А. О. Колотвін,
М. А. Кашталъян,
Л. І. Колотвіна,
О. А. Квасневський,
Е. А. Квасневський,
В. Ю. Ільїна-Стогнієнко

Одеський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ БОЛЮ У ХВОРИХ ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Реферат. *Мета.* Встановити діагностичну цінність застосування шкали для оцінки тяжкості болю із визначенням інтенсивності больового синдрому у хворих гострим калькульозним холециститом у пацієнтів із хронічними вірусними гепатитами.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось в період з 2016 по 2021 рр. у відділенні невідкладної хірургії Військово-медичного клінічного центру. На першому етапі діагностична схема включала тільки опитування з метою виявлення потенційних факторів ризику інфікування та анамнестичних даних наявності ХВГ, діагностованого в минулому. На другому етапі в діагностичну схему поряд з опитуванням було впроваджено експрес тести визначення антигенів та анти-тіл до ХВГ.

Результати дослідження. Пацієнти по різному реагують на біль і відчуття болю носить індивідуальний суб'єктивний характер.

Висновки. Кількісна оцінка та реєстрація інтенсивності больового синдрому за допомогою візуально-аналогової шкали дозволяють доповнити комплексну інформацію про загальний стан хворого, що необхідно для вибору оптимального лікування в умовах невідкладної хірургії.

Ключові слова: *гострий калькульозний холецистит, больовий синдром, хронічний вірусний гепатит.*

Вступ

Серед загальної кількості захворювань органів травлення жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) продовжує займати одне з провідних місць та є одним із найбільш розповсюджених захворювань в сучасній медицині [1, 2]. Необхідно зазначити, що опитування відноситься до неспецифічних інструментів детального вивчення історії хвороби пацієнта та є важливим і обов'язковим при вивченні скарг та анамнезу життя [3].

З метою встановлення основного та супутніх захворювань, проведення диференційного діагнозу та визначення ступеня тяжкості перебігу захворювання, вибору оптимальної тактики ведення пацієнтів всім госпіталізованим проводилось комплексне клінічне обстеження згідно зі стандартним протоколом, яке включало ретельне опитування скарг з їх деталізацією, збір анамнезу захворювання з цілеспрямованим виявленням факторів ризику інфікування хронічним вірусним гепатитом (ХВГ) та ХВГ, діагностованим в минулому [3].

При опитуванні визначались загальні дані хворого, враховуючи професію, професійні контакти з кров'ю, наявність в минулому травм, інвазивних маніпуляцій, зокрема, оперативні втручання, пірсинг, татуаж, особливо проведені в домашніх умовах, а також перене-

сені венеричні захворювання, сексуальна поведінка, наявність у одного з статевих партнерів в крові вірусу гепатиту В чи С, факт прийому ін'єкційних наркотиків, особливості алергічного та спадкового (сімейного) анамнезу, наявність в минулому жовтяниць, кровотеч, часте використання хворим парентерального введення препаратів, переливання крові, стоматологічних процедур, відвідування кабінетів манікюру та педикюру без використання індивідуальних інструментів [4]. Особлива увага приділялась пацієнтам, у яких при опитуванні були позитивні відповіді на питання, пов'язані з факторами ризику інфікування вірусами гепатиту В та С. При опитуванні також звертали увагу на супутні захворювання серцево-судинної, дихальної, травневої, сечовивідної систем. Особливо деталізувались скарги, наявність та кількість гострих нападів ЖКХ в минулому.

Больовий синдром є основним симптомом ЖКХ, а визначення інтенсивності больового синдрому вважається одним із важливих критеріїв оцінки тяжкості стану пацієнта, тому деталізації даної скарги приділялась велика увага [5].

Мета дослідження

Встановити діагностичну цінність застосування шкали для оцінки тяжкості болю із визначенням інтенсивності больового синдрому

у хворих гострим калькульозним холециститом у пацієнтів із хронічними вірусними гепатитами.

Матеріали та методи дослідження

Характерними клінічними ознаками болювого синдрому при ЖКХ є раптовий початок, наростаючий характер з локалізацією в області правого підбер'я і епігастральній ділянці та типовою іррадіацією в надключичну ділянку, під праву лопатку та праве плече. Початок болю пацієнти, як правило, пов'язували з надмірним вживанням жирної, гострої їжі, фізичним та психоемоційним напруженням. Необхідно зазначити, що болювий синдром у правому підбер'ї у пацієнтів з ЖКХ в поєднанні з ХВГ був, в першу чергу, проявом ЖКХ.

Дослідження проводилось в період з 2016 по 2021 рр. у відділенні невідкладної хірургії Військово-медичного клінічного центру. На першому етапі в період 2016-2018 рр. на передопераційному періоді діагностична схема включала тільки опитування з метою виявлення потенційних факторів ризику інфікування та анамнестичних даних наявності ХВГ, діагностованого в минулому. Серед пацієнтів з ЖКХ, прооперованих за даний період часу, виділено 23 (2,3%) пацієнти з ХВГ в анамнезі, які склали групу I.

На другому етапі у період 2019-2021 рр. в діагностичну схему на передопераційному періоді поряд з опитуванням було впроваджено експрес-тести визначення антигенів та антитіл до ХВГ. За цей період часу прооперовано 59 (7,2%) пацієнтів із ЖКХ та хронічним вірусним ураження печінки, які склали групу II. Вимірювання болю в реальній клінічній практиці представляє складну методологічну та організаційну проблему. Єдиної шкали для оцінки інтенсивності болювого синдрому не створено. Нами для кількісної оцінки інтенсивності болю в передопераційному періоді використана лінійна візуально-аналогова шкала, яка представляє собою лінію довжиною 10 см на чистому аркуші паперу (рис. 1). Використання лінійної візуальної аналогової шкали оцінки інтенсивності болювого синдрому є зручним, доступним, швидким, простим та інформативним методом, який відображає суб'єктивні відчуття хворого і доповнює загальну картину стану. Це найбільш широко застосовувана шкала для оцінки тяжкості болю [стандартизовані системи].

0 см Немає болю 10 см Нестерпний характер
Візуальна аналогова шкала болю

0 см — відсутність болю;
10 см — нестерпний характер болю

Рис. 1. Шкала для оцінки тяжкості болю

Пацієнт ставить крапку в тому місці, наскільки він суб'єктивно оцінює біль, а лікар за допомогою лінійки її вимірює:

- 0–1 см — біль вкрай слабкий;
- від 2 до 4 см — слабкий біль;
- від 4 до 6 см — помірний біль;
- від 6 до 8 см — дуже сильний біль;
- від 8 до 10 см — нестерпний біль.

Результати досліджень та їх обговорення

Майже кожний другий пацієнт, як в основній, так і в контрольній групі відмічав помірну інтенсивність болювого синдрому (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів із гострим калькульозним холециститом і хронічними вірусними гепатитами за інтенсивністю болювого синдрому на передопераційному періоді

Інтенсивність болювого синдрому	Група I, n = 23		Група II, n = 59	
Вкрай слабкий біль	—	—	—	—
Слабкий біль	—	—	—	—
Помірний біль, n (%)	11	47,8	29	50,9
Дуже сильний біль, n (%)	9	39,2	23	37,3
Нестерпний біль, n (%)	3	13,0	7	11,8

На дуже сильний біль скаржились в групі порівняння та в основній групі відповідно 9 (39,2%) та 23 (37,3%) пацієнти, в той час як нестерпний біль відмічав тільки кожний десятий. Іррадіація болю під праву лопатку спостерігалась практично у кожного другого пацієнта (52,4%), кожний третій (32,9%) відчував біль у правому плечі, а у 10,9% іррадіація болю була в праву підключичну ділянку.

Необхідно зазначити, що у обстежених нами пацієнтів із ЖКХ і ХВГ не було виявлено чіткого взаємозв'язку між інтенсивністю болювого синдрому та вираженістю морфологічних змін в жовчному міхурі. Так, у 68,4% з гангренозним холециститом відмічався помірний біль, в той час, як 66% пацієнтів з катаральним холециститом оцінювали біль, як дуже сильний. В той же час звертає на себе увагу факт, що пацієнти від 60 до 75 років оцінюють болювий синдром, як більш інтенсивний, ніж пацієнти до 60 років. Тобто, це ще раз підкреслює, що пацієнти по-різному реагують на біль і відчуття болю носить індивідуальний суб'єктивний характер.

Висновки

Кількісна оцінка та реєстрація інтенсивності болювого синдрому за допомогою візуально-аналогової шкали являється достатньо чутливим методом об'єктивізації болювого синдрому, яка дозволяє швидко доповнити комплексну інформацію про загальний стан хворого, що необхідно для вибору оптимального лікування, особливо в умовах невідкладної хірургії.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Вахрушев ЯМ, Хохлачева НА. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика. Архив внутренней медицины. 2016; 3(29):30-5.
2. Каштальян МА, Колотвін АО. Скринінг хворих на гострий калькулезний холецистит для виявлення прихованих форм вірусних гепатитів. Досягнення біології та медицини. 2018;2 (32):20-22.
3. Антонян ІМ, Зеленський ОІ, Черенко АВ, Торас ТС. Принципи застосування методик опитування в сучасній медицині. Вісник проблем біології і медицини. 2011; 4(90):15-8.
4. Малый ВП. Вирусные гепатиты энтеральные. Х.:ТОВ Шедра Садіба плюс, 2014, 240 с.
5. Свінціцький АС. Абдомінальний больовий синдром у клінічній практиці. Практикуючий лікар. 2013;3:11-6.
6. Рошин ГГ, Гур'єв СО, Мазуренко ОВ, та ін. Стандартизовані системи оцінки тяжкості пошкоджень та стану постраждалих. МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. К., 2014, 92 с.

REFERENCES

1. Vakhrushev YaM, Khokhlacheva NA. Zhelchnokamennaya bolezni: epidemiyologiya, faktory ryska, osobennosti klinicheskogo techeniya, profylaktyka. Arkhyv vnutrennei medytyny. 2016; 3(29):30-5 [In Ukr.].
2. Kashtalian MA, Kolotvin AO. Skryninh khvorykh na hostryi kalkuloznyi kholetsystyt dlia vyavleniya prykhovanykh form virusnykh hepatytiv. Dosiahnennia biolohii ta medytyny. 2018;2 (32):20-22 [In Ukr.].
3. Antonian IM, Zelenskyi OI, Cherenko AV, Toras TS. Pryntsyzy zastosuvannia metodyk opytuvannia v suchasniy medytyni. Visnyk problem biolohii i medytyny. 2011; 4(90):15-8 [In Ukr.].
4. Malyi VP. Virusnye hepatyty enteralnye. Kh.:TOV Shchedra Sadyba plus, 2014, 240 s. [In Ukr.].
5. Svintsitskyi AS. Abdominalnyi bolovyi syndrom u klinichnii praktitsi. Praktykuiuchy likar. 2013;3:11-6. [In Ukr.].
6. Roshchyn HH, Huriev SO, Mazurenko OV, ta in. Standartyzovani systemy otsinky tiazhkosti poshkodzhen ta stanu postrazhdalykh. MOZ Ukrainy, Natsionalna medychna akademiia pislidyplomnoi osvity im. P. L. Shupyka. K., 2014, 92 s. [In Ukr.].

DETERMINATION OF PAIN IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS

A. O. Kolotvin,
M. A. Kashtalyan,
L. I. Kolotvina
O. A. Kvasnevsky,
E. A. Kvasnevsky,
V. Yu. Illina-Stognienko

Summary. *The aim.* To establish the diagnostic value of the scale for assessing the severity of pain by determining the intensity of pain in patients with acute calculous cholecystitis in patients with chronic viral hepatitis.

Materials and methods of research. The study was conducted in the period from 2016 to 2021 in the Department of Emergency Surgery of the Military Medical Clinical Center. In the first stage, the diagnostic scheme included only surveys to identify potential risk factors for infection and anamnestic data on the presence of HCV diagnosed in the past. In the second stage, rapid tests for antigens and antibodies to HCV were introduced into the diagnostic scheme along with the survey.

Research results. Patients respond differently to pain, and the sensation of pain is individual and subjective.

Conclusions. Quantitative assessment and registration of the intensity of pain using a visual-analog scale can supplement the comprehensive information about the general condition of the patient, which is necessary to select the optimal treatment in emergency surgery.

Key words: *acute cholecystitis, pain syndrome, viral hepatitis.*