



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ No. 11

Лечение боли в хирургическом отделении интенсивной терапии после операции

Ежегодно несколько миллионов пациентов по всему миру проходят через отделения интенсивной терапии (ОИТ); из них приблизительно третья часть поступает в хирургическое отделение интенсивной терапии (ХОИТ) после плановой или экстренной хирургической процедуры [11].

В течение многих лет показатели смертности и выживаемости преобладали при оценке исходов интенсивной терапии. В последние годы ориентированные на пациента исходы приобретают все возрастающее значение. Отдаленные результаты, которые исследовали после пребывания в ОИТ, включают качество жизни, функциональные возможности и психологические факторы. Кроме того, в настоящее время считается, что хроническая боль после пребывания в ОИТ является основным оцениваемым исходом, поскольку боль оказывает серьезное влияние на качество жизни пациента и может мешать восстановлению функциональных возможностей.

Острая боль у взрослых пациентов ХОИТ

- Большинство пациентов ХОИТ испытывают боль вследствие болезни, повреждения или в результате процедур, выполняемых врачами ОИТ. Острая боль стала рассматриваться как ведущий стрессогенный фактор для пациентов ОИТ [2,3], обуславливающий физический стресс, расстройства сна и психологический дистресс – всё, что может оказать влияние на качество жизни после выписки из ОИТ [10].
- Немногим более половины пациентов ОИТ сообщают об острой боли умеренной или сильной интенсивности со медианой NRS (цифровая рейтинговая шкала), составляющей при самостоятельном определении хирургическими пациентами 5.0 (4.3 – 6.0) в покое в течение времени их пребывания в ОИТ [3]. Извлечение плевральной дренажной трубки, раневого дренажа, артериального катетера являются самыми болезненными процедурами, о которых сообщают пациенты ОИТ [8].

Оценка и лечение острой боли у пациентов ОИТ

- В нескольких исследованиях четко продемонстрированы преимущества оценки боли и седации у всех пациентов ОИТ, включая пациентов, находящихся на ИВЛ, в отношении выздоровления и экономических последствий. Эти преимущества включают снижение продолжительности нахождения на ИВЛ, продолжительности пребывания в ОИТ и снижение потребности в снотворных препаратах в случае оценки боли [6].
- Однако, значительное количество пациентов, которые находятся на ИВЛ, не способны сообщать о боли вследствие сопутствующего применения седативных препаратов или заболевания (например, травмы головного мозга).
- Контроль седации и обезболивания ("анальгоседация") с помощью установленных протоколов позволяет обеспечить раннюю мобилизацию, которая связана с более благоприятными исходами у



пациентов ХОИТ: меньшее количество дней госпитализации и пребывания в ОИТ, лучшая функциональная мобильность при выписке из больницы [5,6].

- У пациентов ОИТ рекомендуется использование методик мультимодальной анальгезии, чтобы снизить введение опиоидов, тем самым сводя к минимуму проблемы, связанные с продолжительным применением высоких доз опиоидов, в частности, устойчивости, гиперальгезии и синдрома отмены [9].

Хроническая боль и снижение качества жизни после пребывания в ХОИТ

- Более половины пациентов, которые пережили пребывание в ХОИТ, сообщали о снижении связанного со здоровьем качества жизни через шесть лет и позже: У 52 процентов пациентов наблюдаются проблемы с мобильностью и повседневной активностью; 43 процента упоминают о проблемах со стороны когнитивной сферы; 52 процента сообщают о наличии боли и дискомфорта [10]. В недавно проведенном обсервационном исследовании в смешанном медико-хирургическом ОИТ 16 процентов пациентов, у которых ранее не наблюдалось болевого состояния, испытывали хроническую боль, связанную с ОИТ через шесть месяцев после выписки [1].
- Факторы риска развития хронической ОИТ-связанной боли недостаточно хорошо установлены и заслуживают дальнейшего изучения в хорошо организованных проспективных исследованиях. Оказывается, что наличие сепсиса играет решающую роль [1], а хроническая постхирургическая боль может быть моделью для выявления факторов риска хронической боли после ОИТ [9]. Тяжесть острой боли и время, проведенное с тяжелой болью после хирургического вмешательства являются факторами риска развития хронической постхирургической боли [4]. Аналогичным образом недолеченная боль в ходе пребывания в ХОИТ должна быть фактором риска боли, сохраняющейся после выписки. Например, среди пациентов, опрошенных в период 3-16 месяцев после госпитализации, которые на момент опроса испытывали боль, сообщали повторно о большей интенсивности боли, связанной с процедурами, проведенными в ОИТ, и болевого дистресса в сравнении с пациентами, у которых боль отсутствовала. Напротив, оказывается, что продолжительность пребывания в ОИТ, поступление по экстренным показаниям и применение ИВЛ не влияют на качество жизни в долгосрочной перспективе [10].
- Периоперационное введение опиоидов часто облегчает боль у пациентов. Однако, опиоиды не только могут вызывать хорошо известные побочные эффекты, то также могут обусловить зависимость и продолжительное использование у пациентов. На сегодняшний день ятрогенная зависимость от опиоидов после пребывания в ОИТ и ее влияние на выздоровление пациента получили ограниченный интерес, но определенно заслуживают большего внимания [9].



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Baumbach P, Gotz T, Gunther A, Weiss T, Meissner W. Prevalence and characteristics of chronic intensive care- related pain: the role of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2016;44:1129–37.
2. Chanques G, Nelson J, Puntillo K. Five patient symptoms that you should evaluate every day. Intensive Care Med 2015;41:1347-50.
3. Chanques G, Sebbane M, Barbotte E, Viel E, Eledjam JJ, Jaber S. A prospective study of pain at rest: incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. Anesthesiology 2007;107:858-60.
4. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, Kranke P, Komann M, Lehman T, Meissner W; euCPSP group for the Clinical Trial Network group of the European Society of Anaesthesiology. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. Eur J Anaesthesiol 2015;32:725–34.
5. Hopkins RO, Mitchell L, Thomsen GE, Schafer M, Link M, Brown SM. Implementing a mobility program to minimize post-intensive care syndrome. AACN Adv Crit Care 2016;27:187–203.
6. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J, DOLOREA Investigators. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post hoc analysis of the DOLOREA study. Anesthesiology 2009;111:1308-16.
7. Puntillo KA, Max A, Chaize M, Chanques G, Azoulay E. Patient recollection of ICU procedural pain and post ICU burden: the memory study. Crit Care Med 2016;44:1988–95.
8. Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, Roche-Campo F, Mancebo J, Divatia JV, Soares M, Ionescu DC, Grintescu IM, Vasiliu IL, Maggiore SM, Rusinova K, Owczuk R, Egerod I, Papathanassoglou ED, Kyranou M, Joynt GM, Burghi G, Freebairn RC, Ho KM, Kaarlola A, Gerritsen RT, Kesecioglu J, Sulaj MM, Norrenberg M, Benoit DD, Seha MS, Hennein A, Periera FJ, Benbenishty JS, Abroug F, Aquilina A, Monte JR, An Y, Azoulay E. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain(R) study. Am J Respir Crit Care Med 2014;189:39–47.
9. Puntillo K, Naidu R. Chronic pain disorders after critical illness and ICU-acquired opioid dependence: two clinical conundra. Curr Opin Crit Care 2016;22:506–12.
10. Timmers TK, Verhofstad MH, Moons KG, van Beeck EF, Leenen LP. Long-term quality of life after surgical intensive care admission. Arch Surg 2011;146:412–8.
11. Wunsch H, Gershengorn HB, Cooke CR, Guerra C, Angus DC, Rowe JW, Li G. Use of intensive care services for medicare beneficiaries undergoing major surgical procedures. Anesthesiology 2016;124:899-907.

АВТОРЫ

Д-р Патрисия Лэвэндом, к.м.н.

Отделение анестезиологии и службы послеоперационной боли Университетская больница св. Луки Лёвенский католический университет, Брюссель, Бельгия

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Д-р Майкл Кент, штатный анестезиолог

Региональная анестезия/медицина острой боли

Национальный военно-медицинский центр им. Уолтера Рида

Доцент

Университет ВС здравоохранения

Бетесда, Мд, США

Кэтлин Пунтилло, RN, PhD, FAAN, FCCM, профессор, заслуженный деятель науки, физиологическое отделение по уходу Университет Калифорнии, Сан-Франциско

Сан-Франциско, Калифорния, США