



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ No. 1

Что общественность должна знать о боли после хирургического вмешательства?

Более 300 миллионов хирургических операций выполняются в мире ежегодно. Это и небольшие краткосрочные амбулаторные вмешательства, и многочасовые операции на жизненно важных органах у ослабленных пациентов. Боль после хирургического вмешательства видится как нечто неизбежное, как явление, которое следует перетерпеть. В действительности, почти половина стационарных пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, обследованных в конце 20го века сообщали о случаях сильной послеоперационной боли. Продолжительная боль после операции стала рассматриваться как тема, заслуживающая систематического изучения, всего лишь 25 лет назад, частично благодаря усилиям Международной ассоциации по изучению боли IASP.

Недавно проведенный сравнительный анализ обращений пациентов по поводу улучшения комфортных ощущений после операции и заинтересованности клиницистов в обеспечении более короткой продолжительности пребывания пациентов в стационаре после операции при отсутствии осложнений изменил практику контроля боли после хирургического вмешательства. В то же время методы малоинвазивной хирургии и новые, более эффективные методы лечения послеоперационной боли с меньшим количеством побочных явлений позволяют проводить большее количество процедур в амбулаторных условиях или способствуют ускоренной выписке домой после непродолжительного пребывания в стационаре. Тем не менее, при увеличении частоты оценки боли в ежедневной практике выявлено, что боль после операции часто сохраняется в течение длительного периода времени.

Обобщая сказанное, ранее существовавший подход к лечению боли после операции:

- признавал, что боль в большинстве случаев будет сильной ввиду традиционных методик оперативного вмешательства, при которых используются большие разрезы и повреждаются окружающие "невинные" ткани;
- способствовал пессимистическому подходу к внутрибольничной боли;
- не учитывал боль у пациентов, выписанных из стационара после недавно проведенной хирургической операции, которые занимались самолечением боли (или которым помогали лечить боль члены семьи) в домашних условиях;
- концентрировался на обычных режимах с частым развитием побочных эффектов, в частности "морфин по мере надобности";
- не собирал данные с целью выяснения закономерностей возникновения продолжительной боли после операции;
- рассматривал внутрибольничные проблемы с лечением боли, обращаясь к сотрудникам, которые были не заняты на тот момент.
-



В отличие от него, современный подход к лечению боли после операции:

- допускает, что любая боль после операции может - и должна - подвергаться лечению с целью улучшения физического и эмоционального состояния;
- оценивает интенсивность боли в покое и при повседневной деятельности с целью адаптации терапии боли к реабилитационным потребностям, имея целью обычно достижение минимальной интенсивности, но с существенными исключениями, в частности, при тяжелой травме с измененным психическим статусом;
- заранее выявляет тех пациентов, которым может понадобиться особое внимание; напр., вследствие поведенческих проблем или терапии опиоидами перед хирургическим вмешательством;
- внедряет методы контроля боли и другие аспекты подготовки к оперативному лечению и восстановлению после него, в частности, двигательную активность или питание, употребление жидкости;
- внедряет «мультиmodalный» подход, который сочетает несколько типов лекарственных препаратов и (если целесообразно) регионарную анестезию с целью уменьшения необходимости использования одномодалного лечения; напр., только опиоидов с их многочисленными побочными эффектами;
- учитывает различия пациентов в отношении ощущения боли и сообщения о ней, предпочтения среди возможных видов лечения и ответ на терапию с учетом таких факторов, как половая и этническая принадлежность;
- продолжает наблюдение за пациентами после выписки с целью распознавания и лечения постоянной боли и других нежелательных хирургических последствий в максимально возможно короткие сроки
- признает (в некоторых странах), что лечение острой боли, в частности, после операции, стало медицинской субспециальностью ввиду накопления знаний и специализированных методик, таких как регионарная анестезия.

Что бы вы и ваша семья сделали, чтобы добиться наилучших результатов в рамках этих последних достижений?

- Обсудили бы со своим хирургом вероятность появления боли после назначенной процедуры и, если таковая имеется, насколько интенсивной будет боль, какой продолжительности и каков план ее лечения. Некоторые операции несут повышенный риск развития постоянной послеоперационной боли.
- Обратили бы внимание хирурги или других членов команды (анестезиолога, медсестры, физиотерапевта, фармацевта) на соответствующие аспекты истории болезни и текущего состояния, в частности, имевшиеся ранее проблемы с болью, лечение боли в настоящее время, а также такие состояния, как нежелательные реакции на лекарственные препараты.
- Спросили бы:



- Кто будет разрабатывать мой личный «план лечения боли» (даже если это просто стандартный протокол, эффективность которого подтверждена у других пациентов, подвергавшихся ранее подобной операции)?
- Будет ли мой план «мультимодальным»? Другими словами, будет ли он сочетать в себе разные типы обезболивающих лекарственных препаратов и/или регионарную анестезию, в частности, эпидуральную анестезию или нервную блокаду, чтобы снизить зависимость от одного лекарственного препарата, например, морфина?
- Какие шаги будут предприняты для удовлетворения моей возможной потребности в более высокой дозировке опиоидов по сравнению с традиционной, с целью контроля боли (для пациентов, получающих опиоиды до операции)?
- Кто будет следить за выполнением плана лечения боли и корректировать или вносить изменения в него, при необходимости?
- Каковы планы контроля боли после моей выписки из стационара?
- Если боль сохранится после выписки, к кому я смогу обращаться круглосуточно, если мой план лечения боли не будет способен обеспечивать мой отдых и восстановление (например, если глубокое дыхание или физическое лечение не работают), если принимаемые мной лекарственные препараты вызывают непереносимые побочные эффекты или если боль возобновляется или ухудшается?

Эти рекомендации содействуют внедрению лечения, ориентированного на пациента и семью на основе доказательств и совместно принятого решения. Другие информационные бюллетени в данной серии, подготовленные для МАИБ в рамках Всемирного года по борьбе с болью после хирургического вмешательства 2017 г. посвящены особым группам пациентов (в частности, детям и лицам пожилого возраста) и разным видам операций (в частности, после травмы или при раковых заболеваниях).



АВТОРЫ

Д-р Дэниел Б. Карр, DABPM, FFRMANZCA (почетный) профессор общественного здоровья и общественной медицины, профессор анестезиологии и медицины
учредительный директор, программа по исследованию боли, образованию и политике в области боли Tufts,
Бостон, Масс., США

Д-р Барт Морлион, к.м.н., DESA
Директор Центра алгологии и лечения боли в Лёвене
Больницы при университете г. Лёвена, Лёвен, Бельгия
Почетный адъюнкт- профессор, Университет г. Гронингена, Нидерланды

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Д-р Оскар А. ДеЛеон-Касасола
Профессор анестезиологии и медицины
Старший заместитель руководителя отделения анестезиологии, университет в Баффало, школа медицины Джейкобса
Руководитель подразделения медицины боли и профессор онкологии
Института рака Розуэлла Парка
Баффало, Нью-Йорк, США

Ларс Арендт-Нильсен, д.м.н., член Королевского медицинского общества, FIAMBE, директор, профессор, Центр сенсо-
моторного взаимодействия, отделение здравоохранения и технологии
Школа медицины, Университет г. Ольборг
г.Ольборг, Германия