

Российский «стандарт»

– Традиционно для обезболивания существовало – да и существует в большинстве отечественных больниц – два подхода, – рассказывает нам руководитель службы боли Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии, кандидат медицинских наук Алексей Волошин. – Это просьба врача к пациенту потерпеть, смириться с тем, что обязательно будут какие-то болевые ощущения, или же использование больших доз наркотических анальгетиков. Последнее позволяет обеспечить хороший обезболивающий эффект, но сопровождается большим количеством побочных эффектов – тошнотой, рвотой, угнетением сознания, что не позволяет говорить о наркотических препаратах как о препаратах выбора в обезболивании после операций. Неадекватное послеоперационное обезбоживание – важнейший фактор, способствующий активации симпатической нервной системы, повышению плазменной концентрации катехоламинов и, в том числе, индуцирующий тромбозомболические и дыхательные осложнения.

Добавим к словам Алексея Григорьевича, что последние годы заставили каждого врача постоянно помнить о государственной политике в области наркоконтроля и ограничения использования наркотических средств. Это потребовало дополнительного поиска решения проблемы боли. Ещё одна российская очевидность – позднее обращение за медицинской помощью, которое во многом также происходит из-за боязни операций и сопутствующих им боли и других малоприятных побочных явлений.

– Несмотря на значительное проникновение во врачебное сознание прогрессивных мировых тенденций относительно хирургической боли, большинство российских стационаров работает традиционно, – продолжает Алексей Волошин. – По нашим исследованиям, наиболее часто используемым в нашей стране обезболивающим средством является анальгин (метамизол), он применяется в качестве единственного анальгетика у 70% больных. Или же кетонал, диклофенак и т.д. – средства, которыми на данный момент располагает стационар. При этом в 18% случаев обезбоживание назначается после непосредственного обращения оперированных пациентов к врачу. «Стандарт» в России – один тип обезболивающего, назначаемый по часам. Плюс после больших операций – возможные для назначения почти исключительно в отделении реанимации промедол, омнопон, морфин, то есть наркотические анальгетики. В отделениях хирургического профиля назначение наркотических анальгетиков практически невозможно из-за сложностей оформления соответствующей медицинской документации. Об опасениях врача из-за побочных эффектов данных препаратов мы уже говорили.

Ничего нового, и всё же?

Наша газета уже рассказывала об успешном внедрении в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России инновационной методики хирургии быстрого восстановления, концепцию которой предложил руководитель отдела хирургической патофизиологии Датского королевского госпиталя в Копенгагене профессор Хенрик Келет (Henrik Kehlet) (см. «МГ № 7 от 30.01.2013 – «Операция закончена. Что дальше?»). Этот выдающийся учёный является автором и концепции мультимодальной анальгезии,

Учитывая особенности ЛРЦ, концентрирующего наиболее сложных пациентов различных хирургических профилей, при организации службы боли здесь прежде всего думали о «хирургии без боли» – теме, очень актуальной во всём мире. Изменить само сознание больных, ожидающих и страшущихся связанных с оперативным вмешательством болевых ощущений, а также ограничения движений и привычной жизнедеятельности из-за той

же боли. Эффективное комплексное мультимодальное обезбоживание оперированных пациентов стало одним из важнейших направлений работы ЛРЦ. Гладкое безболевое течение послеоперационного периода позволяет добиваться хорошего результата: раннего восстановления больных, уверенных, что лечение происходит правильно. Фактически отсутствие боли ускоряет восстановление после самых тяжёлых хирургических операций.

Новые подходы

Служба боли: детали успешного опыта

Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России стал первой крупной клиникой страны, где была создана и показала свою эффективность специализированная структура



суть которой заключается в том, что одному и тому же пациенту, в одно и то же время назначаются лекарства с разными механизмами обезболивающего действия. Тем самым достигается синергизм в действии препаратов, что позволяет уменьшить дозу каждого из них.

Снижая болевую пульсацию наполовину на 3-4 различных уровнях, можно добиться практически полного исчезновения боли. При этом в качестве основы используются парацетамол и НПВП. Ничего нового здесь нет: в России эта концепция известна более 15 лет, внедрялась она в Научном центре хирургии им. Б.В.Петровского под руководством академика РАМН Армена Бунатяна. Другой вопрос, что идея создания службы боли не получила распространения в силу организационных причин и недостатка квалифицированных кадров. Многие клиники успешно используют отдельные компоненты этой системы, но комплексная специализированная служба боли создана на сегодняшний день именно в ЛРЦ. Она обеспечивает стационар, где выполняется более 14 тыс. операций в год, из них более 4 тыс. – протезирование крупных суставов, более тысячи обширных операций на брюшной полости и органах малого таза.

Специалисты

Итак, служба боли выделена в структуре центра официально, но все её специалисты являются совместителями. Персонал службы боли ЛРЦ состоит в настоящее время из руководителя службы – дневного врача, и четырёх врачей-дежурентов, которые совмещают эту должность с должностью реаниматологов. Они назначают лекарства и осуществляют контроль за эффективностью препаратов. Одна дневная и дежурные медицинские сёстры занимаются исполнением назначений.

дат медицинских наук Владимир Лядов. – Но, в конце концов, в крупных клиниках за рубежом есть и службы контроля внутрибольничных инфекций, и профилактики тромбозомболических осложнений, но это не снимает ответственность с лечащих больного специалистов. У нас далеко не каждый больной после операции осматривается специалистом службы боли, поскольку разработанные алгоритмы и стандарты позволяют эффективно обезболить большинство пациентов. Тем не менее больные после обширных хирургических и онкологических операций обычно наблюдаются службой боли. По сути, служба боли – это прошедшие специальную подготовку врачи, которые обеспечивают лечащих специалистов наиболее современными алгоритмами лечения боли и готовы прийти на выручку в нестандартных, трудных для рядового хирурга ситуациях. Мы все убеждены: резкой боли после операции быть не должно.

– Мы «обеспечиваем» коллег из отделений хирургического профиля современными знаниями, – подтверждает Алексей Волошин. – Конечно, хирург сам назначает обезбоживание, но бывают ситуации, когда возникает необходимость применения новых методик обезбоживания. Мы объясняем пациентам сами и с помощью буклетов, что боли быть не должно. Это комплексная проблема. Сейчас мы наблюдаем в плановом порядке от 30-60 пациентов ежедневно. Экстренных вызовов в день – от 5 до 50, это напрямую зависит от хирургической активности, причём не только от количества, но и от сложности выполненных операций.

Смена для эпидуральной

В последнее время в мире обсуждается необходимость применения в рамках протоколов применения продлённой эпидуральной анальгезии, которую за последние два десятилетия во всём мире сделали базовой для пациентов, переносящих большие операции. Но такое пособие не только дорого стоит, но и приводит к проблемам с активизацией пациентов, дислокацией катетеров и т.д.

Алексей Волошин в своё время защитил диссертацию на тему комбинированного обезбоживания после операций при раке ободочной кишки, а затем внедрил методику регионарной проводниковой анестезии при анальгезии у больных с лапаротомными доступами. Регионарные блокады достигаются при этом путём пункции и установки катетера в межмышечном пространстве для обезбоживания поясничных нервов.

– Эпидуральная анальгезия была стандартом с доказанной эффективностью и хорошей переносимостью, – говорит Алексей Григорьевич. – Однако современные требования сократить койко-день без потери качества обезболивания и обеспечение большей мобильности пациента нашли своё отражение в двух диаметрально противоположных пособиях. Первый путь – приоритет системного обезбоживания с максимально ранним, желательно пероральным приёмом анальгетиков системного действия. Второй логичный путь – уход от манипуляций на позвоночном столбе в сторону периферических блокад. Травматологи-ортопеды используют этот путь давно для блокады нервов и сплетений, в абдоминальной же хирургии используются различные варианты инфильтрационных и регионарных методов обезбоживания.

В ЛРЦ часто используется блокада поперечной мышцы живота небольшими дозами местных анестетиков (маркаин, нарופן). Они вводятся достаточно далеко от крупных сосудов туда, где проходят чувствительные волокна, иннервирующие переднюю брюшную стенку. Специалист проводит блокаду либо классической методикой по «ощущению провала», либо используя современную ультразвуковую навигацию, когда в режиме реального времени он видит, куда и на сколько проникает игла, как правильно распределяется анестетик, куда в итоге будет установлен тонкий катетер с множеством микроотверстий. К этому катетеру подключается специальная помпа, «заряженная» препаратом на 1-3 суток. Всё это направлено на повышение безопасности больного во время манипуляций, и к настоящему времени ни одного серьёзного осложнения при проведении таких блокад в ЛРЦ не было. Это очень перспективный метод обезбоживания, который приходит на смену эпидуральной блокаде.

Важнейший плюс методики в том, что она не мешает правильно трактовать осложнения, не ретуширует внутрибрюшные проблемы. Ведь беда наркотических анальгетиков состоит в том, что они могут маскировать выраженную боль в животе и признаки перитонита.

Интересно, что в Дании были проведены исследования с заклеиванием брюшной стенки: больные не знали, лапароскопическая или открытая операция им была проведена. И в том и в другом случае они отправлялись домой в одинаково ранние сроки.

– Мультимодальная анальгезия позволяет не замечать разницы между большими и малыми разрезами, – говорит руководитель Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России член-корреспондент РАМН Константин Лядов. – При эффективном обезболивании пациентов даже после обширных операций можно отпустить домой на 2-е сутки. В целом же создание службы боли, столь распространённой в Скандинавских странах, Великобритании и США, привело к экономии средств нашей клиники, уменьшению койко-дней. Стало быть, мы можем вылечить больше больных, обеспечив при этом их более гладкое послеоперационное течение, более раннюю реабилитацию.

* * *

Примерно раз в два месяца Алексей Волошин направляется из ЛРЦ в очередной московский стационар, чтобы рассказать о службе боли, которая показала свою реальную эффективность. Заинтересованность крупных клиник в создании новой структуры постоянно растёт.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: Алексей Волошин проводит блокаду бедренного нерва.