

Резолюція Совета експертів «Острая боль: рекомендації і принципи контроля послеоперационної болю»

6 мая 2015 года, г. Запорожье

Некупированная послеоперационная боль ассоциируется с увеличением частоты послеоперационных осложнений, способствует формированию хронического болевого синдрома, удлиняет сроки госпитализации и реабилитации пациентов. Поэтому ее адекватное лечение считается одной из приоритетных задач ведения хирургических больных. К сожалению, на сегодняшний день в Украине отсутствуют стандарты послеоперационного обезбоживания. 6 мая этого года в г. Запорожье накануне научно-практической конференции «Актуальные вопросы анестезиологии и интенсивной терапии» под эгидой Ассоциации анестезиологов Украины состоялся Совет экспертов, целью которого было принятие решения о необходимости разработки Унифицированного протокола по послеоперационному обезбоживанию. В Совете экспертов приняли участие:

- заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Феликс Семенович Глумчер;
- заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Юрьевич Кобеляцкий;
- заведующий научно-исследовательским отделением анестезиологии и интенсивной терапии Национального института рака, доктор медицинских наук, профессор Иван Иванович Лесной;
- доцент кафедры анестезиологии и интенсивной терапии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины, кандидат медицинских наук Юрий Леонидович Кучин;
- доцент кафедры госпитальной хирургии № 1 (курс анестезиологии и реаниматологии) ВНМУ им. Н.И. Пирогова МЗ Украины, кандидат медицинских наук Дмитрий Валерьевич Дмитриев;
- заведующий клиникой боли при кардиологической клинике Святой Екатерины Евгений Петрович Евстратов.

Право на адекватное устранение боли является базовым правом человека, которое закреплено Монреальской декларацией (2010 г.).

Острая боль, возникающая в послеоперационном периоде, является нерешенной проблемой не только для самого пациента, но и для всей системы медицинской помощи, в том числе и в Украине. По данным статистики (США), только у одного из четырех пациентов, перенесших операцию, достигается надлежащий контроль острой боли. Два больших опроса (США) показывают, что 77-83% больных страдают от послеоперационной боли в течение 2 нед с момента оперативного вмешательства. Данные систематических обзоров также подтверждают практические трудности обеспечения эффективного контроля послеоперационной боли у большинства хирургических больных.

Неадекватно купированная послеоперационная боль может привести к большому количеству послеоперационных осложнений, а именно к изменениям со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардии, гипертензии, аритмии, острой ишемии миокарда; органов дыхания: снижению жизненной емкости легких, ателектазам, застойной пневмонии, гипоксии; желудочно-кишечного тракта: парезам кишечника, транслокации кишечной флоры; центральной нервной системы: формированию хронического болевого синдрома, гипералгезии; системы свертывания крови: гиперкоагуляции, тромбозам глубоких вен, тромбозам легочной артерии; депрессии. Все это приводит к удлинению сроков госпитализации, повышению стоимости лечения, продлению времени реабилитации. Интенсивность острой послеоперационной боли, особенно в первые 6 ч после операции, — важный предиктор хронической боли. Среди всех больных с хронической болью 22,5% больных отмечают связь боли с местом хирургического вмешательства.

К сожалению, устранение боли не является приоритетом среди врачей и не расценивается как необходимость в приоритетном лечении в сравнении с расстройствами системы дыхания, кровообращения и т.д.

В большинстве лечебных учреждений не проводится даже элементарная оценка боли по визуально-аналоговой шкале, что абсолютно исключает адекватные подходы к ее устранению. Хотя в настоящее время принято, что оценка интенсивности боли после операции является 5-м жизненно важным показателем наряду с давлением, дыханием, пульсом и т.д.

На сегодня опубликовано достаточно много рекомендаций и протоколов разного уровня по управлению острой болью.

Современные принципы лечения острой боли подразумевают доказательные подходы, принципы многокомпонентности и дифференцированного подхода в зависимости от вида оперативного вмешательства, предоперационного планирования, стратегии периоперационной аналгезии, рациональное ограничение применения опиоидных аналгетиков, широкое использование коксибов, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), парацетамола, а также принципы разумной инвазивности региональной аналгезии с четким соблюдением исполнения аналгетических техник, дозировок и длительности применения, в том числе и в педиатрии.

С одной стороны, подобные рекомендации обеспечивают легкодоступную, основанную на принципах доказательной медицины информацию, благодаря которой имеется возможность индивидуализированного подхода к обезбоживанию пациентов при конкретных хирургических вмешательствах. С другой стороны, они могут существенно различаться из-за влияния локальных,

социальных, культурологических факторов, имеющегося хирургического и анестезиологического опыта и навыков.

Выбор обезбоживания включает региональные методы и системную аналгезию, а также их комбинации у хирургических пациентов; зависит от интенсивности боли, возможности использования определенного пути введения и планирования реабилитационного периода пациента. Более того, комбинации лекарственных средств для обезбоживания могут иметь свои особенности у различных категорий пациентов (онкологических, гинекологических, травматологических, нейрохирургических и т.д.). Алгоритмы оценки боли и выбора метода обезбоживания у хирургических пациентов, в том числе и в педиатрической практике, также не стандартизированы.

Опиоиды продолжают широко использоваться в лечении послеоперационной боли, но их применение не является безопасным, создавая наряду с хорошо известными побочными эффектами и новые проблемы (вызванную опиоидами гипералгезию, острую опиоидную толерантность, негативное влияние на течение онкологического процесса и др.). Все это предполагает разумное ограничение назначения опиоидов в пользу применения парацетамола, НПВП, коксибов и разных техник региональной аналгезии.

Алгоритм выбора НПВП с учетом рисков со стороны различных органов и систем у хирургических пациентов, особенно в детской практике, на сегодня остается предметом дискуссии.

НПВП и коксибы имеют эквивалентную аналгетическую эффективность по сравнению с традиционно используемой коксибом. Особенно это актуально у больных с сопутствующей патологией ЖКТ и нарушениями коагуляции (нарушение агрегации тромбоцитов).

Специфические ЦОГ-2-ингибиторы проявляют свою противоболевую и противовоспалительную активность, блокируя исключительно изоформу ЦОГ-2, которая синтезируется в очаге повреждения, включая зону хирургического вмешательства и на уровне спинного мозга. В терапевтических дозах эти препараты не влияют на функцию ЦОГ-1, позволяют поддерживать нормальную регуляцию клеток крови и слизистой желудка. Благодаря специфичности действия ЦОГ-2-ингибиторы при их применении приводят к значительно меньшему количеству побочных эффектов, чем другие аналгетики. По сравнению с опиатами значительно реже наблюдается тошнота, рвота, нарушение моторной функции кишечника, головокружение и чрезмерная седация. Первым инъекционным ЦОГ-2-ингибитором, разрешенным к использованию и показанным для лечения послеоперационной боли, был представитель класса коксибов (парекоксиб). Противоболевая активность инъекционных коксибов сопоставима с таковой наркотических аналгетиков.

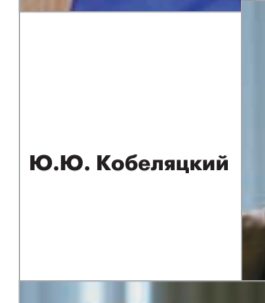
По сравнению с неспецифическими НПВП, такими как кеторолак, применение ингибиторов ЦОГ-2 имеет значительно меньшие риски язвенных повреждений ЖКТ и нарушений свертывающей системы крови, даже при одновременной терапии с гепарином (у инъекционных коксибов), что является чрезвычайно важным у пациентов, которые требуют ввода прямых антикоагулянтов для профилактики тромботических осложнений после оперативных вмешательств.

Комбинация ненаркотических препаратов с опиоидами является в высшей степени оправданной.

Таким образом, важными вопросами на сегодня являются мониторинг боли, образование медперсонала по проблемам



Ф.С. Глумчер



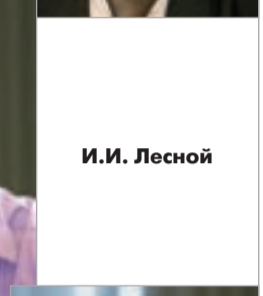
Ю.Ю. Кобеляцкий



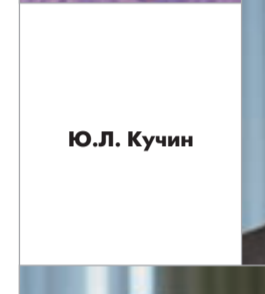
И.И. Лесной



Ю.Л. Кучин



Д.В. Дмитриев



Е.П. Евстратов



устранения боли, недопущение периодов неустраненной боли, административный контроль за формированием системы контроля боли в лечебном учреждении и осознание необходимости выделить этот раздел лечебного процесса как приоритетный.

На основании изучения и обсуждения вышеприведенных материалов Совет экспертов принял решение о необходимости разработки рекомендаций по сбалансированной аналгезии пациентов хирургического профиля с учетом принципов доказательной медицины в Украине:

- разработать общую стратегию периоперационного обезбоживания на основе принципов доказательной медицины, включающую системную, региональную аналгезию и их комбинацию;
- обосновать алгоритм выбора методики обезбоживания в различных группах пациентов в зависимости от хирургического профиля;
- определить роль и место разных классов НПВП в зависимости от выбранной методики обезбоживания;
- разработать алгоритм выбора разных классов НПВП с учетом рисков со стороны различных органов и систем у хирургических пациентов;
- рассмотреть использование коксибов как препаратов выбора среди НПВП при обезбоживании пациентов в составе сбалансированной аналгезии;
- обосновать и стандартизировать алгоритм выбора методики обезбоживания на основе мультимодальной аналгезии и адекватной оценки уровня боли у детей в зависимости от возраста и сложности оперативного вмешательства, особенно в детской онкологии;
- разработать и утвердить общее положение о службе острой боли как штатной структуре в учреждениях системы здравоохранения.

