

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИНЦИПОВ АНАЛГЕЗИИ РАНЕННЫХ В ВС РФ И ВСУ

¹Коришук М.В., ²Соколов Ю.А.

*¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский
государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь*

*²Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Боль – универсальный симптом любого ранения. Эффективное обезболивание имеет первостепенное значение не только для оказания помощи при острой травме, но и важно для предотвращения отдаленных последствий, которые могут возникнуть при отсутствии должной терапии. Контроль боли включает профилактику, оценку и лечение и должен проводиться на всех этапах оказания помощи раненым, начиная с поля боя и заканчивая показанным раненому этапом эвакуации.

Цель. Провести сравнительный анализ принципов применения анальгезии на этапе оказания помощи раненым рекомендуемых в Российской Федерации и в Украине.

Материал и методы. Были изучены и проанализированы Временные указания по применению анальгетиков в системе этапного лечения раненых, утвержденные начальником Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ от 24 мая 2024 г (далее – Указания), а также Новый клінічний протокол медичної допомоги: біль, тривога і делірій (бойова травма), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Украины от 13 февраля 2025 г. №253 (далее – Протокол).

Результаты. Избежать боли при ранении невозможно, поэтому все рекомендации по профилактике могут сводиться к прекращению поражающего действия механизма травмы и своевременное адекватное лечение.

Указания рекомендуют оценивать интенсивность болевого синдрома, по клиническим признакам, соответствующим боли слабой, умеренной, сильной и нестерпимой интенсивности, как один из критериев выбора способа анальгезии. При этом только с уровня квалифицированной помощи, для объективизации боли, рекомендуется использовать визуальную аналоговую (ВАШ) или цифровую рейтинговую шкалы (ЦРШ).

Протокол предлагает осуществлять оценку боли на всех этапах оказания помощи. При этом, начиная с I уровня оказания помощи рекомендуется применять шкалу DVPRS (Defense and Veterans Pain Rating Scale – шкала оценки боли для военнослужащих и ветеранов). Данная шкала по сути является

модификацией ЦРШ, которая, кроме числовой шкалы оценки соответствующей 10 уровням боли, дополнена цветовым кодированием и графическим выражением лица. Четыре дополнительных вопроса позволяют понять насколько боль мешает обычной активности и сну, влияет на настроение и провоцирует стресс.

В Протоколе отдельное место отведено немедикаментозному лечению боли, в частности предлагается к использованию акупунктура, для коррекции боли слабой и средней интенсивности как терапию первой линии, а для боли сильной интенсивности в качестве дополнения. Предлагается методика BFA (Battlefield Acupuncture), в которой в биологически активные точки обоих ушных раковин вводится по 5 акупунктурных игл.

От поля боя до организаций I уровня в выборе медикаментозных средств предлагается следовать рекомендациям CoTCCC (Комитета по оказанию помощи раненым в условиях боевых действий), где используется «Тройной вариант аналгезии» (Triple-Option Analgesia):

1. Пострадавшие с легкой и умеренной болью, которым необходимо продолжить выполнять боевую задачу, принимают мелоксикам 15 мг и ацетоаминофен 1300 мг (либо две по 650 мг) однократно. Длительность аналгезии – до 8 часов.

2. Пострадавшие с болью от умеренной до сильной без признаков нарушения гемодинамики или дыхания. Таким раненым показано применение OTFC 800 мкг (Oral Transmucosal Fentanyl Citrate – фентанил цитрат для перорального применения через слизистую оболочку). Длительность аналгезии 2-6 часов.

3. Пострадавшие с болью от умеренной до сильной с признаками нарушения гемодинамики или дыхания, или риском их развития. Раненым с такими нарушениями, назначается кетамин, применяемый в различных формах, от интраназального до внутривенного. Рекомендуются субдиссоциативная (низкая, аналгетическая) доза 0,3-0,5 мг/кг. Введение препарата повторяется каждые 20-30 мин. У раненых, получивших кетамин, забирается оружие.

В учреждениях II уровня в зависимости от оснащения рекомендуется титрование кетамина, выполнение периферической блокады нервных стволов, применение контролируемой пациентом аналгезии (Patient Controlled Analgesia, PCA) посредством использования специальной помпы с наркотическими аналгетиками.

В учреждениях III уровня вышеперечисленные препараты, кроме описанных способов, вводятся посредством инфузии через эпидуральные катетеры.

В Указаниях также рекомендуется трехступенчатый подход, подразумевающий использование анальгетиков с различным механизмом действия в зависимости от интенсивности боли и наличия осложнений.

1. При наличии слабой боли, когда раненый спокойно о ней сообщает и способен продолжить выполнение задачи применяется схема мелоксикам 15 мг и парацетамол 1000 мг перорально.

2. Умеренная боль, при активных жалобах, ограничении движения и не способности выполнять боевую задачу купируется схемой мелоксикам 15 мг и/или парацетамол 1000 мг перорально в сочетании с внутримышечным введением нефопама 20 мг. При неэффективности, и отсутствии нарушений сознания и дыхания к данной схеме добавляется наркотический анальгетик бупренорфин 0,3 мг или тримеперидин 20 мг внутримышечно.

3. Купирование сильного болевого синдрома, когда раненый мечется, стонет, страдает от боли и находится в вынужденной позе, начинают с внутримышечного введения бупренорфина или тримепиридина в тех же дозах. При отсутствии эффекта в течение 20 мин, схема дополняется внутримышечным введением нефопама в дозе 20 мг. При ранее установленном внутрикостном доступе, все вышеперечисленные препараты вводятся через установленную внутрикостную иглу.

Повторное введение наркотических анальгетиков в сочетании с нефопамом противопоказано из-за избыточной седации и угнетения дыхания, а также возможности развития серотонинового синдрома (тошнота, рвота, холодный пот, тахикардия, сонливость, головокружение, потеря сознания). При необходимости и отсутствии противопоказаний (угнетение дыхания, проникающие ранения груди, живота, таза) схема может быть дополнена пероральным назначением мелоксикама и/или парацетамола в тех же дозах.

При задержке эвакуации или длительной эвакуации, установленная схема повторяется с учетом, что бупренорфин и нефопам повторно вводятся не ранее 6, а тримеперидин не ранее 4 часов.

Купирование болевого синдрома при нарушении сознания, развивающемся шоке, нарушениях дыхания осуществляется с применением кетамина в дозе 25-50 мг только на этапе квалифицированной помощи. Применение трансдермальной формы фентанила также показано только с этапа квалифицированной помощи. В отличие от Протокола, Указания не включают рекомендаций по обезболиванию на этапах специализированной помощи.

Вывод. Таким образом принципы анальгезии в обоих рассматриваемых схемах базируются на оценке интенсивности боли и наличии осложнений, а также носят ступенчатый характер. Однако Протокол основывается на рекомендациях CoTCCC, что указывает на продолжающееся стремление ВСУ следовать стандартам НАТО, которые составлены на основе вооруженных

конфликтов с заведомо более слабым противником и не всегда могут быть состоятельны в условиях СВО. Огромное количество санитарных потерь, трудности эвакуации с мест получения ранения из-за работы беспилотных летательных аппаратов не дают возможности раненому попасть к медицинскому работнику способному определить показания к назначению наркотических анальгетиков и следить за возможным развитием осложнений. Именно поэтому в Указаниях применение кетамина для аналгезии раненых с нарушением гемодинамики или сознания, а также трансдермальных форм фентанила рекомендуются только с этапа квалифицированной помощи.