

В.Н. Левшиков, Г.К. Юринок*

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель: ассист. А.А. Шматова

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

**УЗ «4 ГКБ им. Н. Е. Савченко», г. Минск*

V.N. Levshikov, G.K. Yurinov*

MULTIMODAL ANESTHESIA IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF PATIENTS WITH VASCULAR PATHOLOGY

Tutor: assistant A.A. Shmatova

Department of Department of Anesthesiology and Intensive Care

Belarusian State Medical University, Minsk

**"4 Clinical hospital named by N. E. Savchenko", Minsk*

Резюме. Посредством ретроспективного анализа медицинских карт стационарных пациентов, в статье рассмотрено использование мультимодального подхода в обезболивании в постоперационном периоде.

Ключевые слова: боль, мультимодальная анестезия, послеоперационное обезбоживание.

Resume. By means of a retrospective analysis of medical records of inpatient patients, the article considers the use of monotherapy and a multimodal approach in anesthesia in the postoperative period.

Keywords: pain, multimodal anesthesia, postoperative anesthesia.

Актуальность. Одной из важнейших задач врача является обеспечение адекватного обезбоживания на протяжении всего послеоперационного периода. По оценкам зарубежных специалистов, не менее 39% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают от послеоперационной боли.

Цель: изучить эффективность использования мультимодального обезбоживания после оперативных вмешательств на сосудах.

Задачи:

1. Провести сравнительный анализ течения постоперационного периода у пациентов исследуемой группы.

2. Оценить влияние сформированной модели мультимодального подхода на уровень боли в постоперационном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 28 историй болезней пациентов с сосудистой патологией, поступивших в УЗ «4 ГКБ» для проведения планового оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Мультимодальная анальгезия - одновременное назначение 3-х и более анальгетиков с различными механизмами действия, позволяющее достичь адекватной анальгезии при минимуме побочных эффектов. Дополнительной задачей данной методики сегодня является не только достижение адекватного послеоперационного обезбоживания, но и максимальное ограничение использования опиоидных анальгетиков в периоперационном периоде.

Доказательная база мультимодальной анальгезии. Рекомендуется применять мультимодальную анальгезию, то есть совместное использование различных анальгетиков и технологий обезбоживания в сочетании с нефармакологическими методами послеоперационного обезбоживания у взрослых и детей (сильная рекомендация, высокий уровень доказательности) [2]. Прегабалин, неселективные НПВС, внутривенная инфузия лидокаина и кетамина оказывают опиоид-сберегающий эффект и снижают частоту вызванных опиоидами побочных эффектов (уровень доказательности – I) [4]. Концепция мультимодальной анальгезии впервые была предложена в 1993 году вышеупомянутым Henrik Kehlet, опубликовавшим в соавторстве с Joergen Dahl в журнале «Anesthesia & Analgesia» статью, название которой можно перевести как «значение «мультимодальной» или «сбалансированной анальгезии» в лечении послеоперационной боли» [3]. Наиболее перспективными областями применения мультимодальной анальгезии сегодня являются следующие: ряд операций на позвоночнике, ряд операций на голове и шее. В качестве наиболее эффективной схемы мультимодальной безопиоидной или низкоопиоидной анестезии и анальгезии рассматриваются следующие: ЭА + НПВС + прегабалин + парацетамол ± опиоиды [1]. Далее указана характеристика исследуемой группы пациентов и используемых препаратов.

Группу исследования составили 28 пациентов, среди которых мужчин было 23 (82,1%), женщин 5 (17,9%). Средний возраст пациентов составил $57,87 \pm 4,5$ года. Из числа с сосудистой патологией – 8 (28,6%) облитерирующий атеросклероз ног, синдром Лериша, с диагнозом стеноз внутренней сонной артерии – 9 (32,1%), хроническая аневризма брюшной аорты - 11 (39,3%). Сопутствующая патология: ИБС (100%, n=28), постинфарктный кардиосклероз - 8 (28,6%), цереброваскулярная болезнь (инфаркт мозга n=9, 32,1%), нарушение ритма сердца 4 (14,3%), артериальная гипертензия 7 (25%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре 23 [20-37] дня. Все пациенты оперировались планово 28 человек (100%), из которых 27 пациентов выписано на амбулаторный этап лечения, и 1 пациент умер от повторного разрыва аневризмы аорты брюшного отдела. Пациентам были проведены оперативные вмешательства, такие как реконструктивные операции на аорте (резекция брюшного отдела с протезированием - 11, аорто-бедренное шунтирование -8, реконструктивные операции на сонной артерии (9). Операции проводились в условиях различных видов в анестезиологических пособий: проводниковая анестезия (6), многокомпонентная анестезия с ИВЛ и миорелаксацией (МСА) - 5, комбинированная анестезия МСА + спинальная анестезия (11), МСА + эпидуральная анальгезия (6). В послеоперационном периоде 21 пациентов продолжили лечение в условия отделения анестезиологии и реаниматологии, из них комбинированная анестезия МСА + спинальная анестезия (11), МСА + эпидуральная анальгезия 6 и 4 пациента, которые имели декомпенсированную сопутствующую патологию (ASA IV).

Сформированная на практике схема периоперационной анальгезии:

Нейроаксильярные методы: спинальная анестезия (бупивакаин 10-15 мг, левобупивакаин), эпидуральная анестезия (ропивакаин до 80 мг болюс до 2мг/кг массы тела , 12-28 мг/кг/час), проводниковая анестезия (бупивакаин, ропивакаин,

морфин-спинал 100-200 мкг интратекально и 2 мг эпидурально уровень Th9-10). НПВС, парацетамол в/в, промедол, фентанил, прегабалин per os.

Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации 5 [2-11] дня и зависела от компенсации сопутствующей патологии. Уровень боли в периоперационном периоде определялся с использованием визуально-аналоговой шкалы и составил от 2 до 8 см до операции, и 1-3 см в 1 сутки с использованием мультимодальной схемы (эпидуральная/спинальная анальгезия + опиоидные/неопиоидные анальгетики)

Выводы:

1. Использование мультимодального подхода в анальгезии постоперационного обезболиванию после операции необходимо начинать в операционной, это позволяет снизить интенсивность и суммарный профиль боли в течении послеоперационного периода.

2. Назначение трех и более препаратов для обеспечения послеоперационной анальгезии позволяет улучшить качество анальгезии в сравнении с монотерапией, снизить потребность и дозировку наркотических анальгетиков.

Литература

1. Овечкин, А. М. Безопиоидная анальгезия в хирургии : от теории к практике / Овечкин А. М. Яворовский А. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с..
2. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016 Feb;17(2):131-57. doi: 10.1016/j.jpain.2015.12.008.
3. Kehlet H, Dahl JB. The value of "multimodal" or "balanced analgesia" in postoperative pain treatment. *Anesth Analg*. 1993 Nov;77(5):1048-56. doi: 10.1213/00000539-199311000-00030
4. Schug S, Palmer G, Scott D, Hallivell R, Trinca J. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. 4-th ed. Melbourne; 2015. 647 p. http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final.