

**• ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР № 6**

**Поведенческие факторы риска и вмешательства, включая гипноз, при остром и хроническом болевом синдроме после операции**

Клинические наблюдения в течение длительного времени указывают, что чем сильнее ожидания пациента облегчения острой боли, развившейся вследствие заболевания или процедуры, тем больше шансов, что такое облегчение наступит [Benedetti F. The Patient's Brain. Oxford: Oxford University Press, 2011]. По мере того, как лечение острого болевого синдрома начало дифференцироваться от более общих периоперационных мероприятий, даже в ранних исследованиях подчеркивалась важность поведенческих факторов в контроле острой боли. Это продолжается и в настоящее время [Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2015), Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition), ANZCA & FPM, Melbourne].

* Контролируемые исследования, проведенные более чем пять десятилетий назад, показали, что пациенты, которые более активно участвуют в общественной жизни или чувствуют позитивные личные связи с персоналом, осуществляющим уход за ними, с более высокой вероятностью отметят положительный ответ на плацебо в качестве обезболивающего в послеоперационном периоде [Lasagna L, Mosteller F, von Felsinger JM, Beecher HK. A study of the placebo response. Am J Med 1954; 16: 770-779].
* Почти 50 лет назад контролируемые исследования предоперационной подготовки пациентов с предоставлением им подробной информации об операциях и связанных с ними процедурах, которые им предстояло пройти, включая ожидаемую интенсивность и продолжительность болей, показало снижение потребности пациентов в анальгезии морфином [Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport. N Engl J Med 1964; 270: 825-827].

Возникла картина спектра подготовки пациентов и факторов, которые оказывают воздействие на чувство острой боли после перенесенной операции.

* С одной стороны, существуют тревожные пациенты: они плохо информированы, с ограниченной социальной поддержкой, им не хватает уверенности в людях или в системе ухода за ними, внимание сосредоточено на катастрофизации их боли, чувстве отсутствия контроля или недостаточного контроля над операцией и процессом восстановления при недостаточном стремлении вернуться к своей предоперационной работе. В последние годы длительная предоперационная терапия опиоидными препаратами в высоких дозах была добавлена в этот список в связи с увеличением числа пациентов, которым проводят оперативные вмешательства после такого воздействия.
* С другой стороны, имеются пациенты, которые доверяют своим близким и медицинским работникам, ожидают хороших результатов оперативного вмешательства, ощущают себя контролирующими ситуацию (включая способность расслабиться по желанию), отвлекают свое внимание от боли и мотивированы вернуться к своему предыдущему уровню функционирования.

В некоторой степени эти особенности являются чертами характера, но они также являются состояниями, которые пациенты могут научиться достигать. На протяжении десятилетий большое количество исследований показало, что поведенческие механизмы эффективны в снижение острой послеоперационной боли и других симптомов, таких как тревога [Peck CL: Psychological factors in acute pain management. Chapter 10 in Cousins MJ, Phillips GD (eds): Acute Pain Management. New York: Churchill Livingstone, 1986, 251-274; Kay E: Hypnosis and the relaxation response. Chapter 21 in Ferrante FM, VadeBoncoeur TR (eds). Postoperative Pain Management. New York: Churchill Livingstone, 1993, 477¬484; Williams DA: Acute pain (with special emphasis on painful medical procedures). Chapter 10 in Gatchel RJ, Turk DC (eds). Psychosocial Factors in Pain. Critical Perspectives. New York: Guilford Press, 1999, 151-163].

Помимо обучения пациентов эти механизмы включают:

* Стандартные тексты для использования во время процедур, которые подготавливают пациентов к реструктуризации ощущений в эмоционально нейтральной, а не угрожающей терминологии (например, «тепло» или «дискомфорт», вместо «укол иглой»).
* Гипнотическое внушение или обучение самовнушению до проведения процедуры [Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non¬pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet 2000; 355: 1486-1490].
* Когнитивно-поведенческие методы, такие как управляемое воображение.
* Модификация внимания, включая отвлечение, виртуальную реальность и музыку.
* Релаксация, включая биологическую обратную связь и контролируемые дыхательные упражнения.

Хроническая послеоперационная боль (CPSP)

CPSP поражает от 10% до 20% пациентов. Оценка ее частоты и распространенности зависит от методов диагностики, характера оперативного вмешательства и обследованной популяции. Трансформация острой послеоперационной боли в CPSP является сложным процессом и отражает биологические, психологические и социальные факторы.[3] Сенсорные пути передают информацию от поврежденных тканей в центральную нервную систему, где психологические факторы модулируют чувство боли и индивидуальную реакцию на нее.

Психологические факторы, которые предсказывают развитие CPSP, включают в себя:

* Предоперационную депрессию [4]
* Предоперационную тревогу [8]
* Предоперационную катастрофизацию боли [7, 8]
* Симптоматику предоперационного посттравматического стрессорного расстройства [9]
* Предоперационный страх оперативного вмешательства [5, 10]
* Раннюю послеоперационную кинезиофобию [2, 6]

Вышеупомянутые факторы могут сосуществовать и объединяться для большего воздействия. Молодой возраст и принадлежность к женскому полу может увеличить их воздействие. Факторы могут варьировать в зависимости от типа оперативного вмешательства. Социальные факторы могут способствовать или сдерживать психологические влияния.

**Лечение, основанное на данных доказательной медицины, в профилактике CPSP**

На сегодняшний день было проведено только несколько хорошо продуманных, проспективных рандомизированных контролируемых исследований результатов психологического лечения, которые были специально посвящены предоперационным факторам риска, направленным на предотвращение или уменьшение CPSP. При этом шесть недель лечебной физкультуры на основе когнитивно- поведенческих методов представляются многообещающими в качестве комплексного лечения [1], и имеются растущие доказательства эффективности психосоматических вмешательств [11] и гипноза [12] в лечении болевого синдрома, инвалидизации и изменений настроения при острой травме и состояниях, сопровождающихся послеоперационными болями соответственно. Целенаправленные, масштабируемые и широко доступные методы лечения постоянно необходимы для удовлетворения потребностей сотен миллионов людей во всем мире, которые переносят хирургические вмешательства.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

[1] Archer KR, Devin CJ, Vanston SW, Koyama T, Phillips SE, George SZ, McGirt MJ, Spengler DM, Aaronson OS, Cheng JS, Wegener ST. Cognitive-Behavioral-Based Physical Therapy for Patients With Chronic Pain Undergoing Lumbar Spine Surgery: A Randomized Controlled Trial. The journal of pain : official journal of the American Pain Society 2016;17(1):76-89.

[2] Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley LH, 3rd, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. The spine journal : official journal of the North American Spine Society 2014;14(5):759-767.

[3] Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. Expert Rev Neurother 2009;9(5):723-744.

[4] Lewis GN, Rice DA, McNair PJ, Kluger M. Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth 2015;114(4):551-561.

[5] Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, Marcus MA, Vlaeyen JW, van Kleef M. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. Annals of surgery 2007;245(3):487-494.

[6] Roelofs J, van Breukelen G, Sluiter J, Frings-Dresen MH, Goossens M, Thibault P, Boersma K, Vlaeyen JW. Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and various countries. Pain 2011;152(5):1090-1095.

[7] Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale User Manual. http://sullivan- painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSManual\_English.pdf, 2009.

[8]Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. The Clinical journal of pain 2012;28(9):819-841.

[9]Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatizaion: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivtiy among patients scheduled for major surgery. Pain Res Manag. 2011; 16(3):169-177.

[10] Theunissen M, Peters ML, Schouten EG, Fiddelers AA, Willemsen MG, Pinto PR, Gramke HF, Marcus MA. Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. PloS one 2014;9(6):e100225.

[11] Vranceanu AM, Hageman M, Strooker J, ter Meulen D, Vrahas M, Ring D. A preliminary RCT of a mind body skills based intervention addressing mood and coping strategies in patients with acute orthopaedic trauma. Injury. 2015 Apr;46(4):552-7.

[12] Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, Johnson A, Fisher W, Kekecs Z, Elkins G. Hypnosis for Acute Procedural Pain: A Critical Review. Int J Clin Exp Hypn. 2016;64(1):75-115.

**АВТОРЫ:**

Бет Дарналл (Beth Darnall), PhD

Клинической адъюнкт-профессор

школа медицины Стэнфордского университета

Отделение анестезиологии, периоперационной терапии и лечения болевого синдрома

Пало-Альто, Калифорния, США

Роберт И. Коэн (Robert I. Cohen), MD

Консультант по лечению болевого синдрома

Центр Ньютон, Массачусетс, США

**РЕЦЕНЗЕНТЫ**

Дэниел Б. Карр [Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)]

Профессор общественного здравоохранения и общественной медицины

Профессор кафедры анестезиологии и медицины

директор-учредитель, программа исследований болевого синдрома, образования и политики Тафтса

Бостон, Массачусетс, США

Мартин Д. Читл (Martin D. Cheatle), PhD

Адъюнкт-профессор и руководитель программы лечения болевого синдрома и химической зависимости

Отделение психиатрии

Медицинская Школа Перельмана

Пенсильванский университет

Филадельфия, Пенсильвания, США

**Информация о Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain®, IASP)**

IASP является лидирующим профессиональным сообществом в науке, практике и образовании по проблеме боли. [Членство открыто для всех специалистов,](http://www.iasp-pain.org/Membership/?navItemNumber=501) участвующих в исследованиях, диагностике и лечении болевого синдрома. IASP насчитывает более 7000 членов в 133 странах, 90 национальных отделений и 20 специальных групп.

**В рамках Всемирного года борьбы с послеоперационной болью IASP предлагает серию информационных обзоров, охватывающих отдельные темы, связанные с послеоперационной болью. Эти документы были переведены на несколько языков и доступны для свободного скачивания. Для получения дополнительной информации посетите сайт**  [**www.iasp-pain.org/globalyear**](http://www.iasp-pain.org/globalyear)