

## «Мы можем составить целенаправленную схему адекватного периоперационного обезбоживания и опровергнуть миф о неизбежности боли в хирургической практике»



*Овечкин Алексей Михайлович — профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.*

*Президент Российской ассоциации специалистов регионарной анестезии и лечения острой боли, член Центральной аттестационной комиссии Минздрава России, председатель Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (МНОАР). Член Европейского общества анестезиологов (ESA) и Европейского общества регионарной анестезии (ESRA). Автор 250 научных работ и 4 монографий.*

— **Алексей Михайлович, проблема послеоперационного обезбоживания по-прежнему актуальна?**

— Да, конечно. По данным Национального центра статистики здравоохранения США, от острой послеоперационной боли ежегодно страдает более 4,3 миллиона американцев, 50% из них считают послеоперационное обезбоживание неадекватным. Анализ качества послеоперационного обезбоживания в Германии (25 клиник, 2252 пациента) показал, что боль средней и высокой интенсивности в покое испытывали 29,5%, а при активации — более 50%, при этом 55% пациентов были не удовлетворены качеством обезбоживания. Проведенное в семи странах Центральной и Южной Европы (746 клиник) исследование PATNOS выявило неудовлетворительное качество послеоперационного обезбоживания и необходимость принятия неотложных мер по его улучшению.

— **А какова ситуация в российских клиниках?**

— Мы пытались определить степень удовлетворенности пациентов московских клиник качеством послеоперационного обезбоживания. И столкнулись с парадоксальной ситуацией: оценивая болевые ощущения в первые-вторые сутки после операции по десятибалльной визуально-аналоговой шкале, пациенты отмечали их высокую интенсивность, допустим в 7,5–8 баллов, но на ключевой вопрос, удовлетворены ли они качеством послеоперационного обезбоживания, отвечали утвердительно.

— **Чем опасна послеоперационная боль?**

— Интенсивная боль активирует симпатoadреналовую систему, вследствие чего появляется тахикардия. При этом не только повышается потребность миокарда в кислороде, но и укорачивается диастола, то есть ухудшается его кровоснабжение. По статистике немецких коллег, у пациентов, перенесших обширные полостные операции при ишемической болезни сердца, частота послеоперационного острого инфаркта миокарда, чаще всего развивающегося на третьи сутки после операции, составляет от 4 до 18%.

Болевой синдром после открытых торакальных операций и вмешательств на органах верхнего этажа брюшной полости сопровождается нарушением функции диафрагмы, повышением тонуса нижних межреберных мышц и мышц брюшной стенки при выдохе. Затруднение эффективного откашливания, вызванное послеоперационной болью, нарушает эвакуацию бронхиального секрета, что способствует ателектазированию с последующим развитием легочной инфекции.

При активации симпатической системы происходит резкое повышение плазменной концентрации катехоламинов, являющихся прокоагулянтами, что способствует развитию тромбоэмболических осложнений. Дополнительным фактором риска выступает длительная иммобилизация пациентов, обусловленная болевым синдромом.

Развернутый анализ причин послеоперационной летальности, представ-

ленный A. Rogers и соавторами в начале XXI века, показал, что в 45% случаев причинами смерти пациентов в раннем послеоперационном периоде служат острый инфаркт миокарда, инсульт, ТЭЛА, а еще в 35% случаев — легочная инфекция. Здесь прослеживается прямая связь с неадекватным послеоперационным обезбоживанием.

— **В последние годы в специальной литературе часто встречается термин «хроническая послеоперационная боль». Расскажите об этом подробнее.**

— Первая статья, посвященная хроническому послеоперационному болевому синдрому (ХПБС), была опубликована в журнале Pain в 1998 году. Это боль, развившаяся после перенесенного хирургического вмешательства и продолжающаяся не менее трех месяцев, при условии исключения прочих причин (хронического воспаления, ишемии, прогрессирующего новообразования и других).

Частота ХПБС после мастэктомии составляет 20–50%, кесарева сечения — 4–18%, холецистэктомии — 5–50%, герниопластики — 5–35%. Крайне негативно воспринимается пациентами сохранение (усиление) болевых ощущений после операций, направленных на устранение интенсивного и стойкого болевого синдрома. Речь идет об остеоартрозе и операциях тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов. Частота развития ХПБС в этих случаях может достигать 44% и 27% соответственно.

В основе хронической послеоперационной боли — формирование необратимых морфофункциональных изменений в структурах ЦНС, поэтому ее лечение представляет сложнейшую медицинскую задачу. Во многих случаях развитие ХПВС приводит к инвалидизации пациентов.

**— Насколько возможно использование зарубежного опыта послеоперационного обезболивания?**

— Большинство зарубежных рекомендаций основано на универсальном подходе к применению анальгетиков и методик обезболивания. В американских рекомендациях 2016 года есть масса полезной информации о целесообразности использования в схемах послеоперационного обезболивания ряда препаратов и методов анальгезии. Но что они дают практикующему анестезиологу-реаниматологу? При торакотомии рекомендованы опиоиды, НПВС и парацетамол, габапентин или прегабалин, кетамин внутривенно, паравертебральный блок или эпидуральная анальгезия. При открытой лапаротомии — опиоиды, НПВС и парацетамол, габапентин или прегабалин, кетамин внутривенно, местная анестезия операционной раны, или блокада поперечного пространства живота, или эпидуральная анальгезия. При тотальном эндопротезировании коленного сустава — опиоиды, НПВС и парацетамол, габапентин или прегабалин... Практически единый рецепт. Однако существует отчетливая клиническая разница в восприятии боли при торакотомии и лапаротомии, эндопротезировании коленного и тазобедренного суставов.

Таким образом, очевидна необходимость разработки специфических рекомендаций по послеоперационной анальгезии, ориентированных на тот или иной тип хирургического вмешательства.

**— Не могли бы Вы обозначить ключевые принципы формирования этих рекомендаций?**

— За основу необходимо взять мультимодальную анальгезию, то есть одновременное назначение двух и более неопиоидных анальгетиков с разными механизмами действия, способных оказывать влияние хотя бы на два уровня формирования острого болевого синдрома (напомню, что всего этих уровней четыре). Наивысшую эффективность имеет комбинация НПВС с парацетамолом.

Однако многие пациенты имеют противопоказания к назначению препара-

тов группы НПВС. К традиционным противопоказаниям сегодня добавилось наличие ранее перенесенного инфаркта миокарда. Во многих клиниках США запрещено назначать НПВС пациентам старше 65 лет. Относительно новый для России неопиоидный анальгетик центрального действия — нефопам, практически не имеющий значимых побочных эффектов, должен рассматриваться как альтернатива НПВС.

Комбинации неопиоидных анальгетиков в сочетании с адьювантами будет достаточно для обезбоживания пациентов после большинства эндоскопических операций и ряда операций малой травматичности, таких как резекция щитовидной железы, флэбэктомия, герниопластика.

Согласно трехступенчатой схеме ВОЗ, при операциях средней и высокой травматичности (а это большинство открытых хирургических вмешательств) неопиоидную анальгезию следует дополнять опиоидными анальгетиками. Назначение последних в нашей стране жестко регламентировано, в том числе приказом Минздрава России № 917н «Об утверждении нормативов для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения», вступившим в силу 1 января 2017 года. Поэтому важны правильное назначение адьювантных препаратов и широкое использование регионарной анальгезии. Например, после ряда хирургических вмешательств (пахового грыжесечения, лапароскопической холецистэктомии, торакотомии, ампутации конечности и других) болевой синдром с высокой долей вероятности включает в себя нейропатический компонент и имеет предпосылки к трансформации в хроническую форму, что служит показанием для использования антиконвульсантов (габапентина или прегабалина), назначаемых перорально за 2–3 часа до операции и применяемых в течение 8–10 суток после нее.

В последние годы накоплено достаточно информации о феномене «опиоид-индуцированной гиперальгезии». Он обусловлен интраоперационным применением опиоидных анальгетиков короткого действия (фентанила, суфентанила) в высоких дозах и проявляется снижением болевых порогов с резким усилением интенсивности боли сразу после прекращения введения. Поэтому при обширных и длительных хирургических вмешательствах, сопровождающихся введением значительных доз фентани-

ла, в периоперационном обезболивании целесообразно использование микродоз кетамина, оказывающих антигиперальгезивное действие.

**— Подход к выбору метода регионарной анальгезии тоже должен быть дифференцированным?**

— Разумеется. Например, при лапароскопической холецистэктомии источником болевых ощущений в послеоперационном периоде преимущественно становятся места установки эндоскопических портов. Поэтому перед установкой троакаров желательнее произвести инфильтрацию мягких тканей в этих местах 0,75-процентным ропивакаином или 0,5-процентным бупивакаином из расчета 6–7 миллилитров на каждый порт. В этом случае интенсивность послеоперационной боли и потребность в назначении анальгетиков будут минимальными.

Разумным выбором при эндоскопических вмешательствах будет внутривенная инфузия лидокаина. Рекомендованная индукционная доза составляет 1,5 миллиграмма на килограмм с последующей интраоперационной инфузией со скоростью 1–2 миллиграмма на килограмм в час. При этом не только снижается потребность в послеоперационном назначении анальгетиков, но и существенно сокращаются сроки пареза кишечника, например при лапароскопической гемиколонэктомии.

Продленные блокады периферических нервов и сплетений рекомендуются в основном после операций на нижних и верхних конечностях, когда время потребности в обезболивании превышает длительность действия однократно введенного местного анестетика.

Эпидуральная анальгезия остается важнейшим компонентом схем мультимодального обезбоживания у пациентов, перенесших обширные открытые хирургические вмешательства на органах брюшной полости и грудной клетки, особенно при повышенном риске развития сердечно-сосудистых, легочных осложнений и кишечной непроходимости.

Таким образом, ориентируясь на особенности того или иного хирургического вмешательства, а также индивидуальные характеристики пациента, мы можем составить целенаправленную схему адекватного периоперационного обезбоживания и опровергнуть миф о неизбежности боли в хирургической практике.

Специально для *Доктор.Ру*  
Елисова О. В.