

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 19.03.2026 г. № 230-о

УТВЕРЖДАЮ

И.о. главного врача _____


М.Л.Алферьев

Информационное письмо

**Изменения в схеме послеоперационной
обезболивающей терапии**

заведующий отделением ОАР ОКС, врач-анестезиолог-реаниматолог

Д.О. Ростовцев.

Изменения в схеме послеоперационной обезболивающей терапии

1. Обоснование и целевые показатели

В связи с выходом новых клинических рекомендаций (ASA 2026, PADIS 2018 с обновлениями 2024-2026 гг.) и накоплением доказательств негативного влияния неконтролируемой боли и нерациональной опиоидной терапии на исходы лечения, в отделениях анестезиологии и реанимации (ОАР) вводятся изменения в стандартные протоколы послеоперационного обезболивания.

Актуальность проблемы:

- До 75% пациентов испытывают умеренную или сильную боль в послеоперационном периоде.
- Неадекватное обезболивание ассоциировано с пролонгацией механической вентиляции, развитием делирия, увеличением сроков пребывания в ОАР и риском формирования хронического болевого синдрома.
- Традиционная опиоид-центрированная анальгезия сопряжена с риском угнетения дыхания, послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), пареза ЖКТ и седации.

Цель внедрения новых схем: переход к мультимодальной анальгезии (ММА) с акцентом на процедур-специфический подход и регионарные методы как ключевые компоненты опиоид-сберегающей стратегии.

2. Ключевые изменения в тактике ведения пациентов

В основу изменений положена концепция "анальгезия первым" (analgo-sedation или analgesia-first strategy), при которой приоритет отдается купированию боли перед седацией, и обязательное использование валидированных шкал оценки.

2.1. Интраоперационный период и ближайший послеоперационный период

1. **Регионарные методы как приоритет:** В соответствии с рекомендациями ASA 2026, для широкого спектра операций (открытые торакальные, кардиальные, абдоминальные, мастэктомия) настоятельно рекомендуется рутинное использование фасциальных блокад под УЗ-контролем.
 - *Ожидаемые эффекты:* Снижение боли в покое на 1.33 балла (по шкале 0-10), снижение динамической боли на 0.78-1.3 балла, сокращение потребления

опиоидов на 25-60 мг в эквиваленте перорального морфина в первые 24 часа, улучшение качества восстановления .

- Для стернотомий эффективно использование блокад плоскости парастеральных межреберных нервов (PIR) .
2. **Превентивная анальгезия:** За 30-40 минут до окончания операции обязательно введение Парацетамола 1000 мг в/в (при отсутствии противопоказаний) . Это позволяет обеспечить ровное пробуждение и снизить потребность в опиоидах на этапе выхода из наркоза.

2.2. Послеоперационный протокол (ОРИТ)

Схема назначается немедленно при поступлении пациента, не дожидаясь жалоб на боль. Оценка боли по шкалам (ВАШ, Numeric Rating Scale) или поведенческим шкалам (CPOT, BPS для интубированных) должна проводиться каждые 4-6 часов и фиксироваться в карте наблюдения как "пятый показатель" .

Компонент терапии	Препараты и режим	Целевая группа / Примечания
Базисная терапия (Линия А)	Парацетамол 1000 мг в/в каждые 6 часов (4000 мг/сут). Фиксированный интервал обязателен. НПВП (Кетопрофен, Ибупрофен, Эторикоксиб) в/в или per os (при энтеральной нагрузке), курс 3-5 дней с гастропротекцией.	Назначается всем пациентам при отсутствии противопоказаний. Парацетамол ассоциирован со снижением риска делирия, особенно у пациентов, получающих опиоиды .
Адьювантная терапия (Линия Б)	Дексмедетомидин (селективный агонист α_2 -адренорецепторов) в инфузии. Габапентин / Прегабалин (при нейропатическом компоненте боли, обширных торакальных операциях). Кетамин в субанестетических дозах (при высоких дозах	Применяется для потенцирования анальгезии, снижения потребности в опиоидах и профилактики делирия. Дексмедетомидин предпочтительнее бензодиазепинов .

Компонент терапии	Препараты и режим	Целевая группа / Примечания
	опиоидов или толерантности).	
Опиоидный резерв (Линия В)	<p>Фентанил (при нестабильной гемодинамике, кратковременно).</p> <p>Морфин (при инфаркте миокарда, отеке легких).</p> <p>Ремифентанил (короткого действия, для быстрой титрации) .</p>	<p>Только при неэффективности Линии А и Б (ВАШ > 4 баллов). Использовать минимальные эффективные дозы. Избегать бензодиазепинов в комбинации с опиоидами у пожилых .</p>

3. Алгоритм действий врача в ОРИТ

1. Оценка боли:

- При поступлении, затем каждые 4-6 часов, а также перед и после болезненных процедур.
- У пациентов без сознания использовать Behavioral Pain Scale (BPS) или Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) .

2. Назначение терапии:

- Обеспечить введение Парацетамола строго по часам (каждые 6 часов), не допуская пропусков доз.
- При ВАШ 1-3 балла: продолжить Линию А.
- При ВАШ 4 и выше (прорывная боль): добавить/усилить Линию Б, проверить адекватность регионарной блокады.
- При отсутствии эффекта в течение 30-60 минут: болюсное введение опиоида (Линия В) с немедленной фиксацией.

3. Мониторинг безопасности:

- Контроль уровня седации (шкала Ричмонда RASS) .
- Контроль ЧДД, SpO₂, гемодинамики. Угнетение дыхания (ЧДД < 10/мин) требует немедленной отмены/редукции опиоидов.
- Ежедневная оценка риска делирия (CAM-ICU) .

4. Противопоказания и ограничения

- **НПВП:** Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ, коагулопатии, ХБП (СКФ < 30 мл/мин), гиперчувствительность.
- **Парацетамол:** Печеночная недостаточность (класс С по Child-Pugh), дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.
- **Дексмететомидин:** Тяжелая брадикардия, блокада сердца II-III степени без водителя ритма, нестабильная гемодинамика с потребностью в высоких дозах вазопрессоров.
- **Опиоиды:** Угнетение дыхания (ЧДД < 10/мин), паралитическая непроходимость кишечника, аллергия.

5. Организационные мероприятия

1. Назначить ответственного врача (заведующего ОАР) за контроль соблюдения протокола и аудит качества обезболивания.
2. Внести изменения в листы назначений, добавив графу "Фиксированное время введения анальгетиков" (для парацетамола).
3. Провести цикл семинаров для дежурных врачей и медицинских сестер по применению шкал оценки боли (ВАШ, SPOT, VPS) и тактике применения регионарных методов (фасциальные блокады).
4. Обеспечить наличие расходных материалов для УЗ-навигации и локальных анестетиков для выполнения блокад.

6. Критерии эффективности внедрения протокола

1. Снижение расхода наркотических анальгетиков в ОАР (в пересчете на морфиновый эквивалент) на 20-30% в течение 6 месяцев.
2. Уменьшение частоты послеоперационной тошноты и рвоты.
3. Снижение частоты послеоперационного делирия.
4. Удовлетворенность пациентов качеством обезболивания (анкетирование) .