

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Кафедра Анестезиологии и реаниматологии ИПО

Реферат на тему: «Послеоперационное обезболивание»

Выполнил: ординатор 1 года Панов Глеб Владимирович
кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО

Красноярск 2021

План:

1. Актуальность
2. Основная часть
 - Этиология
 - Классификация
 - Клиническая картина
3. Диагностика
4. Лечение
5. Список литературы

1. Актуальность.

В последние годы предметом клинических и научных поисков стало лечение послеоперационной боли. Почти все пациенты в послеоперационном периоде испытывают боль выраженной интенсивности, которая либо не купируется, либо корригируется недостаточно. Этому существует много объяснений: недостаточное знание патофизиологических механизмов возникновения острой боли, а также фармакодинамических и фармакокинетических свойств анальгетиков. Более того, принято считать, что послеоперационная боль - это неизбежное естественное следствие хирургической травмы. Даже сейчас, при наличии многих эффективных анальгетиков, лечение послеоперационной боли бывает неадекватным. С другой стороны, гораздо сложнее разработать примерную схему терапевтических алгоритмов лечения послеоперационной боли, которая должна учитывать различие индивидуальных характеристик пациентов, вид оперативного вмешательства, методику анестезии, возможности медицинского персонала и другие.

Определение.

Боль послеоперационная – болевые ощущения, возникающие у хирургического пациента в области выполненного оперативного вмешательства. Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация по изучению боли (IASP) признали обезболивание неотъемлемым правом человека. Пункт 4 статьи 19 Федерального Закона РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» указывает, что каждый пациент имеет право на ... «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами».

2. Основная часть

Этиология.

Послеоперационная боль относится к острым болевым синдромам и является мощным триггером хирургического стресс-ответа, активирующим вегетативную нервную систему и оказывающим негативное влияние практически на все жизненно важные органы и системы (таблица 1).

Формирование послеоперационного болевого синдрома обеспечивается многоуровневой ноцицептивной системой, включающей сеть периферических ноцицепторов и центральных нейронов, расположенных в различных структурах ЦНС и реагирующих на повреждающее воздействие.

Основные уровни формирования острого болевого синдрома включают в себя:

1) трансдукцию — активацию ноцицепторов (свободных окончаний афферентных аксонов) механическими стимулами и действием медиаторов боли (брадикинин, серотонин, простагландины E2 и др.) с формированием потенциалов действия (т. е. первичных ноцицептивных стимулов);

2) трансмиссию — передачу ноцицептивных стимулов по афферентным аксонам из зоны повреждения в спинальные и супраспинальные структуры;

3) модуляцию — подавление тормозными интернейронами II пластины задних рогов спинного мозга и нисходящими тормозными влияниями активации нейронов 2-го порядка;

4) перцепцию — обработку ноцицептивной информации в коре головного мозга с формированием ощущения боли и ее эмоционально-аффективных компонентов.

Развитие болевого синдрома связано с формированием зон гипералгезии. Различают первичную и вторичную гипералгезию.

Первичная гипералгезия быстро развивается в непосредственной близости от раны, в зоне поврежденных тканей. Патофизиологической основой первичной гипералгезии является сенситизация ноцицепторов (периферическая сенситизация). Основное значение в инициации периферических механизмов ноцицепции отводится брадикинину, который может оказывать как прямое, так и не прямое действие на ноцицепторы. Важную роль играют простагландины E_2 , повышающие чувствительность ноцицепторов к воздействию прочих медиаторов боли.

Позднее вне зоны повреждения формируется вторичная гипералгезия, зона, которая располагается не только вокруг места повреждения, но и на удалении от него. Вторичная гипералгезия развивается в результате включения центральных механизмов сенситизации ноцицептивных нейронов, располагающихся в задних рогах спинного мозга. В частности, повышается их возбудимость, спонтанная электрическая активность и чувствительность к механической стимуляции. При продолжающейся ноцицептивной стимуляции происходит гиперсекреция нейропептидов — субстанции P, нейрокинина A, которые, действуя на соответствующие рецепторы, возбуждают ноцицептивные нейроны и потенцируют возбуждающее действие глутамата через N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторы. Нейрокинины деполяризуют клеточную мембрану, удаляя из ионных каналов NMDA-рецепторов блокирующие их ионы Mg^{2+} . После этого глутамат воздействует на NMDA-рецепторы, увеличивая активное поступление ионов Ca^{2+} в клетку и вызывая развитие длительной деполяризации. Увеличение зоны сниженных болевых порогов вокруг операционной раны обусловлено расширением рецептивных полей нейронов задних рогов спинного мозга. Данный процесс происходит на протяжении 12–18 часов, что в значительном проценте случаев обуславливает усиление интенсивности послеоперационных болевых ощущений ко 2-м суткам после операции.

Эпидемиология послеоперационной боли

Согласно отчету Национального института здравоохранения США за 2011 г., более 80% пациентов в клиниках Северной Америки страдают от послеоперационной боли, при этом менее 50% считают обезболивание адекватным. Эпидемиологическое исследование PATNOS выявило неудовлетворительное качество послеоперационного обезболивания в Европе и необходимость принятия неотложных мер по его улучшению. Болевой синдром в стационаре у хирургических

пациентов регистрировался у 55% (37,7-84%) пациентов, причем частота интенсивной боли варьирует в пределах 9-36%. Боль интенсивностью 4 балла по 10-бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и более отмечалась у 70% пациентов после операций на нижних конечностях и абдоминальных вмешательствах, у 60% пациентов после операций на позвоночнике и верхних конечностях. Болевой синдром средней и высокой интенсивности фиксировался после кесарева сечения (87%), открытого остеосинтеза костей нижней конечности (85%), гистерэктомий (71%), лапаротомий (70%) . В одном из наиболее крупных исследований (20 тыс. хирургических пациентов) послеоперационные болевые ощущения средней интенсивности были отмечены в 29,7% (26,4–33%) случаев, высокой интенсивности — в 10,9% (8,4–13,4%) случаев. 40% пациентов ОРИТ сообщили о наличии у них умеренной или сильной боли.

Хроническая боль, возникающая в результате хирургического вмешательства и неадекватного лечения острой послеоперационной боли, частота формирования которой достигает 30-70%, оказывает серьезное негативное влияние на качество жизни человека и создает существенную финансовую нагрузку на общество.

В целом, литературные данные свидетельствуют об отсутствии положительной динамики в решении проблемы послеоперационного обезболивания .

Классификация.

1. По типу боли:

- физиологическая боль;
- патологическая боль.

2. По интенсивности боли:

- легкая;
- умеренная;
- тяжелая.

3. По продолжительности боли:

- острая боль (длительность до 3 месяцев)
- хроническая боль (длительность более 3 месяцев)

4. По характеру и локализации:

- соматическая:
 - а) поверхностная;
 - б) глубокая.

-висцеральная.

5. По виду боли:

- эпикритическая;

- протопатическая.

6. По происхождению:

- периферическая

- центральная (нарушение механизмов торможения в ЦНС)

7. Особые виды боли:

- проецируемая

- отраженная

- патологическая

Основные типы боли

Ноцицептивная боль (соматогенная) - возникает вследствие активации ноцицепторов. Активирующими факторами могут быть: травма, воспаление, ишемия, растяжение тканей.

Нейропатическая боль (нейрогенная) возникает в результате повреждения периферических или центральных структур нервной системе, участвующих в механизмах ноцицепции. Нейропатический компонент зачастую входит в структуру послеоперационного болевого синдрома. Его наличие (или высокая вероятность его возникновения) является основанием для включения в схему обезболивания препаратов эффективных в отношении нейропатической боли.

Психогенная боль возникает при отсутствии каких бы то ни было соматических, висцеральных или нейрональных повреждений. Жалобы на боль могут предъявлять пациенты, страдающие истерией, шизофренией, биполярными расстройствами. При наличии в анамнезе подобных психических расстройств и отсутствии вышеуказанных повреждений к лечению таких пациентов должен привлекаться психиатр.

Клиническая картина.

Некупированный болевой синдром проявляется тахикардией, артериальной гипертензией, повышением ригидности мышц грудной клетки и передней брюшной стенки, что ведет к нарушению вентиляционной функции легких и гипоксемии (см. таблицу 1).

Таблица 1

Негативное влияние послеоперационной боли

на жизненно важные системы организма

Система	Изменения, обусловленные наличием острого болевого синдрома
Сердечно-сосудистая	Тахикардия, гипертензия, повышенное периферическое сосудистое сопротивление, увеличение потребности миокарда в кислороде, ишемия миокарда, снижение периферического кровотока (фактор риска образования тромбов в сосудах нижних конечностей)
Дыхательная	Снижение ДО и ФОЕ, затруднения адекватного откашливания, накопление мокроты, формирование ателектазов, легочная инфекция, гипоксемия
ЖКТ	Угнетение моторики ЖКТ, повышенный риск транслокации кишечной флоры
Мочевыделительная	Затруднения мочеиспускания
Нейроэндокринная	Повышение концентрации в плазме катаболических гормонов: глюкагона, СТГ, вазопрессина, альдостерона, ренина и ангиотензина. Угнетение синтеза анаболических гормонов: инсулина и тестостерона Катаболизм характеризуется гипергликемией, резким снижением уровня белка в плазме. Отрицательный азотистый баланс замедляет течение репаративных процессов и затрудняет послеоперационную реабилитацию пациентов
Свертывающая	Гиперкоагуляция, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА
Скелетно-мышечная	Повышение мышечного тонуса, иммобилизация (фактор риска тромбозов глубоких вен нижних конечностей)
ЦНС	Риск формирования хронического послеоперационного болевого синдрома вследствие сенситизации структур ЦНС на фоне интенсивной острой боли

Затруднение откашливания на фоне болевого синдрома нарушает эвакуацию бронхиального секрета, что способствует ателектазированию с последующим развитием легочной инфекции. Обусловленная болевым синдромом активация симпатической нервной системы вызывает послеоперационную гиперкоагуляцию. Усиленная симпатическая стимуляция повышает тонус гладкой мускулатуры кишечника со снижением перистальтической активности и развитием послеоперационного пареза. Кроме того, послеоперационный болевой синдром препятствует ранней активизации пациентов, а также способствует их эмоциональному и физическому страданию, нарушениям сна.

Внезапное усиление интенсивности боли, особенно связанное с появлением таких признаков, как гипотензия, тахикардия, гипертермия требует немедленной комплексной оценки состояния пациента, поскольку может быть связано с развитием послеоперационных осложнений (кровотечение, несостоятельность анастомозов, тромбоз глубоких вен и т. д.).

3. Диагностика.

Основой выбора эффективной и безопасной схемы послеоперационного обезболивания является индивидуальный подход, учитывающий особенности каждого конкретного пациента, оценку интенсивности боли в динамике, постоянный контроль адекватности обезболивания, а также своевременное выявление побочных эффектов препаратов и методов анальгезии.

Изучение анамнеза болевого синдрома

Тщательное изучение болевого анамнеза в сочетании с историей основного заболевания и осмотром пациента предоставляет важную информацию о типе и характере болевого синдрома, причине его возникновения и позволяет выбрать оптимальную схему анальгезии. Основная структура изучения анамнеза боли представлена в таблице 2.

Таблица 2

Структура изучения анамнеза боли

Локализация болевых ощущений	Оценка первичной локализации боли и ее иррадиации
История возникновения боли	Когда и при каких обстоятельствах впервые появились болевые ощущения, что предшествовало их появлению
Характер боли	Острая, тупая, коликообразная, жгучая, стреляющая и т.п.
Интенсивность боли	Оценивается отдельно в покое и при движении

	<p>Длительность боли</p> <p>Имеет постоянный характер или приступообразный</p> <p>Какие факторы усиливают интенсивность боли</p>
Сопутствующая симптоматика	Например, тошнота, потливость
Влияние боли на качество жизни	Например, ограничение физической активности, нарушения сна и т.д.
Какие методы лечения боли используются сейчас и какие применялись в прошлом	Дозы анальгетиков, частота их назначения, эффективность, наличие побочных эффектов

Принципы оценки боли

Оценка боли является крайне важным элементом послеоперационного обезболивания [97].

Принципы адекватной оценки боли представлены в таблице 3.

Таблица 3

Принципы адекватной оценки боли

- Исследование интенсивности боли осуществляется как в покое, так и при движении пациента, что позволяет оценить его функциональный статус
- Эффективность обезболивания определяется оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии
- В хирургических ОРИТ и прочих подразделениях, где находятся пациенты с болью высокой интенсивности, ее оценка на начальном этапе лечения осуществляется каждые 15 минут, а затем, по мере снижения интенсивности, каждые 1-2 часа
- В хирургических отделениях периодичность оценки интенсивности боли составляет 4-8 часов, что зависит как от выраженности боли, так и от эффективности обезболивания
- При решении вопроса о необходимости обезболивания необходимо ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли (пороги вмешательства). В частности, по 10-бальной визуально-рейтинговой шкале максимально допустима интенсивность боли 3 балла в покое и 4 балла при движении
- Интенсивность боли, эффективность обезболивания, а также наличие побочных эффектов должны регистрироваться в соответствующих документах, например, листах послеоперационного наблюдения больных. Это необходимо для соблюдения преемственности лечения боли, а также контроля его качества

- Особенного внимания заслуживают пациенты, контакт с которыми затруднен. Это пациенты с нарушениями интеллекта и сознания, дети младшего возраста, иностранцы, не говорящие на языке страны пребывания и т.п.
- Внезапное усиление интенсивности боли, особенно связанное с появлением таких признаков, как гипотензия, тахикардия, лихорадка требует немедленной клинической оценки состояния пациента, поскольку может быть связано с развитием инфекционных осложнений, тромбоза глубоких вен и т.д.
- В случаях, когда пациент не в состоянии пользоваться визуальными шкалами оценки боли, обезболивание назначают, ориентируясь на клинические признаки наличия боли

Шкалы оценки интенсивности боли

Для определения интенсивности боли используют специальные шкалы оценки боли. Использование какой-то одной шкалы в пределах одной клиники позволяет всему персоналу, занимающемуся обезболиванием «говорить на одном языке». Самооценка боли пациентом является наиболее ценным инструментом. Во всех случаях необходимо прислушиваться к мнению пациента и доверять его ощущениям.

Выявление нейропатического компонента боли

Для выявления нейропатического компонента в структуре острого послеоперационного болевого синдрома используется вопросник DN4 (см. приложение Б3) [13].

Инструментальные методы оценки боли с помощью анализа фотоплетизмограммы, оценки индекса ноцицепции, кожной проводимости, пупиллометрии, а также индексов, полученных с помощью электроэнцефалограммы, в широкой клинической практике распространения не получили.

4. Лечение.

Основным принципом послеоперационного обезбоживания в настоящее время является реализация концепции мультимодальной анальгезии (ММА). Рекомендуется применять мультимодальную анальгезию, то есть совместное использование различных анальгетиков и технологий обезбоживания в сочетании с нефармакологическими методами послеоперационного обезбоживания у взрослых и детей.

ММА в настоящее время является методом выбора послеоперационного обезбоживания. Ее базисом является назначение комбинаций неопиоидных анальгетиков, в частности, НПВС и парацетамола, которое у пациентов с болями средней и высокой интенсивности сочетается с использованием адьювантных препаратов, опиоидных анальгетиков (при необходимости) и методов регионарной анальгезии. Выбор той или иной схемы ММА анальгезии определяется травматичностью хирургического вмешательства.

Парацетамол и НПВС являются базисом послеоперационной ММА. Дозы препаратов представлены в таблице 4.

Таблица 4
Дозы парацетамола и НПВС,
рекомендуемые для послеоперационного обезболивания
(в соответствии с инструкциями по использованию препаратов)

Препарат	Разовая доза	Интервал назначения	Максимальная суточная доза	Максимальная длительность назначения
Парацетамол	0,5-1 г, в/в инфузия в течение 15 мин	6 час	4 г	5-7 суток
Диклофенак	75 мг в/м	12 час	150 мг	2 суток
Кеторолак	30 мг в/в, в/м	8 час	60-90 мг	5 суток
Кетопрофен	100 мг, в/в, в/м	12 час	200 мг	в/в не > 2 сут
Лорноксикам	8 мг в/в/ в/м	12 час	16 мг	1-7 суток
Декскетопрофен	50 мг в/в, в/м	8-12 час	150 мг	2 суток

Данные доказательной медицины, подтверждающие эффективность применения НПВС и парацетамола в схемах ММА:

- НПВС являются эффективными препаратами для послеоперационного обезболивания.
- Парацетамол является эффективным анальгетиком для лечения острой боли, частота побочных эффектов сопоставима с плацебо.
- Рекомендуется назначать взрослым и детям парацетамол и/или НПВС) в рамках мультимодальной послеоперационной анальгезии, при отсутствии противопоказаний.
- Сочетание неселективных НПВС с парацетамолом повышает качество обезболивания, по сравнению с назначением каждого из препаратов по отдельности.
- Назначение НПВС пациентам, которые получают контролируемую пациентом анальгезию (КПА) опиоидами, снижает потребность в опиоидах, а также частоту тошноты и рвоты.
- Коксибы и неселективные НПВС в равной мере оказывают побочное влияние на функции почек.
- Периоперационное назначение неселективных НПВС повышает риск малых и больших геморрагических осложнений в послеоперационный период, по сравнению с плацебо.
- НПВС и коксибы в равной степени вызывают побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности, повышают частоту развития острого инфаркта миокарда.

Влияние НПВС на консолидацию костной ткани, а также их способность повышать риск несостоятельности анастомозов после колопроктологических операций остается до конца не изученным. В то же время, имеются достаточно веские опасения увеличения частоты несостоятельности анастомозов при операциях на ЖКТ, обусловленного назначением препаратов группы НПВС, как при открытых, так и при лапароскопических вмешательствах. В связи с этим, мы не рекомендуем включение НПВС в схемы обезболивания пациентов, перенесших операции на органах ЖКТ, связанные с наложением анастомозов.

Опиоиды остаются препаратами, широко применяемыми для послеоперационного обезболивания в большинстве зарубежных и отечественных клиник. Выраженность анальгетического действия μ -агонистов должна быть сходной при условии их применения в эквивалентных дозировках. В частности, эффекту 10 мг морфина должен соответствовать эффект 20 мг промедола или 100 мг трамадола. В то же время, имеет место индивидуальная вариабельность чувствительности отдельных пациентов к тем или иным опиоидным анальгетикам. Важным моментом является тот факт, что опиоидные анальгетики обеспечивают только антиноцицептивный эффект, но не препятствуют развитию гипералгезии.

Дозы опиоидных анальгетиков представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Дозы опиоидных анальгетиков,
рекомендуемые для послеоперационного обезболивания
(в соответствии с инструкциями по использованию препаратов)**

Препарат	Разовая доза	Интервал назначения	Максимальная суточная доза
Морфина гидрохлорид	10 мг в/в, в/м	5-6 часов	50 мг
Тримеперидин (промедол)	20-40 мг в/в, в/м	4 часа	120 мг
Трамадол ¹	100 мг в/в, в/м	6 часов	400 мг

По мнению ряда специалистов, послеоперационное назначение опиоидных анальгетиков ассоциируется с увеличением числа осложнений послеоперационного периода, а также

¹ Препарат трамадол, который традиционно рассматривается среди опиоидных анальгетиков, строго говоря, к ним не относится. Правильнее называть его анальгетиком центрального действия, механизм которого частично обусловлен воздействием на опиатные рецепторы.

увеличивает стоимость пребывания пациента в клинике. Помимо давно известных побочных эффектов препаратов данной группы (угнетение дыхания, избыточная седация, угнетение моторики ЖКТ, тошнота, рвота, кожный зуд), в последние годы активно обсуждаются такие клинически значимые осложнения, как опиоид-индуцированная гиперальгезия и обусловленная опиоидной анальгезией иммуносупрессия.

Кетамин начали рассматривать в качестве адъювантного препарата в схемах периоперационного обезболивания с 90-х годов прошлого века, когда были открыты его свойства неконкурентного антагониста N-метил-D-аспартатовых (NMDA) рецепторов.

Внутривенная инфузия субанестетических доз кетамина может использоваться в качестве компонента ММА у взрослых. Перед операцией кетамин вводится в/в болюсно в дозе 0,15–0,2 мг/кг, а затем в виде непрерывной инфузии со скоростью 0,2–0,4 мкг/кг/мин. Оптимальная продолжительность послеоперационной инфузии – 12-24 часа.

В систематизированном обзоре, посвященном роли антагонистов NMDA-рецепторов в предотвращении гиперальгезии, и тоже включившем 24 исследования кетамина, был сделан однозначный вывод о снижении интенсивности боли и потребности в опиоидных анальгетиках на фоне назначения этого препарата. При этом длительность эффекта существенно превышала длительность действия самого кетамина

И, наконец, согласно Кокрановскому обзору (37 исследований, из них 27 с позитивным результатом), использование малых доз кетамина снижало потребность в морфине и частоту ПОТР в первые 24 часа после операции. Побочные эффекты отсутствовали или были незначительными.

В последние годы был выполнен ряд исследований, продемонстрировавших положительное влияние габапентиноидов (габапентина и прегабалина) на острую послеоперационную боль, их анксиолитическое действие, а также снижение риска формирования хронического болевого синдрома. Следует сказать, что габапентин в качестве компонента схем ММА начал применяться раньше прегабалина, соответственно ему посвящено большее количество публикаций, шире доказательная база.

Чаще всего препараты назначают однократно, за 1-2 часа до операции per os. Предоперационная доза габапентина варьирует от 300 до 900 мг, прегабалина – от 75 до 300 мг. Ряд специалистов назначает габапентиноиды однократно, но большинство пролонгирует их использование. В послеоперационный период рекомендуемая суточная доза габапентина составляет 900-1200 мг, прегабалина – от 150 до 300 мг. Длительность назначения обычно не превышает 8-10 суток.

Внутривенная инфузия лидокаина может использоваться в качестве компонента ММА при ряде хирургических вмешательств, больше всего доказательств эффективности получено при операциях на органах брюшной полости, как лапароскопических, так и открытых. Раствор лидокаина вводится перед операцией внутривенно болюсно медленно в дозе 1,5 мг/кг (не более 100 мг), затем во время операции продолжается инфузия со скоростью 1,5-2 мг/кг/час, которую

желательно пролонгировать на 24-48 часов послеоперационного периода. Максимальная суточная доза лидокаина при внутривенном введении составляет 2000 мг.

При внутривенном введении лидокаин метаболизируется до моноэтил-глицин-эксиледида, который взаимодействует как с периферическими, так и с центральными потенциал-зависимыми открытыми Na-каналами, расположенными на внутренней поверхности мембран нейронов. Кроме того, лидокаин усиливает высвобождения эндогенных опиатов и подавляет постсинаптическую деполаризацию, опосредованную через NMDA- и нейрокининовые рецепторы.

Регионарная анальгезия

Важнейшей задачей ММА является прерывание афферентного потока ноцицептивных стимулов от периферических болевых рецепторов в органах и тканях к сегментарным структурам ЦНС (задним рогам спинного мозга). Эта задача может быть успешно решена при помощи различных методов регионарной анальгезии (РА).

Инфильтрация мягких тканей местными анестетиками (МА) длительного действия до начала операции рассматривается в качестве способа снижения интенсивности послеоперационного болевого синдрома при некоторых, преимущественно эндоскопических хирургических вмешательствах, таких, как лапароскопическая холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика, гемиколэктомия и т.п.

При лапароскопических операциях осуществляется локальная инфильтрация тканей в местах установки эндоскопических портов. Рекомендуется использовать 0,5% бупивакаин, 0,5% левобупивакаин или 0,75% ропивакаин из расчета 7 мл на 10 мм троакар и 3-4 мл на 5 мм троакар.

Показания для проведения продленных блокад периферических нервов: длительные и травматические вмешательства на верхних и нижних конечностях и туловище, требующие обезболивания более 24 часов, а также обеспечение «fast-track» технологий. Для обеспечения длительной (48-72 часа) послеоперационной анальгезии и проведения реабилитационных мероприятий целесообразно использовать катетеризационные методики блокады нервов. Выполнение катетеризаций нервов целесообразно проводить в условиях УЗ-навигации, в крайнем случае, с применением электронейростимулятора. Варианты блокад в зависимости от зоны хирургического вмешательства представлены в таблице 6.

Таблица 6

Выбор блокады в зависимости от зоны хирургического вмешательства

Область операции	Методика
Плечо	БПС (межлестничный доступ)
Локтевой сустав, предплечье, кисть	БПС (надключичный доступ)

Верхняя конечность (дистальнее верхней трети плеча)	БПС (нижнеключичный доступ)
Предплечье, кисть	БПС (подмышечный доступ)
Грудная клетка	Торакальная паравертебральная блокада
Срединная лапаротомия	Блокада влагалища прямой мышцы живота (двусторонняя); ТАР-блок (двусторонний)
Открытая аппендэктомия	ТАР-блок
Открытая холецистэктомия	ТАР-блок
Гистерэктомия/Кесарево сечение (доступ по Пфанненштилю)	Подвздошно-паховый и подвздошно-подчревный (двусторонний); ТАР-блок (двусторонний)
Паховая грыжа	Подвздошно-паховый и подвздошно-подчревный; ТАР-блок
Пупочная грыжа	Блокада влагалища прямой мышцы живота (двусторонняя)
Эндопротезирование ТС и КС	Блокада поясничного сплетения, блокада бедренного нерва (протезирование КС)
Нижняя конечность	Блокада седалищного нерва
Бедро	Блокада поясничного сплетения или илеофасциальная блокада
Колено	Блокада поясничного сплетения, блокада бедренного нерва
Нижняя треть голени, голеностопного сустава, стопы	Блокада ветвей седалищного нерва на уровне подколенной ямки
Голеностопный сустав	Катетеризация седалищного нерва до его бифуркации в нижней трети бедра

При блокадах изолированных нервов (бедренный, седалищный и др.) и сплетений (плечевое, поясничное), используют инфузию 0,2% раствора местного анестетика (ропивакаин, левобупивакаин) с помощью эластомерных помп или перфузора со скоростью 4-6 мл/ч.

При межфасциальных блокадах (илеофасциальная, ТАР блок и др.) предпочтительно интермиттирующее введение местного анестетика (ропивакаин, левобупивакаин) в дозе 2,0 мг/кг.

Эпидуральная анальгезия (ЭА) рекомендуется при обширных открытых оперативных вмешательствах на органах грудной клетки, брюшной полости, малого таза, магистральных сосудах, а также при эндоскопических операциях у пациентов с повышенным риском послеоперационных респираторных осложнений.

Уровень пункции и катетеризации эпидурального пространства определяется областью оперативного вмешательства. В качестве препаратов для ЭА используют растворы местных анестетиков и опиоидный анальгетик морфин. Начало действия 2-5 мг морфина, введенного в эпидуральное пространство, развивается через 30-60 мин, длительность эффекта от 6 до 24 ч.

Интраоперационная нейроаксиальная анальгезия уменьшает послеоперационную потребность в опиоидных анальгетиках.

Не существует единой универсальной схемы обезболивания для всех хирургических вмешательств. Болевой синдром в различных областях хирургии имеет свою специфику, которая определяется: травматичностью доступа (разный подход к обезболиванию после эндоскопических и открытых операций), объемом хирургического вмешательства (симультанные онкологические операции), длительностью вмешательства, структурой болевого синдрома (преобладанием соматического или висцерального компонента и, что очень важно, наличием нейропатического компонента). В связи с этим, послеоперационное обезболивание должно иметь процедурно-специфический характер, ориентированный на вид хирургического вмешательства. Кроме того, рекомендации по обезболиванию для каждой типовой операции не должны ограничиваться только послеоперационным периодом, а должны включать разделы: до операции, во время операции, после операции. Назначение различных анальгетиков и адъювантов, применение тех или иных вариантов регионарной анестезии/ анальгезии на протяжении всего периоперационного периода оказывает существенное влияние на интенсивность и динамику послеоперационного болевого синдрома. Применение принципов предупреждающей и профилактической анальгезии особенно важно при реализации концепций «fast-track surgery» и «ERAS» (Enhanced Recovery After Surgery).

Послеоперационное обезболивание в абдоминальной хирургии

Значительное количество оперативных вмешательств на органах брюшной полости сегодня выполняется с использованием лапароскопической техники. Схемы периоперационного обезболивания при этом не подразумевают использования методов нейроаксиальной анестезии / анальгезии (за редким исключением). Для блокады ноцицептивного входа из поврежденных тканей рекомендуется инфильтрация мягких тканей в местах установки эндоскопических портов (см. раздел 4.1). Для ускорения разрешения пареза кишечника целесообразна периоперационная внутривенная инфузия лидокаина (см. раздел 3.5). Ряд абдоминальных вмешательств, в том числе лапароскопических, характеризуется наличием нейропатического компонента в структуре послеоперационной боли (например, холецистэктомия), что повышает риск формирования хронического послеоперационного болевого синдрома. Это является основанием для включения в схемы обезболивания препаратов, эффективных в отношении нейропатической боли - габапентиноиды, антагонисты NMDA-рецепторов (см. разделы 3.3 и 3.4).

Периоперационное обезболивание при открытых обширных операциях на органах брюшной полости должно включать продленную ЭА местными анестетиками. Данная методика не только

обеспечивает адекватное обезбоживание (с исключением потребности в системном введении опиоидных анальгетиков), но и позитивно влияет на течение раннего послеоперационного периода, снижая частоту жизнеугрожающих осложнений, а также вероятность летального исхода. При переводе пациента в профильное отделение для продленной ЭА рекомендуется использовать одноразовые эластомерные помпы.

Некоторые схемы периоперационной анальгезии при операциях на органах брюшной полости представлены в таблицах 7-9.

Таблица 7

Схема периоперационного обезбоживания. Гемиколонэктомия открытая

Этап	Рекомендуется
До операции	Установка эпидурального катетера (Th ₁₀₋₁₂), болюс 0,5% ропивакаина 7-8 мл (35-40 мг) или 0,5% левобупивакаина 6-7 мл (30-35 мг)
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ, ЭА в качестве компонента (ропивакаин болюсно 0,5% р-р или левобупивакаин 0,375% по 4-5 мл или инфузия ропивакаина 0,2% 5-6 мл/час
После операции	Продленная ЭА ропивакаин 0,2% 6-8 мл/час в течение ≈48 час. После окончания ЭА - парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м

Таблица 8

Схема периоперационного обезбоживания. Гемиколонэктомия лапароскопическая

Этап	Рекомендуется
До операции	Лидокаин 100 мг в/в во время индукции общей анестезии.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ. Инфильтрация тканей в месте установки портов - ропивакаин или левобупивакаин 0,5% по 5-7 мл на каждый порт. Инфузия лидокаина со скоростью 1,5-2 мг/кг/час
После операции	Рекомендуется продолжить в/в инфузию лидокаина со скоростью 1 мг/кг/час в течение ≈ 24 час. Парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут + трамадол 100-200 мг. При необходимости – промедол 20 мг.

Таблица 9**Схема периоперационного обезболивания. Холецистэктомия лапароскопическая**

Этап	Рекомендуется
До операции	Габапентин 600 мг per os за 2 часа до операции. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза. Кетамин 12,5 мг в/в в индукции.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ. Инфильтрация тканей в месте установки портов - ропивакаин или левобупивакаин 0,5% по 5-7 мл на каждый порт. Инфузия кетамина в/в 2-3 мкг/кг/мин.
После операции	Кеторолак 30 мг 2-3 р/сут (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин – 3-4 р/сут. Габапентин 300 мг per os 3 р/сут в течение 3-4 суток.

Послеоперационное обезболивание в торакальной хирургии

При открытых операциях на органах грудной клетки (торакотомиях) послеоперационный болевой синдром характеризуется высокой интенсивностью. В его структуре преобладают соматический компонент (пересечение ребер, хрящей) и нейропатический компонент (повреждение ребер, как во время торакотомии, так и при установке ранорасширителей). Высокая интенсивность послеоперационной боли и наличие нейропатического компонента являются факторами риска формирования хронического постторакотомического болевого синдрома (ХПТБС), частота которого достигает 65-80%.

Широкое внедрение эндоскопических методик в торакальной хирургии (торакоскопические и видео-ассистированные торакоскопические операции) снизило травматичность вмешательств на органах грудной клетки, снизило частоту, но не исключило риск формирования ХПТБС.

Основой схем периоперационного обезболивания в торакальной хирургии являются методики регионарной анальгезии, прежде всего, ЭА и паравертебральная блокада. По данным Кокрановского обзора (мета-анализ 23 контролируемых рандомизированных исследований, 2013 г.) послеоперационная ЭА снижает частоту развития ХПТБС через 6 месяцев после торакотомии. Кроме того, рекомендуется использование препаратов, оказывающих влияние на нейропатический компонент болевого синдрома. Примерные схемы обезболивания представлены в таблицах 10-11.

Таблица 10**Схема периоперационного обезболивания. Торакотомия**

Этап	Рекомендуется

До операции	Габапентин 600 мг per os за 2 часа до операции. Установка эпидурального катетера ² (Th ₆₋₈), болюс 0,5% ропивакаина 7-8 мл (35-40 мг) или 0,5% левобупивакаина 6-7 мл (30-35 мг). Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ, ЭА в качестве компонента (ропивакаин болюсно 0, 5% р-р или левобупивакаин 0,375% по 4-5 мл или инфузия ропивакаина 0,2% 5-6 мл/час).
После операции	Продленная ЭА ропивакаин 0,2% 6-8 мл/час в течение ≈48 час. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м. При необходимости – промедол 20 мг.

Таблица 11

Схема периоперационного обезболивания.

Видео-ассистированная торакоскопическая операция

Этап	Рекомендуется
До операции	Габапентин 600 мг per os за 2 часа до операции. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза. Кетамин 12,5 мг в/в в индукции.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ. Инфильтрация тканей в месте установки портов и мини-торакотомии - ропивакаин или левобупивакаин 0,5% по 5-6 мл на каждый порт и зону разреза. Инфузия кетамина в/в 2-3 мкг/кг/мин.
После операции	Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м. При необходимости – промедол 20 мг.

Таблица 12

Варианты послеоперационного обезболивания у кардиохирургических больных

Этап	Рекомендуется
До операции	Обычно не требуется

Во время операции	Сбалансированная многокомпонентная общая анестезия, ИВЛ.
После операции	1-я схема: Парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сутки ± опиоидный анальгетик по показаниям: промедол в дозе 20 мг в/в или в/м или морфин в дозе 10 мг в/м, или трамадол в дозе 100 мг в/в или в/м(в зависимости от степени выраженности болевого синдрома при ВАШ>4 или ВШ>2 баллов) или КПА промедолом, морфином или трамаделом.
	2-я схема Кетопрофен 100 мг (декскетопрофен 50 мг, лорноксикам 8-16 мг, кеторолак 30 мг) в/в или в/м x 2-3 р/сут ± парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сутки ± опиоидный анальгетик: промедол в дозе 20 мг в/в или в/м или морфин в дозе 10мг в/м, или трамадол в дозе 100 мг в/в (в зависимости от степени выраженности болевого синдрома при ВАШ>4 или ВШ>2 баллов) или КПА промедолом, морфином или трамаделом.
	3-я схема Нефопам 20мг в/в, в течение 30 минут, за 30 минут до эктубации трахеи, затем постоянная инфузия в дозе до 120 мг в сутки ±кетопрофен 100 мг (декскетопрофен 50 мг, лорноксикам 8-16 мг, кеторолак 30 мг) в/в или в/м x 2-3 р/сут± опиоидный анальгетик по показаниям: промедол в дозе 20 мг в/в или в/м или морфин в дозе 10 мг в/м, или трамадол в дозе 100 мг в/в (в зависимости от степени выраженности болевого синдрома при ВАШ>4 или ВШ>2 баллов) или КПА промедолом, морфином или трамаделом.

Послеоперационное обезболивание в гинекологии

По интенсивности боли в ранний послеоперационный период гинекологические операции (наряду с вмешательствами ортопедического и травматологического профиля) занимают ведущие места в рейтинге «самых болезненных операций», составленном по результатам масштабного исследования, выполненного в Германии и включившего 50523 пациента 105 различных клиник [30].

Широкое внедрение методик эндоскопической хирургии в гинекологии существенно снизило вероятность возникновения интенсивного болевого синдрома и риск его хронизации, но не решило полностью проблему послеоперационной боли в этой области хирургии. Примерные схемы обезболивания представлены в таблицах 13 и 14.

Таблица 13**Схема периоперационного обезболивания. Гистерэктомия открытая**

Этап	Рекомендуется
До операции	Установка эпидурального катетера (Т ₁₀₋₁₂), болюс 0,5% ропивакаина 7-8 мл (35-40 мг) или 0,5% левобупивакаина 6-7 мл (30-35 мг). Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ, ЭА ³ в качестве компонента (ропивакаин болюсно 0,5% р-р или левобупивакаин 0,375% по 4-5 мл или инфузия ропивакаина 0,2% 5-6 мл/час.
После операции	Продленная ЭА ропивакаин 0,2% 5-6 мл/час в течение ≈12-24 час. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м.

Таблица 14**Схема периоперационного обезболивания. Гистерэктомия лапароскопическая**

Этап	Рекомендуется
До операции	Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ. Инфильтрация тканей в месте установки портов - ропивакаин или левобупивакаин 0,5% по 5-7 мл на каждый порт.
После операции	Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м.

Послеоперационное обезболивание при вмешательствах на позвоночнике

Послеоперационная боль после операции на позвоночнике является результатом активации различных механизмов боли, включая ноцицептивный, нейропатический и воспалительный компоненты. Большинство этих пациентов страдают хронической болью и длительно используют неопиоидные и даже опиоидные анальгетики. Все эти факторы способствуют возникновению проблем с послеоперационным обезболиванием. В послеоперационном периоде оптимально использовать мультимодальную анальгезию. Потенциальные периоперационные неопиоидные анальгетики и другие анальгетики, которые могут использоваться в мультимодальном протоколе, включают: ацетаминофен, габапентин, антагонисты NMDA-рецепторов (кетамин или MgSO₄) (см. разделы 3.3 и 3.4), дексаметазон, агонисты α₂-рецептора, внутривенную инфузию лидокаина (см. раздел 3.5), НПВС, нейроаксиальную блокаду и инфильтрационную анестезию места разреза.

Большинство пациентов в непосредственном послеоперационном периоде должны получать опиоиды внутривенно или методом пациент-контролируемой анальгезии с переходом к употреблению их per os, однако неблагоприятные побочные эффекты могут ограничивать дозу опиоидов, получаемых пациентом. Несмотря на это, опиоиды остаются эффективными анальгетиками, и используются в качестве основы лечения из-за их сильных анальгетических свойств.

После коррекции сколиоза у детей и подростков для обезболивания используется эпидуральная анальгезия. ЭА обеспечивает отличный контроль боли и может быть выполнена также хирургом во время оперативного вмешательства. Важно отметить, что местные анестетики, используемые эпидурально, могут затруднить неврологический осмотр после операции и могут маскировать неврологическую травму⁴ Местные анестетики, такие как ропивакаин и бупивакаин, используются для инфильтрации хирургической раны. Также они могут применяться в виде непрерывной инфузии в рану.

Примерные схемы обезболивания представлены в таблицах 15-17.

Таблица 15

Схема периоперационного обезболивания.

Транспедикулярная фиксация, спондилодез

Этап	Рекомендуется
------	---------------

До операции	Габапентин 600 мг per os за 2 часа до операции. Установка эпидурального катетера, только если не используется нейрофизиологический мониторинг и нет противопоказаний (на 2-4 сегмента выше разреза), болюс 0,5% ропивакаина 7-8 мл (35-40 мг) или 0,5% левобупивакаина 6-7 мл (30-35 мг). Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ, ЭА в качестве компонента (ропивакаин болюсно 0,5% р-р или левобупивакаин 0,375% по 4-5 мл или инфузия ропивакаина 0,2% 5-6 мл/час).
После операции	Продленная ЭА ропивакаин 0,2% 6-8 мл/час в течение ≈48 час. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м. При необходимости – промедол 20 мг или морфин 10 мг.

Таблица 16

Схема периоперационного обезболивания.

Коррекция сколиотической деформации позвоночника

Этап	Рекомендуется
До операции	Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ, ЭА ³ на 1 или 2 уровнях в качестве компонента, только если не используется нейрофизиологический мониторинг (ропивакаин болюсно 0,5% р-р или левобупивакаин 0,375% по 4-5 мл или инфузия ропивакаина 0,2% 5-6 мл/час. Установка 1 или 2-х эпидуральных катетеров (Th ₅₋₆ , Th ₁₀₋₁₂) хирургом в конце операции перед ушиванием раны.
После операции	Продленная ЭА - ропивакаин 0,2% 5-6 мл/час в течение ≈12-24 час после неврологического осмотра. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м. При отсутствии ЭА – продленная в/в инфузия промедола или морфина.

Таблица 17

Схема периоперационного обезболивания. Эндоскопическое удаление грыжи диска

Этап	Рекомендуется
До операции	Габапентин 600 мг per os за 2 часа до операции. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия ⁴ , ИВЛ. Инfiltrация тканей в месте установки порта - ропивакаин или левобупивакаин 0,5% 5-6 мл или в зону разреза.
После операции	Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 p/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 p/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м. При необходимости – промедол 20 мг или морфин 10 мг.

5. Список литературы.

1. Овечкин А. М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2015. Т. IX, №2. С. 29-39.
2. Потиевская В.И., Гридчик И.Е., Грицан А.И., Еременко А.А., Заболотских И.Б., Козлов И.А., Лебединский К.М., Левит А.Л., Мазурок В.А., Молчанов И.В., Николаенко Э.М., Овечкин А.М. Седация пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Клинические рекомендации ФАР от 30 марта 2018 г // Анестезиология и реаниматология. 2018. Т. 63. № 2. С. 165-175.
3. Осипова Н.А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной анальгезии. // Анест. и реаниматол.– 1998.– N.5. – С.11– 15.
4. Халикова Е. Ю. Нейропатическая боль как компонент острой и хронической послеоперационной и посттравматической боли: от диагностики к рациональной фармакотерапии // РМЖ. 2014. С. 38-42.
5. Фейдоров И. Ю., Хатьков И. Е., Домрачев С. А. и др. Упреждающая местная анестезия ропива-каином в профилактике боли после лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. 2015. № 5. С. 34-40.