

УДК 618.1-009.7-036.11-036.12].001.36

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.19.1.2023.1555>Філик О.В.¹ , Рижковський А.В.² , Мельничук А.В.² ¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна² Рівненська обласна клінічна лікарня ім. Юрія Семенюка, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, м. Рівне, Україна

Сучасні методи оцінювання гострого і хронічного болю в пацієнток після абдомінальної гістеректомії

For citation: Emergency Medicine (Ukraine). 2023;19(1):47-51. doi: 10.22141/2224-0586.19.1.2023.1555

Резюме. Актуальність. Біль після абдомінальних гістеректомій є поширеною клінічною проблемою. Він може бути як гострим, так і хронічним, і, за різними оцінками, частка пацієнток, у яких він спостерігається після операції, може досягати 30 %. **Метою** нашого дослідження було встановити частоту виникнення гострого болю в перші 3 дні й імовірність розвитку хронічного нейропатичного болю через 30 і 60 днів після проведення тотальної абдомінальної гістеректомії. **Матеріали та методи.** Проведено проспективне когортне одноцентрове в паралельних групах дослідження. До аналізу даних включені 52 пацієнтки, яких було розподілено у I (n = 24) і II (n = 28) групи. В обох групах проводили поєднану анестезію, яка за компонентом загальної анестезії не мала відмінностей між групами, але розрізнялась за компонентом регіонарної анестезії: у I групі виконувалася епідуральна анестезія з катетеризацією, у II групі — двосторонній QL-блок. В обох групах пацієнток як *preemptive* компонент анальгезії використовували декскетпрофен, як післяопераційне знеболювання — комбінацію парацетамолу й декскетпрофену впродовж 2 діб; при гострому сильному болю — морфін 10 мг парентерально. Пацієнтки I групи отримували пролонговану епідуральну анальгезію за допомогою 0,2% розчину бупівакаїну через катетер впродовж перших 2 діб після операції. **Етапи дослідження:** 24 години після операції (d_1), 48 годин (d_2), 72 години (d_3) після операції, а також 30 днів (d_{30}) і 60 днів (d_{60}) після операції. **Результати.** Не виявлено вірогідних відмінностей щодо рівня болю за візуальною аналоговою шкалою між пацієнтками I і II груп на етапах дослідження d_1 та d_2 , проте на етапі d_3 даний показник був вірогідно вищим у II групі порівняно з I групою і становив $4,1 \pm 0,2$ бала і $1,8 \pm 0,1$ бала відповідно ($p < 0,05$). Частота виникнення гострого сильного болю в I групі становила 12,5 % на етапі d_1 , 4,2 % — на етапі d_2 і 0 % — на етапі d_3 ; у II групі дані показники становили 21,4; 17,9 і 7,1 % відповідно. Імовірність розвитку хронічного нейропатичного болю серед пацієнток обох груп була досить високою. Зокрема, на етапі дослідження d_{30} у I групі пацієнток даний показник становив 5 [4; 6] балів, у II групі — 6 [5; 6] балів ($p \geq 0,05$), на етапі дослідження d_{60} — 5 [4; 5] і 5 [4; 5] балів відповідно ($p \geq 0,05$). **Висновки.** Частота виникнення гострого сильного болю не мала вірогідних відмінностей між пацієнтками I і II груп на етапах дослідження d_1 , d_2 і d_3 і знижувалася від 12,5 і 21,4 % у I і II групах на етапі d_1 до 4,2 і 17,9 % на етапі d_2 і до 0 і 7,1 % на етапі d_3 відповідно. Імовірність розвитку хронічного нейропатичного болю на етапі дослідження d_{30} у I групі пацієнток була оцінена в 5 [4; 6] балів, у II групі — 6 [5; 6] балів ($p \geq 0,05$), на етапі дослідження d_{60} — 5 [4; 5] і 5 [4; 5] балів відповідно ($p \geq 0,05$).

Ключові слова: гістеректомія; гострий біль; хронічний біль; регіонарна анестезія

© 2023. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Філик Ольга Володимирівна, доктор медичних наук, доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Чернігівська, 7, м. Львів, 79010, Україна; e-mail: filyk_olha@meduniv.lviv.ua; контактний тел.: +38 (095) 510 78 96.For correspondence: Olha Filyk, Doctor of Science, Associate Professor, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Ukraine, Chernihivska st., 7, Lviv, 79010, Ukraine; e-mail: filyk_olha@meduniv.lviv.ua; phone: +38 (095) 510 78 96.

Full list of authors information is available at the end of the article.

Вступ

Біль після абдомінальних операцій є поширеною проблемою охорони здоров'я для багатьох країн світу. Його можна розподілити на гострий і хронічний, у свою чергу, хронічний біль у МКХ-11 розподілено на первинний і вторинний, а також такий, що пов'язаний з операцією чи травмою, вісцеральний і нейропатичний.

Частота виникнення хронічного післяопераційного болю після незначних і обширних операцій на черевній порожнині та органах малого таза становить від 10–15 до 30–40 % [1, 2] і може бути пов'язана з різноманітними періопераційними факторами, зокрема з розвитком спайкового процесу [3], довготривалим запаленням [4], ушкодженням нервів і тканин [5], а також альтерацією процесів формування, проведення і сприйняття болю [2]. Розвиток хронічного болю в жінок після операції значною мірою впливає на їхній соціально-економічний статус, адже він може призводити до втрати працездатності, вимагатиме повторних звернень по медичну допомогу і впливає на їх психічне благополуччя [6].

Ефективна терапія гострого болю, профілактика хронізації болю, застосування запобіжної (preemptive) і мультимодальної концепції анальгезії, лікування і профілактика розвитку депресії, тривожних розладів і порушень функцій кишок разом з дотриманням концепцій ERAS і зменшенням періопераційного введення опіоїдів дозволяють значно знизити ризики розвитку хронічного болю.

Отже, вивчення поширеності хронічного болю серед пацієнток після проведеної тотальної абдомінальної гістеректомії є актуальною і недостатньо вивченою клінічною проблемою в Україні.

Метою нашого дослідження було встановити частоту виникнення гострого болю в перші 3 дні й імовірність розвитку хронічного нейропатичного болю через 30 і 60 днів після проведення тотальної абдомінальної гістеректомії. Робочою була гіпотеза, що метод регіонарного компонента анестезії при тотальній абдомінальній гістеректомії не впливає на частоту виникнення гострого і ймовірність розвитку хронічного нейропатичного болю.

Матеріали та методи

Нами проведено проспективне когортне одноцентрове в паралельних групах дослідження на клінічній базі філії кафедри анестезіології та інтенсивної терапії (м. Рівне) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії та відділенні гінекології КП «Рівненська обласна клінічна лікарня ім. Юрія Семеника» Рівненської обласної ради. До дослідження було включено пацієнток віком 50–65 років. Критеріями включення в дослідження були: проведення тотальної абдомінальної гістеректомії, поєднана анестезія (загальна і регіонарна). Критеріями виключення з дослідження були: відмова пацієнтки від участі в дослідженні на будь-якому з його етапів, клас за ASA понад IV, індекс маси тіла $> 40 \text{ кг/м}^2$, застосування агоністів/агоністів-антагоністів опіатних рецепторів до операції, депресивні розлади до операції.

До аналізу даних включені 52 пацієнти, яких було розділено на I ($n = 24$) і II ($n = 28$) групи. В обох групах пацієнткам проводили поєднану анестезію, яка за компонентом загальної анестезії не мала відмінностей між групами, але розрізнялася за компонентом регіонарної анестезії: у I групі виконувалась епідуральна анестезія з катетеризацією, у II групі — двосторонній QL-блок з ультразвуковою навігацією. Як місцевий анестетик в обох групах використовували бупівакаїн. Як ад'ювант у II групі використовували дексаметазон у дозі 6 мг. Загальна анестезія проводилася такими препаратами: індукція — пропофол, анальгезія — фентанілом, міоплегія — атракурію безилатом; підтримання анестезії — пропофол і фентанілом, міоплегія — атракурію безилатом. Після досягнення оптимальних умов для прямої ларингоскопії виконували оротрахеальну інтубацію і налагоджували проведення штучної вентиляції легень з легенево-протективними параметрами в режимі за об'ємом. Тривалість операції в обох групах не перевищувала 2 годин.

В обох групах пацієнтів як preemptive компонент анальгезії використовували декскетпрофен 50 мг в/в за 30 хв до розрізу шкіри, як післяопераційне знеболювання — комбінацію парацетамолу (по 1000 мг в/в кожні 8 год перші 2 доби) і декскетпрофену (по 50 мг в/в кожні 8 год) упродовж 2 діб; при гострому сильному болю — морфін 10 мг парентерально. Крім того, у I групі пацієнти отримували пролонговану епідуральну анальгезію за допомогою 0,2% розчину бупівакаїну в дозі 0,2 мг/кг/год через катетер упродовж перших 2 діб після операції.

Етапи дослідження: 24 години після операції (d_1), 48 годин (d_2), 72 години (d_3) після операції, а також 30 днів (d_{30}) і 60 днів (d_{60}) після операції.

Рівень гострого болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) і частоту виникнення гострого сильного болю в пацієнток обох груп оцінювали в перші 3 доби. Імовірність хронічного нейропатичного болю встановлювали через 30 (d_{30}) і 60 (d_{60}) днів після проведення тотальної абдомінальної гістеректомії методом анкетування за допомогою опитувальника DN4, у якому пацієнткам було запропоновано відповісти на 10 коротких запитань, згрупованих у 4 блоки. Відповіді на два блоки запитань було отримано під час опитування пацієнток, а на інші два блоки — під час огляду; відповідь «так» оцінювалася в 1 бал, відповідь «ні» — 0 балів.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою MS Excel 2017 з розрахунком медіани [IQR — interquartile range], рівня значущості p за допомогою Kruskal-Wallis тесту. P -значення менше за 0,05 вважали статистично значущими. Обчислення розміру вибірки для нашої гіпотези встановило необхідність включення в аналіз щонайменше 24 пацієнтів у групу. Для розрахунку розмірів вибірки ми використали type I error для $\alpha = 0,05$ і $\text{power} = 0,80$ (G*Power версія 3.3.9.4).

Результати

Встановлено, що вірогідних відмінностей щодо показників індексу маси тіла між пацієнтами I і II груп не було (табл. 1). При передопераційному огляді вста-

Таблиця 1. Антропометричні показники і стан здоров'я перед операцією за класифікацією ASA у пацієнтів, включених у дослідження

Показник	I група (n = 24)	II група (n = 28)	P
Індекс маси тіла, IQR	[23,5; 31,2]	[22,3; 30,1]	0,52
ASA II/ASA III, n	10/14	13/15	–

новлено, що 10 пацієнтів I групи (41,7 %) і 13 пацієнтів II групи (46,4 %) оцінені як ASA II; 14 пацієнтів I групи (58,3 %) і 15 пацієнтів II групи (53,6 %) — ASA III.

Не виявлено вірогідних відмінностей щодо рівня болю за ВАШ між пацієнтами I і II груп на етапах дослідження d₁ і d₂ (рис. 1). Зокрема, рівень болю становив 2,8 ± 0,4 бала в I групі та 3,1 ± 0,3 бала в II групі пацієнтів на етапі d₁ (p ≥ 0,05) і 3,1 ± 0,4 бала в I групі та 2,9 ± 0,5 бала в II групі на етапі дослідження d₂ (p ≥ 0,05). На противагу цьому на етапі d₃ даний показник був вірогідно вищим у II групі порівняно з I групою і становив 4,1 ± 0,2 бала і 1,8 ± 0,1 бала відповідно (p < 0,05).

Аналізуючи частоту виникнення гострого сильного болю в ранньому післяопераційному періоді, встановили, що в I групі він виникав у 12,5 % пацієнток на етапі d₁, у 4,2 % пацієнток на етапі d₂ і його не було в жодній пацієнтки на етапі дослідження d₃; у II групі пацієнток дані показники становили 21,4, 17,9 і 7,1 % відповідно (табл. 2).

Результати оцінки ймовірності розвитку нейропатичного болю за допомогою опитувальника DN4 було отримано від 20 пацієнток I групи (83,3 %) і 23 пацієнток II групи (82,1 %). Аналізуючи отримані дані (табл. 3), можна стверджувати, що серед пацієнток обох груп ймовірність розвитку хронічного нейропатичного болю була достатньо високою. Зокрема, на етапі дослідження d₃₀ у I групі пацієнтів даний показник становив 5 [4; 6] балів, у II групі — 6 [5; 6] балів (p ≥ 0,05), на етапі дослідження d₆₀ — 5 [4; 5] і 5 [4; 5] балів відповідно (p ≥ 0,05).

Обговорення

Гістеректомія є однією з поширених операцій у гінекології і посідає друге місце за частотою виконання після кесарського розтину. Біль після абдомінальної гістеректомії призводить до подовження відновлення пацієнток після операції та тривалішого перебування в палаті пробудження або у відділенні інтенсивної терапії, подовження часу госпіталізації, розвитку хронічного болю, збільшення ймовірності венозного тромбозу і зниження рівня задоволеності пацієнток [7]. Одним із методів контролю післяопераційного болю є превентивне знеболювання (preemptive analgesia). Гіпотеза превентивної аналгезії стверджує, що аналгезія, розпочата до первинної ноцицептивної стимуляції, буде більш ефективною, ніж при її початку після гострої

Таблиця 2. Частота виникнення гострого сильного болю в ранньому післяопераційному періоді, %

Етапи дослідження	I група (n = 24)	II група (n = 28)
d ₁	12,5	21,4
d ₂	4,2	17,9
d ₃	0	7,1

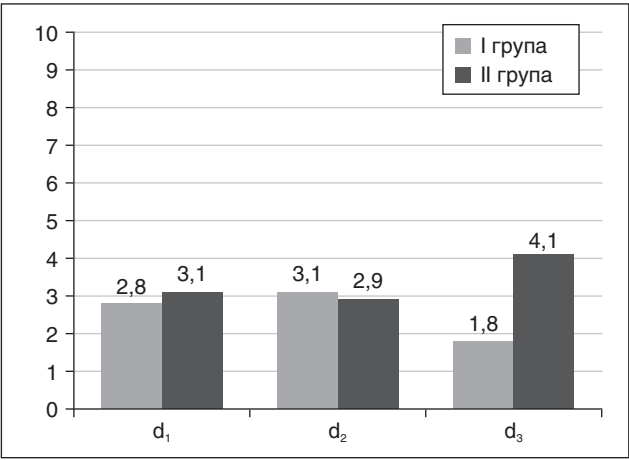


Рисунок 1. Динаміка рівня гострого болю в пацієнтів I і II груп

стимуляції. На сьогодні обговорюють різноманітні стратегії превентивного знеболювання, які відрізняються за базовими препаратами, що будуть використовуватися з цією метою. У нашому дослідженні було використано декскетопрофен 50 мг в/в за 30 хв до розрізу шкіри як превентивне знеболювання, тоді як Farnoush Farzi зі співавт. (2016) [7] пропонують застосовувати габапентин або трамадол перед індукцією в анестезію, а Jaron Marc зі співавт. (2016) [8] описують результати щодо зниження інтенсивності післяопераційного болю і потреби в післяопераційному знеболюванні при застосуванні модифікованих хірургічних технік, зокрема лапароскопії і роботизованої хірургії. Отже, зниження інтенсивності післяопераційного болю залежить не лише від превентивного знеболювання і виду анестезії, але й від інтенсивності хірургічної стимуляції інтраопераційно.

Таблиця 3. Результати оцінювання хронічного нейропатичного болю за опитувальником DN4, Me [Q1; Q3]

Етапи дослідження	I група (n = 20), бали	II група (n = 23), бали	P
d ₃₀	5 [4; 6]	6 [5; 6]	0,82
d ₆₀	5 [4; 5]	5 [4; 5]	0,89

На сьогодні біопсихосоціальну модель болю, зокрема його фізичні симптоми, розглядають як динамічну взаємодію між біологічними, психологічними і соціальними факторами. Тому психоемоційний комфорт пацієнтки в ранньому післяопераційному періоді, відсутність епізодів гострого сильного болю, рання мобілізація після операції та відновлення ентерального харчування відіграють у край важливу роль у профілактиці розвитку синдрому депресії, а отже, знижують ризик хронізації болю. Цей перелік не є вичерпним і повинен включати мінімізацію використання опіатів у періопераційному періоді й застосування різноманітних технік регіонарної анестезії, що будуть мати вплив на модуляцію болю і нейропластичні процеси, які відбуваються під впливом больового синдрому. Загальновідомо, що біль може викликати психологічний стрес і проблеми зі сном, а також те, що ці асоціації є двонаправленими і змінюють якість життя. І хоча фактори схильності й наслідки хронічного болю добре відомі, профілактика його розвитку залишається недостатньою, тому потребує вивчення. Водночас важливо пам'ятати, що показники якості життя і нейропластичні зміни можуть бути оборотними за умови адекватного лікування болю, і цей напрям профілактики повинен активно впроваджуватися серед пацієнтів, які потребують обширних операцій. Більшість актуальних настанов щодо профілактики і терапії хронічного болю рекомендують персоналізований мультимодальний, міждисциплінарний підхід до лікування, який може включати як фармакотерапію, так і психотерапію, інтегративне лікування й інвазивні процедури [4]. У нашому дослідженні продемонстровано мультимодальну стратегію профілактики хронізації болю завдяки використанню поєднаної анестезії та превентивної аналгезії. Проте частота виникнення гострого сильного болю залишається достатньо високою і становить 21,4 % у першу добу після операції серед пацієнток, у яких використовували QL-блок. Тоді як серед пацієнток, які отримували епідуральну аналгезію через катетер, даний показник становив 12,5 %. Це ще раз підтверджує те, що нейроаксіальні методики аналгезії, безперечно, є надійними методами профілактики виникнення гострого сильного болю в післяопераційному періоді, але, разом з тим, вони не позбавлені певних ризиків, пов'язаних з технікою їх виконання. З іншого боку, необхідно зважати на меншу інвазивність і гіпотетичний вплив на стан системної гемодинаміки при використанні блоkad просторів тіла, зокрема QL-блоку під ультразвуковим контролем, у чому й полягає їх безсумнівна перевага.

Аналізуючи причини виникнення хронічного болю, варто згадати про те, що біль можна класифікувати за патогенетичними особливостями його виникнення на ноцицептивний (від пошкодження тканини), нейропатичний (від пошкодження нерва) або ноципластичний (від сенсibilізованої нервової системи). Усі перераховані варіанти болю впливають на план обстеження і клінічне рішення щодо лікування пацієнта; однак на практиці існує поєднання різних типів механізмів виникнення болю для кожного конкретного пацієнта [4]. У нашому дослідженні було встановлено, що імовірність

розвитку нейропатичного болю становить від 5 [4; 6] балів у I групі до 6 [5; 6] балів у II групі ($p \geq 0,05$) через 30 днів після операції та 5 [4; 5] і 5 [4; 5] — через 60 днів після операції відповідно. Такі результати можуть бути як свідченням недостатньої аналгезії в періопераційному періоді, так і підтвердженням того, що на сьогодні, на жаль, не існує ідеальної стратегії, щоб запобігти нейропатії внаслідок прямого ушкодження нервів, що є характерним для певних видів хірургічних доступів.

Висновки

Частота виникнення гострого сильного болю не мала вірогідних відмінностей між пацієнтами I і II груп на етапах дослідження d_1 , d_2 і d_3 і знижувалася від 12,5 і 21,4 % на етапі d_1 у I і II групах до 4,2 і 17,9 % на етапі d_2 і 0 і 7,1 % на етапі d_3 відповідно. Імовірність розвитку хронічного нейропатичного болю на етапі дослідження d_{30} у I групі пацієнтів була оцінена в 5 [4; 6] балів, у II групі — 6 [5; 6] балів ($p \geq 0,05$), на етапі дослідження d_{60} — 5 [4; 5] і 5 [4; 5] балів відповідно ($p \geq 0,05$).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Gupta A, Gandhi K, Viscusi ER. Persistent postsurgical pain after abdominal surgery. *Tech Reg Anesth Pain Manage*. 2011;15:140-146.
2. Van Rijckevorsel DC, de Vries M, Schreuder LT, Wilder-Smith OH, van Goor H. Risk factors for chronic postsurgical abdominal and pelvic pain. *Pain Manag*. 2015;5(2):107-116. doi:10.2217/pmt.14.47.
3. Kijima T, Hyakudomi R, Hashimoto T, Kusaka A, Nakatani T, Ishibashi Y. Adhesion-induced chronic abdominal pain: a case report on the diagnostic value of Carnett's test. *J Med Case Rep*. 2019 Apr 18;13(1):93. doi:10.1186/s13256-019-2026-7.
4. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2082-2097. doi:10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
5. Eccleston C, Aldington D, Moore A, de C Williams AC. Pragmatic but flawed: the NICE guideline on chronic pain. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2029-2031. doi:10.1016/S0140-6736(21)01058-8.
6. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019 Aug;123(2):e273-e283. doi:10.1016/j.bja.2019.03.023.
7. Farzi F, Naderi Nabi B, Mirmansouri A, et al. Postoperative Pain After Abdominal Hysterectomy: A Randomized, Double-Blind, Controlled Trial Comparing the Effects of Tramadol and Gabapentin as Premedication. *Anesth Pain Med*. 2016 Jan 17;6(1):e32360. doi:10.5812/aapm.32360.
8. Mark J, Argentieri DM, Gutierrez CA, et al. Ultrarestrictive opioid prescription protocol for pain management after gynecologic and abdominal surgery. *JAMA Netw Open*. 2018 Dec 7;1(8):e185452. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5452.

Отримано/Received 07.12.2022

Рецензовано/Revised 24.12.2022

Прийнято до друку/Accepted 04.01.2023 ■

Information about authors

Olha Filyk, Doctor of Science, Associate Professor, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine, Chernihivska st., 7, Lviv, 79010, Ukraine; e-mail: filyk_olha@meduniv.lviv.ua; phone: +38 (095) 510 78 96; <https://orcid.org/0000-0003-3160-7617>

A.V. Ryzhkovskiy, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Municipal enterprise "Rivne regional clinical hospital named after Yuriy Semenyuk", Kyivska st., 78g, Rivne, 33007, Ukraine; e-mail: redact@i.ua; <https://orcid.org/0000-0003-2897-7211>

A.V. Melnychuk, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Municipal enterprise "Rivne regional clinical hospital named after Yuriy Semenyuk", Kyivska st., 78g, Rivne, 33007, Ukraine; e-mail: redact@i.ua; <https://orcid.org/0000-0001-9752-9063>

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

O.V. Filyk¹, A.V. Ryzhkovskiy², A.V. Melnychuk²

¹ Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

² Yuri Semenyuk Rivne Regional Clinical Hospital, Rivne, Ukraine

Modern methods for evaluating acute and chronic pain after abdominal hysterectomy

Abstract. Background. Pain after abdominal hysterectomies is a common clinical problem. It can be both acute and chronic and affects up to 30 % of patients after surgery. The purpose of our study was to determine the frequency of acute pain in the first 3 days and to evaluate the risk of developing chronic neuropathic pain 30 and 60 days after total abdominal hysterectomy. **Materials and methods.** A prospective cohort single-center study in parallel groups was conducted. It included 52 women divided into group I (n = 24) and group II (n = 28). In both groups, combined anesthesia was used with no differences between groups in terms of the component of general anesthesia, but it differed in the component of regional anesthesia: group I received epidural anesthesia with catheterization, while group II — bilateral QL-block. In all patients dexketoprofen was used as a preemptive component of analgesia, and as a postoperative analgesia, a combination of paracetamol and dexketoprofen was administered for 2 days; in acute severe pain — morphine 10 mg parenterally. Patients from group I received prolonged epidural analgesia with 0.2% bupivacaine solution via catheter in the first 2 days after surgery. Study stages: 24 hours (d₁), 48 hours (d₂), 72 hours (d₃), 30 days (d₃₀) and 60 days (d₆₀) after surgery. **Results.** No signifi-

cant differences in pain severity on visual analog scale were found on stages d1 and d2 for both groups. However, on stage d3, this parameter was significantly higher in group II compared to I group: 4.1 ± 0.2 points and 1.8 ± 0.1 points, respectively ($p < 0.05$). The frequency of acute severe pain in group I was 12.5 % on stage d₁, 4.2 % on stage d₂ and 0 % on stage d₃; in group II, these indicators were 21.4, 17.9 and 7.1 %, respectively. The risk of chronic neuropathic pain among patients of both groups was quite high. In particular, on stage d₃₀, in group I it was 5 [4; 6] points, in group II — 6 [5; 6] points ($p \geq 0.05$), and on stage d₆₀, 5 [4; 5], and 5 [4; 5] points, respectively ($p \geq 0.05$). **Conclusions.** The incidence of acute severe pain did not have significant differences between patients of both groups on d₁, d₂ and d₃ stages and decreased from 12.5 and 21.4 % in groups I and II, respectively, on stage d₁ to 4.2 and 17.9 % on stage d₂ and to 0 and 7.1 % on stage d₃. The risk of chronic neuropathic pain on study stage d30 in group I of patients was 5 [4; 6] points, in group II — 6 [5; 6] points ($p \geq 0.05$), and on stage d60, it was 5 [4; 5] and 5 [4; 5] points, respectively ($p \geq 0.05$).

Keywords: hysterectomy; acute pain; chronic pain; regional anesthesia