

• ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР № 1

Что население должно знать о боли после хирургического вмешательства

Ежегодно в мире выполняется более 300 миллионов хирургических вмешательств. К ним относятся как кратковременные небольшие амбулаторные процедуры, так и многочасовые операции на жизненно важных органах у ослабленных пациентов. Раньше боль после хирургического вмешательства рассматривалась как нечто неизбежное, то, что нужно перетерпеть. Действительно, почти половина опрошенных в конце ХХ века стационарных пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, отмечали эпизоды тяжелой (выраженной) послеоперационной боли. Длительная боль после хирургического вмешательства сформировалась как тема, заслуживающая систематического изучения, только около 25 лет назад, отчасти благодаря усилиям IASP.

Недавнее совмещение запросов пациентов на повышение комфорта после хирургического вмешательства с заинтересованностью практикующих врачей в сокращении пребывания пациентов в стационаре и в отсутствии последующих осложнений преобразовало стратегию контроля послеоперационного болевого синдрома. В то же время появление малоинвазивных хирургических методик и новых, более эффективных и сопровождающихся меньшим числом побочных эффектов методов лечения послеоперационной боли позволяет больше операций проводить в амбулаторных условиях или быстро выписывать пациентов после непродолжительного пребывания в стационаре. Тем не менее углубленная оценка болевого синдрома у пациентов в повседневной практике выявила, что после хирургического вмешательства боль часто сохраняется в течение длительного времени.

**Таким образом, вчерашний подход к лечению боли после хирургического вмешательства заключался в следующем:**

* Допускалось, что боль часто может быть значительно выраженной (тяжелой), поскольку традиционные хирургические методики предусматривали большие разрезы и сопровождались повреждением окружающих здоровых тканей
* Был распространен довольно фаталистический подход к боли, отмечавшейся у стационарных пациентов
* Не уделяли внимания проблеме боли у недавно выписанных хирургических пациентов, которые самостоятельно (или с помощью членов семьи) справлялись с болевым синдромом в домашних условиях
* Стратегия ведения пациентов была направлена на использование простых схем, таких как «применением морфина по необходимости», которые часто сопровождались побочными эффектами
* Не выполняли сбор данных с целью выявления характера боли, длительно сохраняющейся после хирургического вмешательства
* В стационаре связанные с купированием боли вопросы решались любым медицинским работником, свободным на тот момент

**В отличие от этого сегодняшний подход к лечению боли после хирургического вмешательства предусматривает следующее:**

* Предполагают, что почти все виды боли после хирургического вмешательства могут - и должны - купироваться с целью оптимизации физических и эмоциональных функций пациента
* Оценивают интенсивность боли в покое и при определенной активности с целью приведения в соответствие схемы обезболивающей терапии и потребностей, связанных с реабилитацией, которые обычно направлены на снижение интенсивности до незначительной, но с учетом существенных исключений, таких как тяжелая травма с изменением психического состояния
* Заранее определяют пациентов, которым может потребоваться особое внимание, например, вследствие нюансов поведения или предоперационного терапевтического применения опиоидов
* Контроль болевого синдрома осуществляют в совокупности с другими аспектами подготовки к восстановлению и самого восстановления после хирургического вмешательства, такими как активность, питание и потребление жидкости
* Признают комбинированный подход, сочетающий несколько типов медикаментозного воздействия и (если это целесообразно) использование местной анестезии с целью уменьшения зависимости от одного из методов терапии, например, от применения опиоидов, сопровождающегося множеством побочных эффектов
* Принимают во внимание различия между пациентами по тому, как они испытывают и описывают боль, по предпочтениям в отношении возможных методов лечения и по ответам на терапию - с учетом таких факторов, как пол и этническое происхождение
* Оценку состояния пациента продолжают после выписки с целью как можно более раннего распознавания и лечения стойкого болевого синдрома и других последствий хирургического вмешательства
* Признают (в некоторых странах), что лечение острого болевого синдрома, такого как боль после хирургического вмешательства, стало узкой медицинской специальностью, что связано с увеличением объема знаний и появлением специализированных методик, таких как регионарная анестезия

**Что должны делать Вы и члены Вашей семьи, чтобы получить максимальную пользу от этих последних достижений?**

* Обсудите со своим хирургом, вероятно ли после предполагаемой процедуры возникновение боли, и если да, то насколько интенсивной и продолжительной она может быть и что планируется делать, чтобы ее купировать. Некоторые операции сопряжены с более высоким риском возникновения стойкого послеоперационного болевого синдрома, чем другие
* Обратите внимание хирурга и других специалистов, участвующих в Вашем лечении (анестезиолога, медицинской сестры, физиотерапевта, фармацевта), на важные аспекты анамнеза заболевания или Вашего текущего состояния, например, на ранее возникавшие проблемы, связанные с болью, на обезболивающие средства, которые Вы принимаете в данный момент, а также на такие моменты, как нежелательные реакции на лекарственные средства
* Спросите:
* Кто будет составлять индивидуальный «план лечения боли» (даже если это просто стандартный протокол, эффективность которого была доказана у других пациентов, которые ранее перенесли такую же операцию)?
* Будет ли составленный план лечения боли «комбинированным»? Если это так, предусматривает ли он сочетание разных типов обезболивающих лекарственных средств и/или местной анестезии, например, эпидуральной или проводниковой (блокады нервов), чтобы в меньшей степени полагаться на одно лекарственное средство, такое как морфин?
* Какие шаги будут предприняты, чтобы заранее предусмотреть возможную необходимость в применении более высокой, чем обычно, дозы опиодидов для контроля возникшей у меня боли (для пациентов, получающих опиодные препараты до операции)?
* Кто будет следить за выполнением плана лечения боли и корректировать или менять его, если в этом возникнет необходимость? **o** Каковы планы лечения боли после того, как я выпишусь из больницы? **o** Если боль будет сохраняться после того, как я выпишусь, к кому я смогу обратиться, днем и ночью, если составленный для меня план лечения боли окажется недостаточным для ее купирования в покое и в период восстановления (например, если дыхательная гимнастика или физиотерапия не помогают), если обезболивающее средство вызовет неприемлемые побочные эффекты, или если боль возобновится или станет еще более интенсивной?

В данном руководстве описаны условия оказания медицинской помощи, ориентированного на пациента и членов его семьи, которые основываются на доказательных данных и совместном принятии решений. Другие «Информационные обзоры» в этой серии, подготовленной для конференции IASP's 2017 Global Year Against Pain After Surgery («Международная ежегодная конференция по лечению боли после хирургического вмешательства»), посвящены определенным группам пациентов (таким как дети или пожилые люди) и некоторым типам операций (например, после травмы или по поводу злокачественного новообразования).

**АВТОРЫ**

Дэниел Б. Карр [Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)]

Профессор общественного здоровья и медицинского обслуживания Профессор анестезиологии и медицины

Директор-учредитель, Программа Тафтса по исследованию, обучению и стратегии лечения боли [Tufts Program on Pain Research, Education and Policy], Бостон, Массачусетс, США

Барт Морлион [Bart Morlion, MD, PhD, DESA]

Директор Центра альгологии и лечения боли в Левене [Leuven Center for Algology & Pain Management]

Больница Левенского университета, Левенский католический университет, Бельгия

Почетный адъюнкт-профессор, Университет Гронингена, Нидерланды

**РЕЦЕНЗЕНТЫ**

Оскар А. Делеон-Касасола [Oscar A. DeLeon-Casasola, MD]

Профессор анестезиологии и медицины

Первый заместитель заведующего, отделение анестезиологии, Университет в Буффало, Медицинский факультет Якобса

Руководитель, Отделение медицины боли и профессор онкологии

Онкологический институт Розуэлла Парка

Буффало, Нью-Йорк, США

Ларс Арендт-Нильсен [Lars Arendt-Nielsen, Dr Med Sci, PhD, FRSM, FIAMBE]

Директор, профессор, Центр изучения сенсорно-моторного взаимодействия [Center for Sensory-Motor Interaction]

Отделение медицинских наук и технологий

Медицинский факультет, Университет Ольборга

**Информация о Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain®)**

IASP является лидирующим профессиональным сообществом в науке, практике и образовании по проблеме боли. [Членство открыто для всех специалистов,](http://www.iasp-pain.org/Membership/?navItemNumber=501) участвующих в исследованиях, диагностике и лечении болевого синдрома. IASP насчитывает более 7000 членов в 133 странах, 90 национальных отделений и 20 специальных групп.

**В рамках Всемирного года борьбы с послеоперационной болью IASP предлагает серию информационных обзоров, охватывающих отдельные темы, связанные с данной проблемой. Эти документы были переведены на несколько языков и доступны для свободного скачивания. Для получения дополнительной информации посетите сайт**  [**www.iasp-pain.org/globalyear**](http://www.iasp-pain.org/globalyear)