



## ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ № 5

# Лечение послеоперационной боли у взрослых

Облегчение боли после хирургического вмешательства имеет большое значение для хорошего самочувствия и комфорта пациентов, поскольку способствует более быстрому и качественному выздоровлению. Имевшаяся ранее приверженность к морфину или подобным опиоидам сменилась мультимодальным подходом, который включает неопиоидные препараты и, при необходимости, регионарную анестезию, которые нацелены на улучшение эффективности и уменьшение побочных эффектов.

Накопилось достаточное количество научных доказательств для проведения отбора соответствующих лекарственных препаратов и стратегий в соответствии с потребностями конкретного пациента и определенного вида операции. Эти доказательства подкрепляют три начальных стратегических компонента:

- Мультимодальная анестезия
- Анестезия, ориентированная на конкретную процедуру
- Активная реабилитация после хирургии

### Мультимодальная анестезия

С исторических позиций послеоперационную боль лечили, в основном, с помощью опиоидов, в частности, морфина, который в большинстве случаев вводили внутримышечно. Несмотря на то, что опиоиды остаются важным компонентом в лечении сильной послеоперационной боли, их использование в качестве монотерапии вызывает значительные проблемы, в частности, нарушения со стороны дыхания, седативное действие, тошноту, рвоту и замедление восстановления функции кишечника. Эти нежелательные явления создают угрозу безопасности пациента и/или мешают процессу выздоровления и реабилитации, тем самым приводя к задержке выписки из больницы.

Основанные на доказательствах руководства в настоящее время рекомендуют использовать сочетания двух и более анальгетиков или методик с разными участками приложения или механизмами действия («мультимодальная» или «сбалансированная») анальгезия. К преимуществам мультимодальной анальгезии относятся:

- улучшенное обезболивание;
- снижение требований в отношении опиоидов («опиоидное воздержание»);
- снижение нежелательных явлений опиоидов;

Имеющиеся доказательства поддерживают использование, где применимо, местной анестезии и периферической или нейроаксиальной регионарной анестезии как важной методики в рамках мультимодального подхода. Системные анальгетики с доказанной или потенциальной эффективностью, как компоненты мультимодальной анальгезии, применяемые для лечения послеоперационной боли, включают:



- парацетамол (ацетаминофен);
- неселективные НПВП и ЦОГ-2 селективные НПВП;
- альфа-2-дельта модуляторы (габапентин, прегабалин);
- антагонисты NMDA-рецепторов (кетамин);
- агонисты альфа-2 адренорецепторов (клонидин, дексмедетомидин);
- системные местные анестетики;
- кортикостероиды.

### **Анестезия, ориентированная на конкретную процедуру**

На сегодняшний день большинство систематических обзоров, посвященным лечению послеоперационной боли, по обобщенным данным клинических исследований проводилось на гетерогенных исследуемых популяциях. Такие подходы могут не распознать конкретные эффекты определенных анальгетических препаратов и методик в отношении определенного вида операции или в специфической субпопуляции, подвергшейся хирургическому вмешательству. Определенно, разные хирургические процедуры вызывают:

- боль вследствие различных механизмов (скелетно-мышечная боль после ортопедической хирургии или висцеральная боль после абдоминальной хирургии, к примеру);
- боль различной степени тяжести и с различными функциональными последствиями;
- боль различной локализации.

Эти обстоятельства требуют подходов к обезболиванию, ориентированных на каждый конкретный вид хирургического вмешательства и популяции.

Рекомендации доказательно-обоснованных руководств в отношении лечения послеоперационной боли, ориентированного на конкретную процедуру, уже доступны (см. интернет-сайт PROSPECT, указанный ниже). Чтобы выявить, какие специфические комбинации этих компонентов больше всего подходят для конкретных пациентов в каждом случае оперативного вмешательства и послеоперационного ухода, необходимы дальнейшие исследования.

### **Активная реабилитация после хирургического вмешательства**

В настоящее время очевидно, что обеспечение хорошего послеоперационного обезбоживания само по себе является недостаточным для улучшения послеоперационного исхода и выздоровления. Однако, были разработаны протоколы мультимодального лечения для ускорения восстановления после хирургического вмешательства, в которых рассматривались многочисленные направления восстановления после операции.

Применение таких протоколов может способствовать укорочению сроков пребывания в больнице и снизить частоту осложнений. В таких протоколах делается акцент на:

- снижение стрессовой реакции в ответ на хирургическое вмешательство и риска развития дисфункции органа;
- оптимизированный контроль жидкости и температуры тела в ходе операции
- исключение постановки излишних дренажных трубок, необязательных назогастральных трубок, катетеров и т.д.;



- ранний перевод на энтеральное питание;
- ранняя мобилизация.

Методики обезболивания, которые способствуют достижению данных целей, в частности, при воздержании от использования опиоидов, могут ускорить восстановление после хирургического вмешательства и предоставить возможность для внедрения хирургических направлений, осуществляемых амбулаторно (в короткие сроки).

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (4th edition, 2015) published by [Australian and New Zealand College of Anesthetists](#) and its Faculty of Pain Medicine
2. [Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council](#)
3. [PROSPECT](#) (Procedure Specific Postoperative Pain Management)
4. [ERAS Society](#)

### АВТОРЫ

Д-р Стефан А. Шуг, FANZCA, FFPMANZCA, завещующий отделением анестезиологии, отделение фармакологии, фармации и анестезиологии  
Школа медицины и фармакологии  
Университет Западной Австралии  
Директор службы медицины боли в госпитале Роял Перт, Перт, Австралия

Рамани Вижааян, MBBS, FRCA, FFARCS(I), FANZCA, FAMM, профессор, отделение анестезиологии  
Университет Малайя, Куала-Лумпур, Малайзия

Д-р Энди Хасни Танра, к.м.н., факультет анестезиологии и лечения боли медицинского университета Хасануддин, Макаassar, Индонезия

### РЕЦЕНЗЕНТЫ

Д-р Норман Бакли, FRCPC  
профессор и заведующий отделением анестезиологии школы медицины Майкла Дж. Де Грута университета МакМастера

Д-р Хенрик Кехлет, профессор, к.м.н.  
Подразделение хирургической патофизиологии 4074  
Национальный госпиталь  
Блегдамсвей, 9  
Копенгаген, Дания