

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ
(проспективное исследование)**

*ЕВДОКИМЕНКО Е. Г., СУББОТИНА Н. С.,
член-корреспондент РАМН ДУДАНОВ И. П.*

*ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск*

Евдокименко Е. Г., Субботина Н. С., Дуданов И. П. Сравнительная оценка вариантов лечения послеоперационного болевого синдрома в амбулаторной хирургии (проспективное исследование) // Мед. акад. журн. 2010. Т. 10. № 1. С. 91–95. ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, 185910, пр. Ленина, 33.

Изучены возможности использования альтернативного (немедикаментозного) метода остеопатической мануальной терапии в купировании послеоперационного болевого синдрома у пациентов с гнойными заболеваниями пальцев кисти в послеоперационном периоде. В контрольной группе в соответствии с принятой методикой обезболивания вводили анальгетики через 40 мин после операции, и далее лечение осуществляли по соответствующей схеме. В основной группе вместо инъекции анальгетика через 40 мин после операции проводили однократный сеанс остеопатического лечения. В рассматриваемой ситуации оптимальным представлялось использование остеопатической техники ритмичного сбалансированного обмена, описанной R. E. Becker (2000). Сравнение проводилось по выраженности болевого синдрома и продолжительности лечения. Оценку интенсивности болей в обеих группах проводили в одни и те же временные промежутки. Использование остеопатического лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде не только уменьшает боль, позволяя обойтись без анальгетиков, но и обеспечивает сокращение сроков лечения.

Ключевые слова: болевой синдром, остеопатическое лечение.

Evdokimenko E. G., Subbotina N. S., Dudanov I. P. Comparative estimation of variants of treatment postoperative painful syndrome in outpatient surgery (prospective research) // Med. Acad. Journ. 2010. Vol. 10. № 1. P. 91–95. Petrozavodsk State University, Petrozavodsk, 185910.

Possibilities of use of an alternative (not medicamentous) method osteopathic manipulation in knocking over of a postoperative painful syndrome at patients with purulent diseases of fingers of a brush in the postoperative period are studied. In control group according to the accepted technique of anaesthesia entered analgesic in 40 minutes after operation and further treatment carried out under corresponding scheme. In the basic group instead of an injection analgesic in 40 minutes after operation spent a unitary session osteopathic treatments. In a considered situation optimum use osteopathic the technics of the rhythmical balanced exchange described was represented R. E. Becker (2000). Comparison was spent on expressiveness of a painful syndrome and duration of treatment. An estimation of intensity of pains in both groups spent to the same time intervals. Use osteopathic treatments of a painful syndrome in the early postoperative period not only reduces a pain, allowing to do without analgesics, provides reduction of terms of treatment.

Key words: a painful syndrome, osteopathic treatment.

Для корреспонденции: Субботина Наталья Сергеевна, д. м. н., зав. кафедрой неврологии ПетрГУ; 185910, Петрозаводск, пр. Ленина, д. 33; тел.: +79214569074; e-mail: nataliyasubbotin@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

С развитием новых технологий в хирургии, особенно при использовании их в амбулаторных условиях и, в частности, в рамках дневного стационара, все большее значение приобретают проблемы преодоления послеоперационной боли [6]. Достижения в изучении механизмов формирования боли, наличие целого арсенала лекарственных средств, воздействующих на разные уровни ноцицепции, полностью не смогли решить проблему обеспечения послеоперационной анальгезии [9, 15]. Достаточно трудно прогнозировать, какой будет реакция пациента на

болевого раздражитель той или иной интенсивности. Еще сложнее предсказать способность какого-либо анальгетика предупредить эту реакцию у конкретного пациента [3, 15]. В настоящее время анестезиологи уделяют все больше внимания комфортности анестезии и анальгезии, особенно это касается различных методов местного обезболивания в амбулаторной практике [8].

В связи с изложенным, немалый интерес представляет изучение возможности использования альтернативного (немедикаментозного) метода ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Цель работы: оценить возможности остеопатической мануальной терапии в купировании послеоперационного болевого синдрома у пациентов с гнойными заболеваниями пальцев кисти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом для данного проспективного исследования служили 40 пациентов мужского пола в возрасте от 19 до 23 лет – физически крепкие люди одной национальности (русские), сходного социального положения и уровня образования (курсанты, студенты), проживающие в одной географической местности (Северо-Западный федеральный округ). Все они имели гнойную патологию пальцев кисти – панариций (подкожный, сухожильный, костный).

Пациенты оперированы в клинике амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова (С.-Петербург) квалифицированными хирургами по единому стандарту. Всем больным по экстренным показаниям выполнена одномоментная операция под местной анестезией – проводниковой блокадой пальцевых нервов по Лукашевичу-Оберсту 1% раствором новокаина в объеме 10–15 мл, что позволило исключить влияние анестетиков на центральную нервную систему. Все больные получали антибактериальное лечение по существующим стандартам.

До операции пациенты были разделены случайным методом на две группы по 20 человек в каждой – контрольную и основную. В *контрольной группе* в соответствии с принятой методикой обезболивания вводили анальгетики через 40 мин после операции, и далее лечение осуществляли по соответствующей схеме. В *основной группе* вместо инъекции анальгетика через 40 мин после операции проводили однократный сеанс остеопатического лечения длительностью 30–40 мин. Поскольку хирургическая агрессия влияет на организм в целом, то в рассматриваемой ситуации оптимальным представлялось использование остеопатической техники ритмичного сбалансированного обмена (РСО), описанной R. E. Becker (2000).

Сравнение между группами проводилось по выраженности болевого синдрома и продолжительности лечения. Оценка интенсивности болей в обеих группах происходила в одни и те же временные промежутки:

- через 40 мин после операции (перед введением анальгетика в контрольной группе и началом остеопатического лечения в основной);
- через 1,5 ч после операции, т. е. по завершении остеопатического лечения в основной группе и через 40 мин после введения обезболивающего средства в контрольной;
- через 3 ч после операции;
- через 12 ч после операции.

Интенсивность болей определяли методом опроса с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [7]. Пациентам предлагали с помощью черной вертикальной полоски установить ощущаемую на данный момент силу боли в оперированной конечности. Результаты оценивали статистически с проверкой двух гипотез: о равенстве дисперсий и о равенстве средних с распределением по закону Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для проведения перспективного клинического исследования немаловажное значение имеют исходные принципы формирования клинического материала. Исследование проводилось на мужчинах, поскольку они меньше подвержены психологическому воздействию и, как правило, хуже переносят боль [4]. Молодой возраст позволил исключить такие факторы, как усиление болевой чувствительности и возрастание ошибки среднего из-за расширения диапазона ответов в старших возрастных группах [5].

Выбор гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти в качестве патологии определялся их распространенностью (примерно у 1% населения в год) и значимым местом, которое они занимают в сфере амбулаторной хирургии [2].

ВАШ была выбрана в качестве метода наблюдения за динамикой послеоперационного болевого синдрома по ряду причин [7]:

- 1) этот метод позволяет определить действительную интенсивность болей;
- 2) большинство пациентов легко усваивают и правильно используют ВАШ;
- 3) результаты исследования воспроизводимы во времени;
- 4) достигается более адекватная оценка эффекта обезболивания по сравнению со словесной характеристикой.

R. E. Becker (2000) назвал операцию «организованно созданной травмой». В ответ на повреждение, нанесенное тканям в ходе хирургического вмешательства, возникает каскад физиологических реакций, который приводит к ощущению боли и нарушению гомеостаза. Остеопатическое обследование, проведенное у всех больных через 40 мин после операции до введения анальгетика или начала остеопатического сеанса, было нацелено на выявление наиболее характерных дисфункций, обусловленных хирургической агрессией. Они заключались преимущественно в выраженном общем мышечном напряжении (особенно мышц плечевого пояса и диафрагмы) и неравномерном фасциальном движении с выключением из общего движения фасциальных структур оперированной конечности, что свидетельствует о правильности выбора техники сбалансиро-

ванного ритмичного обмена в качестве остеопатического пособия.

В соответствии с холистической направленностью остеопатии задача лечения состоит в том, чтобы «пробудить» физиологию тела пациента для лечения травмы или заболевания посредством использования ресурсов собственных анатомо-физиологических механизмов [13]. Не вдаваясь в детали техники РСО, подчеркнем, что остеопат, мануально следуя за пальпируемым им движением фасции, достигает релиза тканей, и физиология тела пациента начинает функционировать на более здоровом уровне [10].

При первой оценке через 40 мин после операции у пациентов обеих групп констатирован высокий уровень интенсивности боли (рис. 1).

Еще через 40 мин, т. е. к моменту окончания остеопатического лечения в основной группе и начала действия анальгетика в контрольной, для первой были характерны показатели средней и низкой интенсивности боли, а для второй – средней и высокой (рис. 2).

Через 3 ч в основной группе по сравнению с предыдущим измерением боль уменьшилась, а в контрольной группе – усилилась, что было связано с ослаблением действия анальгетика с течением времени (рис. 3).

Последнее измерение через 12 ч показало, что в основной группе достигнута стабилизация болевых ощущений на низком уровне, а в контрольной они оставались на высоком и среднем уровнях, и только намечалась тенденция к снижению интенсивности боли (рис. 4).

Результаты проверки гипотезы о равенстве дисперсий подтвердили наличие статистически значимых различий интенсивности послеоперационного болевого синдрома в сравниваемых группах во всех временных точках в пользу остеопатического пособия ($p = 0,05$).

Феномен боли базируется на восприятии и переработке раздражения. Известно, что нервная система животных и человека способна реагировать на повреждение посредством защитных механизмов. Периферическая нервная система собирает информацию

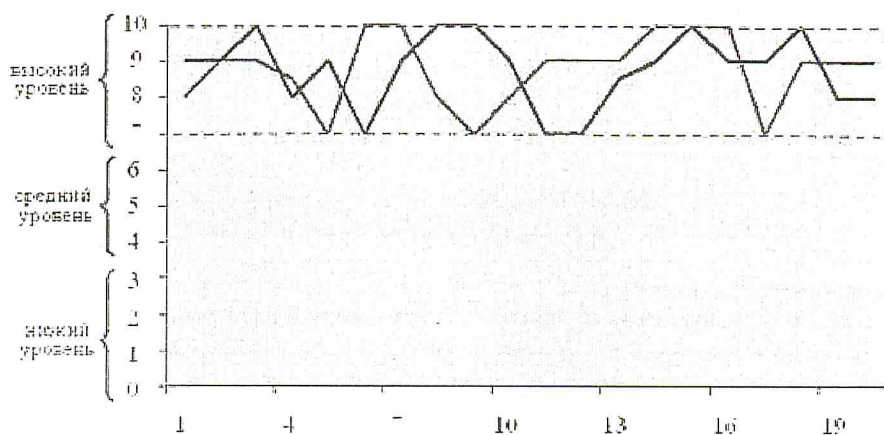


Рис. 1. Интенсивность болевого синдрома (40 мин): по вертикальной оси – баллы по ВАШ, по горизонтальной оси – пациенты

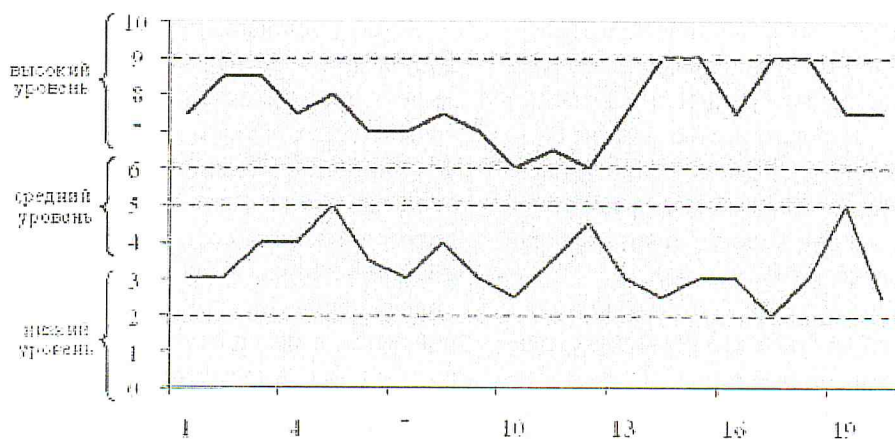


Рис. 2. Интенсивность болевого синдрома (1 ч 30 мин): по вертикальной оси – баллы по ВАШ, по горизонтальной оси – пациенты

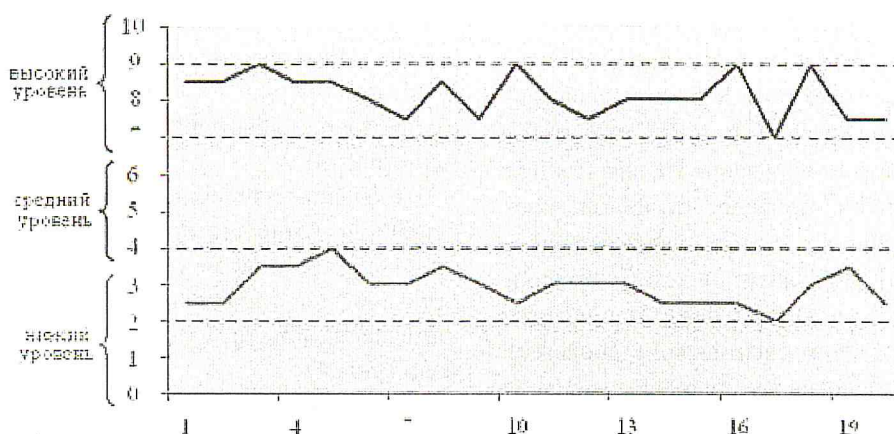


Рис. 3. Интенсивность болевого синдрома (3 ч): по вертикальной оси – баллы по ВАШ, по горизонтальной оси – пациенты

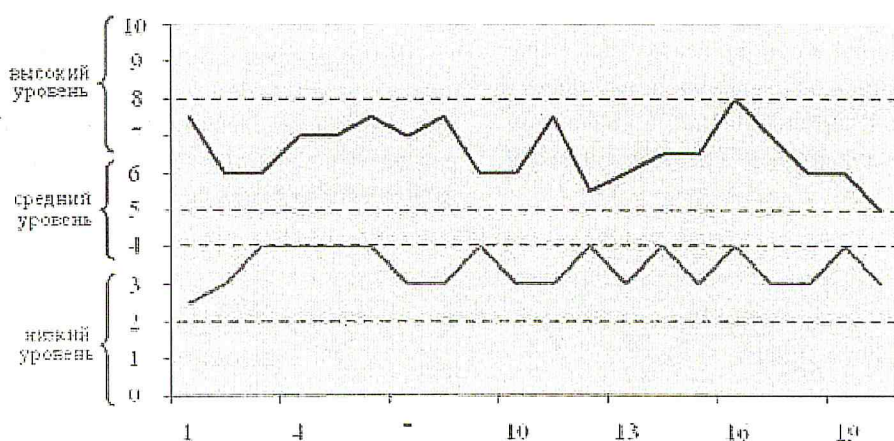


Рис. 4. Интенсивность болевого синдрома (12 час): по вертикальной оси – баллы по ВАШ, по горизонтальной оси – пациенты

о раздражениях с помощью определенных нервных структур – ноцицепторов. Они преобразуют информацию о боли в нервный импульс, который посылается через нервные волокна к спинному мозгу и далее – к стволу головного мозга. В нем происходит переключение импульса на центральные нейроны. Спинной мозг перерабатывает информацию от ноцицепторов в двигательные или симпатические рефлекссы, а в стволе головного мозга происходит интеграция болевой информации в регуляцию вегетативных функций [14, 12, 15]. Остеопатическое лечение было среди прочего направлено на уменьшение мышечного спазма посредством прерывания рефлекторной дуги с тем, чтобы разорвать замкнутый круг реакции организма на хирургическую агрессию.

Другой важный показатель – это средний срок лечения пациентов в клинике в сравниваемых группах. В основной группе он был равен 7,6 дня, в контрольной – 10,8 дня. Таким образом, купирование реакции организма на хирургическую агрессию с помощью остеопатической терапии позволило сократить продолжительность лечения в среднем на 30%

по сравнению с контрольной группой. Это различие оказалось статистически значимым.

В дополнение к описанным результатам были отмечены и другие положительные эффекты остеопатического лечения, как-то более быстрое спадение отека, меньшая потребность в перевязках, отсутствие осложнений (табл. 1).

Отек в основной группе наблюдался в течение 2 дней при 4–5 днях в контрольной группе. Этот эффект остеопатической терапии следует связать, прежде всего, с ее воздействием на фасции [1, 11]. Фасции непосредственно задействованы во всем происходящем в месте повреждения, поскольку они intimately связаны со всеми структурами. По сути, фасции первыми испытывают на себе последствия повреждения. Между слоями фасций лежат артерии, вены, нервы и лимфатические сосуды. Благодаря этому фасции участвуют в реализации жизненно важных функций циркуляции тканевых жидкостей, и соответственно работа на них ведет к нормализации кровотока, лимфотока, мышечного тонуса. Фасция составляет непосредственное окружение каждой жи-

Показатели эффективности остеопатического лечения

Показатели	Группы больных		Достоверность различий, р
	основная	контрольная	
Отек (в днях)	2	4–5	0,05
Количество перевязок	5	8	0,05
Продолжительность антибиотикотерапии (сутки)	5	8	0,05
Осложнения	–	2	0,05
Средняя продолжительность лечения в клинике (сутки)	7,6	10,8	0,05

вой клетки тела, поэтому оказывает прямое и косвенное влияние на их метаболизм, помогает выведению продуктов обмена. Соответственно улучшаются репаративные процессы, что в конечном итоге могло обусловить меньшую потребность в перевязках и сокращение сроков лечения по сравнению с контрольной группой.

Полученные результаты заставляют вновь обратиться к высказываниям Р. Е. Беккера (2000): «Всё в организме имеет своё предназначение и готово выполнить его при малейшем шансе. При таком условии последствия травмы будут уменьшены и исчезнут в более короткий срок, болезнь легче пройдет через свой цикл и успешно разрешится».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнение основной и контрольной групп по ряду показателей позволяет сделать вывод о высоком эффекте остеопатического лечения болевого синдрома. Его использование в раннем послеоперационном периоде не только уменьшает боль, позволяя обойтись без анальгетиков и, соответственно, избежать их побочных эффектов, но и улучшает кровообращение, оптимизирует репаративные процессы, что в конечном итоге обеспечивает сокращение сроков лечения.

Литература

- Беленький Ю. С. Фасция, ее топография и прикладное значение с точки зрения анатома, хирурга и остеопата. СПб.: Издательский дом «Принт», 2007. 251 с.
- Гармаев А. Ш. Костная аутопластика после некрэксвестрэктомии в комплексном лечении тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти // Анн. хирургии. 2008. № 4. С. 74–78.
- Грицай А. Н. Влияние «упреждающей» анальгезии на формирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 17 с.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней, сетроренные заболевания. М.: Медицина, 1939.
- Марочков А. В., Якимов Д. А. Оценка эффективности применения двух различных визуальных шкал для количественного измерения острой боли // Анестезиология и реаниматология. 2008. № 4. С. 50–52.
- Питенин Ю. И. Оказание помощи больным с травмой кисти в условиях дневного хирургического стационара // Амб. хирургия. 2008. № 3 (31). С. 7–9.
- Послеоперационная боль: Руководство / Под ред. Ф. М. Ферранте, Т. Р. Вейд Бонкора; пер. с англ. М., 1998.
- Светлов В. А., Зайцев А. Ю., Козлов С. П. Психоэмоциональный комфорт – специальный компонент анестезии? // Анестезиология и реаниматология. 2008. № 5. С. 88–91.
- Стамов В. И., Светлов В. А., Маячкин Р. Б. Упреждает ли упреждающая анальгезия? // Анестезиология и реаниматология. 2008. № 5. С. 61–64.
- Becker R. E. The stillness of life. The osteopathic philosophy of Rollin E. Becker, D. O. / Edited by Rachel E. Brooks, M.D. Portland: Stillness Press, 2000. 273 p.
- Cathie A. G., England R. W. The clinical importance of fascia // Academy of Applied Osteopathy. Year Book. 1968. P. 87–103.
- Parsons J., Marcer N. Osteopathy. Models for diagnosis, treatment and practice Lond.: Elsevier, 2005. 341 p.
- Seffinger A. Development of osteopathic philosophy // Foundations of Osteopathic Medicine. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. P. 3–7.
- Van Buskirk R.L. Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: a model // J. Am. Osteopath. Assn. 1990. Vol. 90. № 9. P. 792–809.
- Winter V., Funke C., Sablotzki F. Послеоперационная противоболевая терапия у детей // Анестезиология и реаниматология. 2008. № 1. С. 55–61.