Періопераційне знеболювання

Лісний І.І.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Обґрунтування. Забезпечення адекватного знеболювання є передумовою швидкого відновлення після операції. Покращення менеджменту гострого болю важливе для безпечного й ефективного знеболювання, необхідного для ранньої мобілізації й уникнення дисфункції органів унаслідок неадекватного знеболювання. Із цією метою використовується мультимодальна аналгезія (ММА), що включає опіоїдні аналгетики, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), парацетамол або метамізол, місцеві анестетики та допоміжні лікарські засоби.

Мета. Описати сучасні погляди на періопераційне знеболювання.

Матеріали та методи. Аналіз літературних даних із цього питання.

Результати та їх обговорення. ММА передбачає опіоїдозберігальний підхід (зниження дози опіоїдів без зменшення якості аналгезії), процедуро- та пацієнтоспецифічність. Програма покращення відновлення після хірургічних втручань включає кілька пунктів, три з яких асоціювалися зі зменшенням тривалості лікування, а саме мультимодальна профілактика післяопераційної нудоти та блювання, періопераційне застосування НПЗП та протокольне застосування опіоїдів після операції. Комбіноване використання НПЗП та парацетамолу забезпечує кращий результат, аніж застосування кожного з цих препаратів окремо. За умови правильно вибраної дози парацетамол (Інфулган, «Юрія-Фарм») є ефективним неопіоїдним аналгетиком для лікування гострого болю з мінімальними побічними ефектами протягом тривалого часу. Перед- й інтраопераційне призначення парацетамолу рекомендовано

в низці настанов. Іще одним вагомим компонентом ММА є внутрішньовенне введення місцевих анестетиків. Кокранівський огляд 2016 року продемонстрував, що тривала внутрішньовенна періопераційна інфузія лідокаїну достовірно знижує післяопераційну потребу в опіоїдах. Однак у цьогорічному метааналізі 10 рандомізованих контрольованих досліджень було з'ясовано, що періопераційне внутрішньовенне введення лідокаїну не відрізнялося від плацебо за оцінкою болю після операції за візуально-аналоговою шкалою та за потребою в опіоїдах (Rollins K.E., 2020). Аналогічні результати було отримано й у інших дослідженнях останніх років. Іще одним препаратом, включення котрого до ММА дає змогу зменшити дозу опіоїдів, є нефопам. Застосування нефопаму, парацетамолу та декскетопрофену дає можливість різко знизити вживання морфіну. Ні біль, ні післяопераційне відновлення неможливо достатньою мірою контролювати за допомогою одного методу лікування у зв'язку з багатфакторністю проблеми. Рекомендовано застосовувати ММА, але рекомендації щодо оптимальних комбінацій аналгетиків для специфічних процедур відсутні. Стандартом виступає призначення парацетамолу, НПЗП у сукупності із застосуванням регіонарних технік.

Висновки. 1. Після операції пацієнт має бути адекватно знеболений. 2. Для досягнення повноцінної, в тому числі безопіоїдної, аналгезії рекомендовано застосовувати ММА. 3. Важливими компонентами ММА виступають НПЗП, парацетамол, нефопам і регіонарні техніки.

Ключові слова: мультимодальна аналгезія, періопераційне знеболення, парацетамол, нефопам, лідокаїн.

Perioperative anesthesia

Lisnyi I.I.

National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

Background. Ensuring adequate analgesia is a prerequisite for rapid recovery after surgery. Improving the management of acute pain is important to ensure the safe and effective analgesia needed for early mobilization and for avoidance of organ dysfunction due to inadequate analgesia. For this purpose, multimodal analgesia (MMA) is used. It includes opioid analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID), paracetamol or metamizole, local anesthetics and ancillary drugs.

Objective. To describe modern views on perioperative analgesia.

Materials and methods. Analysis of literature data on this issue.

Results and discussion. MMA involves an opioid-preserving approach (reducing the dose of opioids without reducing the quality of analgesia), procedure and patient specificity. The postoperative recovery improvement program includes several items, three of which have been associated with

a reduction in treatment duration, namely, multimodal prevention of postoperative nausea and vomiting, perioperative NSAID use, and post-operative opioid protocol. The combined use of NSAID and paracetamol provides a better result than the use of each of these drugs alone. At the correct dose, paracetamol (Infulgan, "Yuria-Pharm") is an effective non-opioid analgesic for the treatment of acute pain with minimal side effects for a long time. Pre- and intraoperative administration of paracetamol is recommended in a number of guidelines. Intravenous administration of local anesthetics is another important component of MMA. The 2016 Cochrane review showed that long-term intravenous perioperative infusion of lidocaine significantly reduced the postoperative need for opioids. However, the meta-analysis of 10 randomized controlled trials found that perioperative intravenous lidocaine did not differ from placebo in post-operative pain assessed with the help of a visual analog scale and in opioid requirements (Rollins K.E., 2020). Similar

results have been obtained in other studies in recent years. Inclusion of nefopam in MMA can reduce the dose of opioids. The use of nefopam, paracetamol and deksketoprofen makes it possible to dramatically reduce the use of morphine. Neither pain nor postoperative recovery can be adequately controlled with a single treatment due to the multifactorial nature of the problem. It is recommended to use MMA, but there are no recommendations for optimal combinations of analgesics for specific procedures. Administration

of paracetamol and NSAID in combination with the use of regional techniques is a golden standard of MMA.

Conclusions. 1. After the surgery, the patient should be adequately anesthetized. 2. To achieve optimal, preferably non-opioid, analgesia, it is recommended to use MMA. 3. NSAID, paracetamol, nefopam and regional techniques are the important components of MMA.

Key words: multimodal analgesia, perioperative analgesia, paracetamol, nefopam, lidocaine.

Периоперационное обезбоживание

Лесной И.И.

Национальный институт рака, г. Киев, Украина

Обоснование. Поддержание обезбоживания является предпосылкой быстрого восстановления после операции. Улучшение менеджмента острой боли важно для обеспечения безопасного и эффективного обезбоживания, необходимого для ранней мобилизации и предупреждения дисфункции органов вследствие неадекватного обезбоживания. С этой целью используется мультимодальная аналгезия (ММА), которая включает опиоидные анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), парацетамол или метамизол, местные анестетики и вспомогательные лекарственные средства.

Цель. Охарактеризовать современные взгляды на периоперационное обезбоживание.

Материалы и методы. Анализ данных литературы по этому вопросу.

Результаты и их обсуждение. ММА предусматривает опиоидосохраняющий подход (снижение дозы опиоидов без уменьшения качества аналгезии), процедурно- и пациентоспецифичность. Программа улучшения восстановления после хирургических вмешательств включает несколько пунктов, три из которых ассоциировались с уменьшением продолжительности лечения, а именно мультимодальная профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, периоперационное применение НПВП и протокольное применение опиоидов после операции. Комбинированное использование НПВП и парацетамола обеспечивает лучший результат, чем применение каждого из этих препаратов в отдельности. В условиях правильно выбранной дозы парацетамол (Инфулган, «Юрия-Фарм») является эффективным неопиоидным анальгетиком для лечения острой боли с минимальными побочными эффектами в течение длительного времени. Пред- и интраоперационное назначение парацетамола рекомендуется

в ряде рекомендаций. Еще одним весомым компонентом ММА является введение местных анестетиков. Кокрановский обзор 2016 года продемонстрировал, что длительная внутривенная периоперационная инфузия лидокаина достоверно снижает послеоперационную потребность в опиоидах. Однако в метаанализе 10 рандомизированных контролируемых исследований, проведенном в этом году, было выяснено, что периоперационное введение лидокаина не отличалось от плацебо по оценке боли после операции по визуально-аналоговой шкале и по необходимости в опиоидах (Rollins K.E., 2020). Аналогичные результаты были получены и в других исследованиях последних лет. Еще одним препаратом, включение которого в ММА позволяет уменьшить дозу опиоидов, является нефопам. Применение нефопама, парацетамола и декскетпрофена дает возможность резко снизить потребление морфина. Ни боль, ни послеоперационное восстановление невозможно в достаточной степени контролировать с помощью одного метода лечения в связи с многофакторностью проблемы. Рекомендуется применять ММА, но рекомендации относительно оптимальных комбинаций анальгетиков для специфических процедур отсутствуют. Стандартом выступает назначение парацетамола и НПВП в совокупности с применением регионарных техник.

Выводы. 1. После операции пациент должен быть адекватно обезболен. 2. Для достижения полноценной, в том числе безопиоидной, аналгезии рекомендуется применять ММА. 3. Важными компонентами ММА выступают НПВП, парацетамол, нефопам и регионарные техники.

Ключевые слова: мультимодальная аналгезия, периоперационное обезбоживание, парацетамол, нефопам, лидокаин.