) использовались опросники, включающие цифровую оценочную шкалу (ЦОШ) и опросник Pain Detect, направленный на выявление симптомов нейропатической боли. Опросник Pain Detect предназначен для заполнения врачом и объединяет в себе схему распределения болевых расстройств в виде картинки с визуально-аналоговой шкалой (ВАШ) и опросником, направленным на выявление спонтанных и вызванных симптомов нейропатической боли. Так же, при помощи рисунка, оценивается характер течения боли: постоянный, приступообразный, постоянный с приступами и т.д. Опросник наиболее полно отражает все возможные параметры боли и позволяет очень наглядно отслеживать картину болевого синдрома в динамике.

**Результаты и их обсуждение.** В предоперационном периоде сильную боль (7-10 баллов по ЦОШ) испытывали 69% пациентов, умеренная боль (5 - 6 баллов по ЦОШ) наблюдалась в 31% случаев. На фоне проводимой медикаментозной терапии боли значительное облегчение боли до операции отмечали 15% пациентов, остальные отмечали незначительное улучшение. В предоперационном периоде у 67% пациентов помимо ноцицептивной боли согласно опроснику Pain Detect отмечалась высокая вероятность нейропатического компонента боли, т.е. имел место смешанный характер боли. У 22% пациентов по опроснику Pain Detect результат неопределенный, однако, возможно наличие нейропатического компонента боли, у 11% - результат отрицательный (наличие нейропатического компонента боли маловероятно). Таким образом, медикаментозная терапия боли в

предоперационном периоде должна назначаться с учетом высокой вероятности нейропатического компонента боли и наличия смешанной боли (например, комбинация НПВП с amitriptyline, carbamazepine).

В послеоперационном периоде сильную боль (7-10 баллов по ЦОШ) испытывали 9% пациентов, умеренная боль (5 - 6 баллов по ЦОШ) наблюдалась в 23% случаев, появился диапазон слабой боли (1 - 4 балла по ЦОШ), где расположилось 68% наблюдений. Согласно опроснику Pain Detect не было выявлено пациентов с высокой вероятностью нейропатического компонента боли; у 56% пациентов по опроснику Pain Detect результат неопределенный, однако, возможно наличие нейропатического компонента боли, у 44% - результат отрицательный (наличие нейропатического компонента боли маловероятно). Таким образом, в послеоперационном периоде преобладала ноцицептивная боль, нейропатический компонент был менее выражен, что требовало назначения медикаментозной терапии, направленной в основном на ноцицептивный компонент боли в зависимости от степени его выраженности. Значительное облегчение боли после операции отмечали 80% пациентов.

#### **Выводы:**

1 Применяемые подходы к обезболиванию без учета вида боли и оценки эффективности обезболивания являются неудовлетворительными.

2 С целью улучшения лечебной тактики и для оценки адекватности обезболивания необходимо внедрять в повседневную практику методы оценки боли и проводить дифференцированную терапию боли в зависимости от ее вида и интенсивности в предоперационном и послеоперационном периоде у пациентов с заболеваниями позвоночника.

*A. A. Skovorodko\**

### **ASSESSMENT OF THE ADEQUACY OF ANALGESIA IN NEUROSURGICAL PATIENTS**

*Tutor PhD, Associate Professor R. E. Rzheutskaya  
Department of Anesthesiology and Reanimatology  
Belarusian State Medical University, Minsk*

#### **Литература**

1. Моррис, Уэ. и Ро. Гауке, 2014. Основы лечения боли. Архангельск: Архангельск, С. 5-6,8,16,.
2. Ферранте, Ф.Ма. и Ти.Р. Вейд Бонкора, 1998. Послеоперационная боль. Москва: Москва медицина, С. 117,131,.
3. Кирова, М.Ю. и В.В. Кузькова, 2014. Основы интенсивной терапии в анестезиологии в таблицах и схемах.. Архангельск: Северный ГМУ, С. 178-187.
4. Wiffen, Ph.J., Sh. Derry, R.A. Moore, D. Aldington and P. Cole, 2013. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. Cochrane, 11. Date Views 15.05.2016 [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010567.pub2/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010567.pub2/full).

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных  
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

---

5. Moore, R.A., Sh. Derry, Do. Aldington, Pe. Cole and Ph.J. Wiffen, 2015. Amitriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane, 7. Date Views 15.05.2016  
[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008242.pub3/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008242.pub3/full).

6. Moore, R.An., Ei.A. Kalso, De. Sheena, To.Ru. Tölle and Na.B. Finnerup, 2015. Antidepressant drugs for neuropathic pain - an overview of Cochrane reviews. Cochrane, 4. Date Views 15.05.2016  
[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011606/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011606/full).

7. Deng, Yu., Le. Luo, Yu. Hu, Ka. Fang and Ji. Liu, 2016. Clinical Practice Guidelines for the Management of Neuropathic Pain. Medscape, 16. Date Views 15.05.2016  
[medscape.com/viewarticle/861631](http://medscape.com/viewarticle/861631).

8. Schuller, Y., G.E. Linthorst, C.E. Hollak, I.N. Van Schaik and M. Biegstraaten, 2016. Pain Management Strategies for Neuropathic Pain in Fabry Disease. Medscape, 16. Date Views 15.05.2016  
[medscape.com/viewarticle/860898](http://medscape.com/viewarticle/860898).