

# Особливості оцінювання передопераційного стресу та ефективності післяопераційного знеболювання при малоінвазивних урологічних операціях

С.О. Возіанов<sup>1</sup>, О.О. Підмурняк<sup>2</sup>, С.А. Собчинський<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут урології Національної академії медичних наук України», м. Київ

<sup>2</sup>Хмельницька обласна лікарня

У статті наведені результати вивчення показників передопераційного стресу у пацієнтів, яким виконували малоінвазивні та відкриті урологічні операції. Застосовані декілька типів спеціальних анкет, опитування за якими свідчать про високий рівень передопераційної тривожності та потреби у поінформованості. При малоінвазивних операціях ступінь передопераційного стресу та післяопераційний больовий синдром вірогідно менші, ніж при відкритих операціях.

**Ключові слова:** передопераційний стрес, малоінвазивна урологія, больовий синдром, анкетування тривожності.

Лапароскопічний метод поступово стає стандартом у лікуванні низки урологічних захворювань, витісняючи традиційні операції, у зв'язку з істотними його лікувальними й економічними перевагами [2, 4]. У 2005 році при розмірі пухлини більше 6 см майже 20% онкоурологів рекомендували відкриту нефректомію, на сьогодні – лише 10%, а при пухлинах до 3 см – 40%, а на сьогодні – 28%. Радикальну лапароскопічну нефректомію в США виконують у 77% випадків, у Європі та Азії – в 74% випадків, Канаді – у 55%. Малоінвазивна хірургічна практика має переваги перед традиційними відкритими втручаннями, що полягає не тільки у мінімальній інвазивності та швидкій репарації операційного доступу, у коротшому перебуванні у стаціонарі, але й у зменшенні болю у пацієнтів, як за силою, так і за тривалістю, у зменшенні потреби у знеболювальних засобах, швидкій фізичній та психологічній реабілітації [4, 9]. Аспекти самопочуття та сприйняття пацієнтом оперативного втручання останнім часом незаслужено відійшли на задній план, але вони є важливою складовою успішного результату операції [1].

**Мета дослідження:** вивчити ступінь передопераційної тривожності та потреби у поінформованості про особливості проведення оперативного втручання в урологічних пацієнтів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі вивчали дані, отримані у 34 пацієнтів (15 жінок, 19 чоловіків), оперованих з приводу пухлин нирок та каменів верхніх відділів сечоводів, з використанням ендовідеохірургічної методики в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2011–2012 рр. (основна група). Результати порівнювали з даними 16 пацієнтів контрольної групи з такою самою патологією у пацієнтів з відкритою операцією. Для оцінювання ступеня передопераційної тривожності застосовували спеціальну міжнародну анкету з 6 пунктів – Амстердамська шкала пе-

редопераційної тривоги та потреби в інформації (APAIS) [5, 8]. Перші два запитання оцінюють анестезіологічний компонент формування тривожності, четверте та п'яте – операційний, третє та шосте запитання свідчать про потребу у поінформованості пацієнтів. У загальному оцінюванні формуються два показника як сума балів кожної складової – тривожності (сума балів від 4 до 20) та поінформованості (сума балів від 2 до 10). У осіб з підвищеним хвилюванням проводили аналіз його компонентів за анкетною анестезіологічної та хірургічної передопераційної тривожності (ASPA). Обидві анкети побудовані за п'ятибальною шкалою Лікерта. Інтенсивність передопераційного очікування пацієнтів та післяопераційного болю у них оцінювали за допомогою поширеної в медицині візуальної аналогової шкали (ВАШ) з діапазоном від 0 до 100. Отримані результати обробляли статистично (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оперативні втручання з приводу пухлин нирок, кіст та каменів верхньої третини сечоводу є серйозною психологічною травмою для хворого. Наш аналіз засвідчив, що передопераційний стрес є у кожного пацієнта, незалежно від того, чи це відкрита операція, чи малоінвазивне втручання. Фактори, що сприяють його збільшенню, перш за все пов'язані зі ступенем інформаційної та психологічної передопераційної підготовки, попередніх оперативних втручань, тривалості захворювання. Сприйняття також залежить від віку та статі пацієнта, рівня його освіти. Основні результати оцінювання стресу за шкалою APAIS наведені в таблиці.

В основній групі кількість осіб з високою тривожністю складала 64,7%, в контрольній – 87,5%. Спостерігається суттєва різниця у показнику жінок та чоловіків. Жінки реагують більш емоційно (показник кореляції  $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ), їхній рівень тривожності склав  $14,3\pm 0,63$  проти  $11,4\pm 0,79$  у чоловіків ( $p<0,05$ ), що співпадає з результатами інших дослідників [1, 10].

Показники застосованої нами ВАШ передопераційного очікування пацієнтів корелювали із загальним рівнем тривожності ( $r=0,68$ ,  $p<0,001$ ). Ступінь тривожності, визначений за ВАШ, був дещо меншим в обох групах, ніж за шкалою APAIS, але зі збереженням різниці між ними. Показники ВАШ корелювали з відповідями на запитання шкали анестезіологічної та хірургічної передопераційної тривожності (ASPA) – із загальним показником ( $r=0,61$ ,

$p < 0,001$ ) та окремими запитаннями (від  $r = 0,42$ ,  $p < 0,05$  до  $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ).

Результати оцінювання післяопераційного більового синдрому за шкалою ВАШ були відповідно в основній групі 38,6% і в контрольній – 67,4% ( $p < 0,05$ ). При цьому не було встановлено вірогідної кореляції між передопераційною тривожністю за будь-якою зі шкал і інтенсивністю післяопераційного болю ( $r = 0,20$ ,  $p = 0,34$ ).

Потреба в поінформованості залишається високою і практично однаковою в обох групах без різниці між жінками і чоловіками. У пацієнтів із достатнім об'ємом інформації про знеболювання та хід операції ступінь тривожності загалом нижчий.

Таким чином, у всіх пацієнтів напередодні оперативного втручання є достатньо високий рівень тривожності. Це може вплинути негативно, як на перебіг самої операції, так і на якість надання анестезіологічної підтримки [6, 7, 9].

### ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів, яких оперують з приводу урологічної патології, спостерігається високий рівень тривожності, що може ускладнити ефективну анестезіологічну підтримку. При малоінвазивних операціях рівень тривожності вірогідно нижчий, ніж при відкритих.

2. Для експрес-оцінювання рівня тривожності ВАШ є простою у застосуванні і достатньо інформативною для виділення групи пацієнтів, які потребують на додаткову увагу анестезіолога в передопераційний період.

### Особенности оценки предоперационного стресса и эффективности послеоперационного обезболивания при малоинвазивных урологических операциях С.А. Возианов, А.А. Пидмурняк, С.А. Собчинский

В статье приведены результаты изучения показателей предоперационного стресса у пациентов с малоинвазивными и открытыми урологическими операциями. Были применены несколько типов специальных анкет, опросы по которым свидетельствуют о высоком уровне предоперационной тревожности и потребности в информировании. При малоинвазивных операциях степень предоперационного стресса и послеоперационный болевой синдром достоверно меньше, чем при открытых операциях.

**Ключевые слова:** предоперационный стресс, малоинвазивная урология, болевой синдром, анкетирование.

### Сведения об авторе

Возианов Сергей Александрович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а; тел.:(044) 486-66-60.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артюшкина В.К. Предоперационный стресс: психологические особенности пациентов с учетом возрастных и гендерных различий / В.К. Артюшкина, Д.В. Сологуб // Российская оториноларингология. – 2012. – № 1. – С. 24–29.  
2. Пучков К.В. Хирургическое лечение рака почки сегодня: лапароскопическая радикальная нефрэктомия и ре-

зекция почки / К.В. Пучков, В.Б. Филлимонов, А.А. Крапивин, Р.В. Васин // Урология. – 2008. – № 1. – С. 52–58.  
3. Серняк Ю.П. Методология освоения лапароскопической хирургии в урологии / Ю.П. Серняк, Ю.В. Роцин, А.С. Фуксон, М.В. Криштопа / Урология. – 2006. – № 3. – С. 50–55.  
4. Теодорович О.В. Лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая ре-

### Ступінь передопераційної тривожності та потреби в інформації у пацієнтів

Показник	Основна група (34)		Контрольна група (16)	
	М	m	М	m
Запитання 1	3,3	0,17	3,9*	0,22
Запитання 2	3,1	0,17	3,8*	0,21
Запитання 3	3,2	0,16	3,1	0,26
Запитання 4	3,3	0,18	4,0*	0,24
Запитання 5	3,0	0,17	3,9*	0,22
Запитання 6	3,8	0,12	3,9	0,25
Тривожність	12,7	0,57	15,6*	0,69
Поінформованість	6,9	0,21	7,0	0,24

Примітка: – \* вірогідність різниці між групами  $p < 0,05$ .

3. Передопераційна підготовка повинна включати необхідну пацієнту інформацію про майбутнє знеболювання та хід і тривалість операції.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати вимагають подальшого поглибленого вивчення проблем покращання передопераційної підготовки та якості життя пацієнтів із урологічною патологією.

### Peculiarities of preoperative stress estimation and efficiency of postoperative anesthesia at low-invasive urological operations S.A. Vozianov, A.A. Pidmurniak, S.A. Sobchinskiy

In the article the results of study of preoperative stress in patients with low-invasive and open urology operations were shown. A few types of special questionnaires were used and the high level of preoperative anxiety and the requirements in anesthesia were established. In low-invasive operations the degree of preoperative stress and postoperative pain syndrome was lower, than in operations of open type.

**Key words:** preoperative stress, low-invasive urology, pain syndrome, anxiety questionnaires.

Статья поступила в редакцию 16.07.2013