

БОЛЬ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. КАК НАМ ЕЁ ОЦЕНИВАТЬ?

Боль – субъективное понятие и ее диагностика у детей является непростой задачей. Два основных критерия по которым должна быть выполнена оценка боли для эффективного лечения – это определение ее патогенеза (ноцицептивная, нейропатическая и дисфункциональная) и интенсивности [1].

Определение патогенетического типа боли

Важность оценки патогенеза боли связана со спецификой терапии каждого из ее типов. Боль, возникающая в послеоперационном периоде, в большинстве случаев является ноцицептивной. Однако, при повреждении нервных стволов, сплетений или определенных отделов ЦНС возможно присоединение нейропатического компонента боли. Существуют специальные опросники и схемы дифференциальной диагностики между ноцицептивной и нейропатической болью [1]. Определить тип боли крайне сложно у детей младше 5–7 лет из-за невозможности ими описать свое ощущение. Одним из оснований для подозрения на наличие «неноцицептивной боли» может быть отсутствие эффективности препаратов, используемых для лечения ноцицептивной боли. Но мы понимаем, что такой подход не является лучшим, так как причина неэффективности анальгетика не всегда кроется в наличие другого типа боли, а обусловлена, например, индивидуальными особенностями рецепторов или метаболизма препаратов [2]. Редким типом боли является дисфункциональная боль, запускаемая психоэмоциональным напряжением. Необходимо учитывать возможность комбинация нескольких типов боли.

Определение интенсивности боли

У новорожденных и детей младшего возраста при оценке боли обращают внимание на внешний вид ребенка (положение тела, напряжение мышц, выражение лица) и его поведение (беспокойство, стон, плач, крик). Способность вербально сообщать о наличии боли появляется в возрасте между 3 и 4 годами. У детей, которые не умеют хорошо говорить, а также при задержке физического развития из-за недостаточного

питания или заболеваний определение интенсивности боли затрудняется и в этом случае следует использовать критерии оценки интенсивности боли невербальных пациентов. Важно понимать, что дети с недостаточным питанием, апатией, вызванной хроническим процессом, или задержкой психического развития демонстрируют боль менее ярко, чем их сверстники и могут проявлять ее тихим стоном, хныканьем. Дети школьного возраста и подростки могут отрицать наличие боли из-за страха болезненного введения анальгетика (например, введение анальгетика при помощи внутримышечной инъекции).

Для унификации оценки боли у детей разного возраста предложено большое количество шкал и вопросников [1, 3]. Мы представляем наиболее эффективные и удобные для практического применения.

Если пациент школьного возраста, способен понимать речь и отвечать на вопросы применяют стандартную для взрослых визуально-аналоговую или вербальную шкалу.

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ), представляет собой линию или ее модификации в виде полосы или треугольника с возможной окраской разной степени интенсивности [4]. Левый край соответствует отсутствию боли, правый непереносимой боли. На обратной стороне нанесена 10-балльная шкала. Отметка пациента на шкале, соответствующая ощущаемой интенсивности боли, соотносится с соответствующим баллом. Не менее эффективной является вербальная шкала с предложением ребенку описать боль одним из слов: боли нет, слабая боль, умеренная боль, сильная боль, очень сильная боль, сильнее боли не бывает.

Из-за сложности понимания вышеописанных шкал для детей дошкольного возраста старше 3 лет создана шкала с изображением лиц [5], выражающих разные эмоции (рис.). Многие пациенты более



Рисунок. Шкала «Лица» [6]

Таблице 1. Шкала послеоперационной оценки боли у новорожденных и детей младше 5 лет (CHIPPS)

Плач	Нет	0
	Тихий плач	1
	Громкий плач	2
Выражение лица	Спокойное или улыбка	0
	Гримаса губ	1
	Гримаса губ и глаз	2
Положение тела	Спокойное	0
	Вынужденное	1
	Напряженное	2
Положение нижних конечностей	Нейтральное	0
	Сучит ножками	1
	Напряженное	2
Двигательная активность	Обычная	0
	Умеренное беспокойство	1
	Выраженное беспокойство	2

Оценка боли по сумме баллов: 0–3 – боли нет; 3–5 баллов – умеренная боль; 6–10 баллов – интенсивная боль.

старшего возраста при предложении нескольких вариантов шкал выбирают такой способ оценки, благодаря хорошей наглядности.

Особенно сложной задачей является оценка интенсивности боли у пациентов, с которыми невозможно установить контакт (дети до трех – пяти лет, дети с нарушением сознания или психическими заболеваниями, пациенты в состоянии седации). При невозможности выполнить самооценку боли, ее осуществляет врач, медицинская сестра или родители (после инструктажа) по нескольким критериям, косвенно отражающим это ощущение: повышение артериального давления, тахикардия, увеличение частоты дыханий, гримасы, напряженная поза, малоподвижность. Множество существующих шкал, применяемых для такой комплексной оценки, является косвенным подтверждением отсутствия идеальной методики измерения боли у этой категории пациентов. Одна из наиболее часто цитируемых и применяемых шкал для оценки послеоперационной боли у новорожденных и детей младше 5 лет представлена в таблице 1 [7]. В сложных для интерпретации случаях можно применить пробное обезбоживание.

Мониторинг боли

Оценку боли необходимо проводить постоянно. Если планируется самооценка интенсивности боли, ребенку и его родителям объясняют методику ее проведения до операции [8]. Также важно заранее, в доступной форме, информировать о планируемой технологии обезбоживания. Две последние рекомендации имеют силу (важны для применения), но сохраняют невысокий уровень доказательности. Боль в разных участках тела или тканей следует оценивать отдельно, т.к. она может иметь разный патогенез и интенсивность. Цель диагностики боли – изменение плана лечения таким образом, чтобы добиться исчезновения боли или ее максимального облегчения. Оценка интенсивности боли как при первичном осмотре, так и на любом из последующих этапов лечения должна стать рутинной. Такой подход позволяет следить за динамикой боли, оценивать эффективность назначенной терапии и обеспечивать своевременную ее коррекцию.

Ульрих Г.Э.

Литература

1. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. М.: *Практическая медицина*. 2014. 208 с.
2. Спасова А.П., Барышева О.Ю., Тихова Г.П. Полиморфизм гена катехол-о-метилтрансферазы и боль. *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. 2017; 11(1): 6–12.
3. Александрович Ю.С., Гордеев В.И. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний. СПб.: *Элби-СПб*; 2015. 320 с.
4. McGrath P. A., Seifert C. E., Speechley K. N., et al. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*. 1996; 64(3):435–43.
5. Wong D.L., Baker C.M. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr. Nurs*. 1988; 14 (1): 9–17.
6. Wong D. L., Hockenberry-Eaton M., Wilson D., et al. *Wongs Essentials of Pediatric Nursing*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001.
7. Buttner W., Finke W. Analysis of behavioral and physiological parameters for the assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children: a comprehensive report on seven consecutive studies. *Paediatric Anaesthesia*. 2000; (10): 303–18.
8. Заболотский Д.В., Корячкин В.А., Ульрих Г.Э. Послеоперационная анальгезия у детей. Есть ли доступные методы сегодня? (современное состояние проблемы). *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. 2017; 11(2): 64–72.