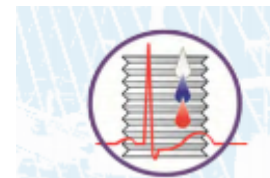




Министерство
здравоохранения
Приморского края

ТИХООКЕАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ

Тихоокеанский
государственный
медицинский
университет



Приморская краевая
общественная организация
«Федерация анестезиологов
и реаниматологов»

5-6 апреля
2024
ХАБАРОВСК

VIII МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**Актуальные вопросы
анестезиологии-реаниматологии**
посвященная памяти М.А. Чередниченко

Информационная поддержка:

- Министерство здравоохранения Хабаровского края
- Общероссийская общественная организация «Российское общество симуляционного обучения в медицине» (РОСОМЕД)
- ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» (г. Хабаровск)
- Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Руководитель программного комитета конференции:
ГОРОХОВСКИЙ Вадим Семенович, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО "Дальневосточный государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Министерства Здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ БОЛЬ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

НОВИКОВ А.Ю.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР



ГЛАВНЫЕ ПАРТНЕРЫ



ПАРТНЕРЫ



*ГБУЗ "Приморская краевая клиническая больница № 1
г. Владивосток*

Боль послеоперационная — болевые ощущения, возникающие у хирургического пациента в области выполненного оперативного вмешательства. Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация по изучению боли (IASP — International Association of Study of Pain) признали обезболивание неотъемлемым правом человека. Статья № 19 ФЗ РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» говорит о том, что каждый пациент имеет право на «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами».

Apfelbaum J.L., Chen C., Mehta S.S., Gan T.J. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg. 2003; 97: 534–540.

Gimbel J.S., Brugger A., Zhao W., Verburg K.M., Geis G.S. Efficacy and tolerability of celecoxib versus hydrocodone/acetaminophen in the treatment of pain after ambulatory orthopedic surgery in adults. Clin Ther. 2001; 23: 228–241.

Brennan F., Carr D., Cousins M. Pain management: a fundamental human right. Anesth Analg. 2007; 105(1): 205–221.

Guidelines on the Management of Postoperative Pain

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

Roger Chou,^{*} Debra B. Gordon,[†] Oscar A. de Leon-Casasola,[‡] Jack M. Rosenberg,[§] Stephen Bickler,[¶] Tim Brennan,^{||} Todd Carter,^{**} Carla L. Cassidy,^{††} Eva Hall Chittenden,^{‡‡} Ernest Degenhardt,^{§§} Scott Griffith,^{¶¶} Renee Manworren,^{|||} Bill McCarberg,^{***} Robert Montgomery,^{†††} Jamie Murphy,^{‡‡‡} Melissa F. Perkal,^{§§§} Santhanam Suresh,^{¶¶¶} Kathleen Sluka,^{||||} Scott Strassels,^{****} Richard Thirlby,^{††††} Eugene Viscusi,^{‡‡‡‡} Gary A. Walco,^{§§§§} Lisa Warner,^{¶¶¶¶} Steven J. Weisman,^{||||||} and Christopher L. Wu^{‡‡‡}

^{*}Departments of Medicine, and Medical Informatics and Clinical Epidemiology, Oregon Health and Science University, Pacific Northwest Evidence Based Practice Center, Portland, Oregon.

[†]Department of Anesthesiology and Pain Medicine, University of Washington, Seattle, Washington.

[‡]Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Roswell Park Cancer Institute and University at Buffalo School of Medicine and Biomedical Sciences, Buffalo, New York.

[§]Veterans Integrated Service Network, Department of Veterans Affairs and Departments of Physical Medicine and Rehabilitation and Anesthesiology, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.

Послеоперационное обезболивание

А.М. Овечкин¹, А.Ж. Баялиева², А.А. Ежеская³,
А.А. Еременко⁴, Д.В. Заболотский⁵,
И.Б. Заболотских⁶, А.Е. Карелов⁷, В.А. Корячкин⁵,
А.П. Спасова⁸, В.Э. Хороненко⁹, Д.Н. Уваров¹⁰,
Г.Э. Ульрих⁵, Р.В. Шадрин¹¹

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ,
Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский
университет» МЗ РФ, Казань, Россия

³ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский
университет» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия

⁴ ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. академика
Б.В. Петровского», Москва, Россия

⁵ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный

Postoperative analgesia

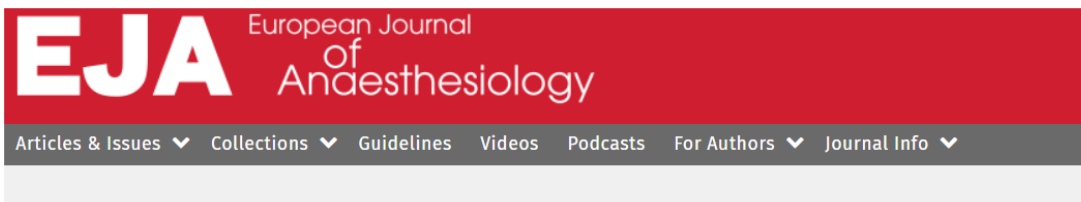
A.M. Ovechkin¹, A.Zh. Bayalieva², A.A. Ezhevskaya³,
A.A. Eremenko⁴, D.V. Zabolotskij⁵, I.B. Zabolotskikh⁶,
A.E. Karelov⁷, V.A. Koryachkin⁵, A.P. Spasova⁸,
V.E. Khoronenko⁹, D.N. Uvarov¹⁰, G.E. Ulrikh⁵,
R.V. Shadrin¹¹

¹ FSAEI of HE "I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation" (Sechenov
University), Moscow, Russia

² FSBEI of HE "Kazan State Medical University", Ministry
of Healthcare of Russian Federation, Kazan, Russia

³ FSBEI of HE "Privolzhsky Research Medical University"
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Nizhnyj
Novgorod, Russia

⁴ FSBSI "National Research Center of Surgery n.a. Petrovsky B.P.",
Moscow, Russia



Outline



Images



Download

PAIN

Chronic postsurgical pain

A European survey

Martinez, Valeria; Lehman, Thomas; Lavand'homme, Patricia; Harkouk, Hakim; Kalso, Eija; Pogatzki-Zahn, Esther M.; Komann, Marcus; Meissner, Winfried; Weinmann, Claudia; Fletcher, Dominique

Author Information

European Journal of Anaesthesiology 41(5):p 351-362, May 2024. | DOI: 10.1097/EJA.0000000000001974

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕАДЕКВАТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИИ

1. организационные проблемы – 62,5%
2. дефицит времени персонала – 61,9%
3. отсутствие мотивации – 38,8%
4. несоблюдение принципа мультимодального лечения боли – 37,7%
5. трудности оценки боли – 37%
6. недостаток знаний персонала – 30,1%



Pain 136 (2008) 134–141

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS):
A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries

Dan Benhamou ^{a,*}, Marco Berti ^b, Gerhard Brodner ^c, Jose De Andres ^d,
Gaetano Draisci ^e, Mariano Moreno-Azcoita ^f, Edmund A.M. Neugebauer ^g,
Wolfgang Schwenk ^h, Luis Miguel Torres ⁱ, Eric Viel ^j

^a AP-HP, Hôpital de Bicêtre, Département d'Anesthésie-Réanimation, F-94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^b Ospedale Maggiore di Parma, Università degli Studi Parma, Anesthesiology and Reanimation Parma, Italy

^c Fachklinik Hornheide, Dept. Anästhesie intensivmedizin und Schmerztherapie, Munster, Germany

^d Hosp. General Universitario de Valencia, Departamento de anestesia reanimacion y tto del dolor, Valencia, Spain

^e Policlinico Agostino Gemelli, Istituto di Anestesia e Rianimazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

^f General and Digestive Surgery Department, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, Spain

^g Medical Faculty University of Witten/Herdecke, Institute for Research in Operative Medicine, Cologne, Germany

^h Charité, University Medicine Berlin Campus Mitte, Department of General, Visceral, Vascular and Thoracic Surgery, Berlin, Germany

ⁱ Hosp. Puerta del Mar Cadiz, Cadiz, Spain

^j Centre Soins Evaluation Douleur, Dpt Anesthésie, Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau, Nimes, France

Received 9 August 2006; received in revised form 16 June 2007; accepted 21 June 2007

Боль - частый спутник болезней, и задача медперсонала - облегчить страдание пациента. Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством доступными методами и лекарственными препаратами. Это право гарантировано Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Больная К - ИБ № 10383

23.05.2023 в 14.18

Состояние: средней тяжести

Осмотрена через 2 часа после операции. На момент осмотра предъявляет жалобы на боль в области п\о раны. Status localis: повязка сухая, швы спокойные. Из-за выраженного болевого синдрома переводится в ОРИТ для адекватной анальгезии.

Врач:

23.05.2023 в 14.29

Состояние: средней тяжести

Больная переведена из профильного отделения. Оперирована сегодня. В ОРИТ назначена инфузионная, антибактериальная терапия, анальгезия, профилактика тромбоэмболических осложнений, мониторинг гемодинамики.

Врач:

23.05.2023 14:30

С целью обезболивания больному назначено и в моём присутствии введено:

Sol. Morphini hydrochloridi 10 mg/ml (MORPHINE) - 1 ml, в/м (одна ампула)

Врач:

Медицинская сестра:

ВЛИЯНИЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

2018

ВЕСТНИК САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
МЕДИЦИНА

Т. 13. Вып. 3

Клинические аспекты

Задержка заживления раны за счет активации симпатической нервной системы

Повышение риска несостоятельности анастомозов

Повышение риска бронхолегочных осложнений, вследствие нарушения биомеханики дыхания из-за боли

Повышенный риск тромбообразования

Повышенный риск смертности

Устойчивая гипердренэргическая стрессорная реакция с артериальной гипертензией

Административные аспекты

Увеличение продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии или в клинике

Большее количество осложнений и связанных с этим расходов

Повышенный риск развития ХПОБ с последующей затратностью.

Плохой контроль боли означает плохое качество медицинской помощи в клинике!

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

УДК 616-089.5-031.83

Современные аспекты послеоперационного обезболивания (обзор литературы)

В. А. Волчков¹, С. В. Ковалев¹, А. Н. Кубынин²

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Российская Федерация, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8



Complementary Therapies in Medicine

Volume 71, December 2022, 102892



The effect of massage therapy on pain after surgery: A comprehensive meta-analysis

Chunhua Liu^a ✉, Xiang Chen^b ✉, Simin Wu^a 👤 ✉

ПАЛАТА ПРОБУЖДЕНИЯ (ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК) ГБУЗ ПККБ № 1



Удовлетворенность качеством послеоперационного обезболивания хирургического стационара ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница № 1»

ОТДЕЛЕНИЕ	2010	2018	2023
Хирургическое отделение № 1 (гастрохирургическое)	46%	67%	81%
Хирургическое отделение № 2 (общая хирургия)	65%	74%	78%
Отделение сосудистой хирургии	48%	77%	88%
Отделение колопроктологии	79%	86%	93%
Отделение ортопедии	62%	71%	80%
Отделение нейрохирургии	78%	89%	93%

ПОЧЕМУ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ НЕЭФФЕКТИВНО?

- В хирургическом отделении обезболивание имеет меньшее значение, чем сама операция
- Сила боли регулярно не оценивается
- Сила боли не документируется
- Обезболивающие средства используются нерегулярно
- Эффективность используемых средств не оценивается
- Проблемы общения (пациент-персонал)
- Пациент предварительно не информирован о предстоящей боли и обезболивании
- Пациент считает, что боль –это естественный спутник операции
- У персонала недостаточно знаний и навыков
- Персонал перегружен, недостает оборудования и средств

Эпидемиология послеоперационной боли¹

80 % пациентов, перенесших хирургические вмешательства, испытывают послеоперационную боль

<50 % сообщают об адекватной анальгезии

У 10 % – 50 % развивается хроническая боль

88 % из них сообщают об умеренной, сильной или непереносимой боли

У 2 % – 10 % из них – тяжелая

На долю боли приходится 38% внеплановых посещений и повторных госпитализаций после амбулаторных хирургических вмешательств

Основные предикторы задержки послеоперационной реабилитации

- СПОН ("хирургический стресс-ответ")
- Гипотермия
- **Болевой синдром**
- ПОТР/парез кишечника
- Задержка жидкости/гиповолемия
- Гипоксемия - нарушение сна
- Иммобилизация
- Недостаточность питания
- Утомляемость
- Традиции (трубки, дренажи, ограничения активизации)

Классификация хирургических осложнений (с комментарием редколлегии) В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ,
Ш.В. ТИМЕРБУЛАТОВ, М.В. ТИМЕРБУЛАТОВ Хирургия 9, 2019 С. 62-67.*

Наиболее перспективна и наименее затратна организация специализированной «переходной» службы боли в хирургических клиниках.

В основе организации противоболевой помощи пациентам хирургического профиля, как и всей медицины боли, **должен находиться междисциплинарный подход**, что оптимально и рекомендовано ведущими организациями по противоболевой помощи, в том числе Международной ассоциацией по изучению боли (IASP), Европейской федерацией боли (EFIC) и Российским обществом по изучению боли (РОИБ).



Создание переходной службы боли в хирургии позволяет не только более эффективно справляться с болью на всех этапах хирургического вмешательства, но и снизить частоту послеоперационных осложнений, ускорить процессы послеоперационной реабилитации, повысить качество жизни прооперированных больных и уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре, повышая эффективность хирургического лечения в целом.

Загорулько Олег Иванович, д. м. н., профессор, руководитель комитета, руководитель Клиники боли Российского научного центра хирургии им. Б. В. Петровского, Москва

Основные этапы противоболевой помощи:

- / предоперационный амбулаторный этап;
- / предоперационный этап в стационаре;
- / интраоперационное обезболивание (анестезия);
- / обезболивание в раннем послеоперационном периоде (1–3 суток);
- / обезболивание на этапе пребывания в условиях хирургического стационара;
- / обезболивание на амбулаторном этапе после хирургического вмешательства, в том числе в период активной реабилитации.

Оптимальный состав специалистов переходной службы боли в хирургии:

- / хирург;
- / анестезиолог-реаниматолог;
- / клинический фармаколог;
- / невролог;
- / психиатр;
- / реабилитолог;
- / клинический психолог;
- / инструктор-методист ЛФК и другой средний медицинский персонал, прошедший специальную подготовку по уходу за пациентами с болью в послеоперационном периоде.

Для создания службы лечения боли необходимы:

- Группа энтузиастов, которые хотят и могут организовать эту работу
- Внятно сформулированные медицинские и экономические обоснования необходимости такой службы
- «руководство по лечению боли», позволяющее унифицировать и стандартизировать лечение боли во всей больнице
- Тщательная подготовка и обучение среднего медицинского персонала
- Постоянное обучение коллег, просвещение и информирование пациентов



Соблюдение принципа мультимодальности

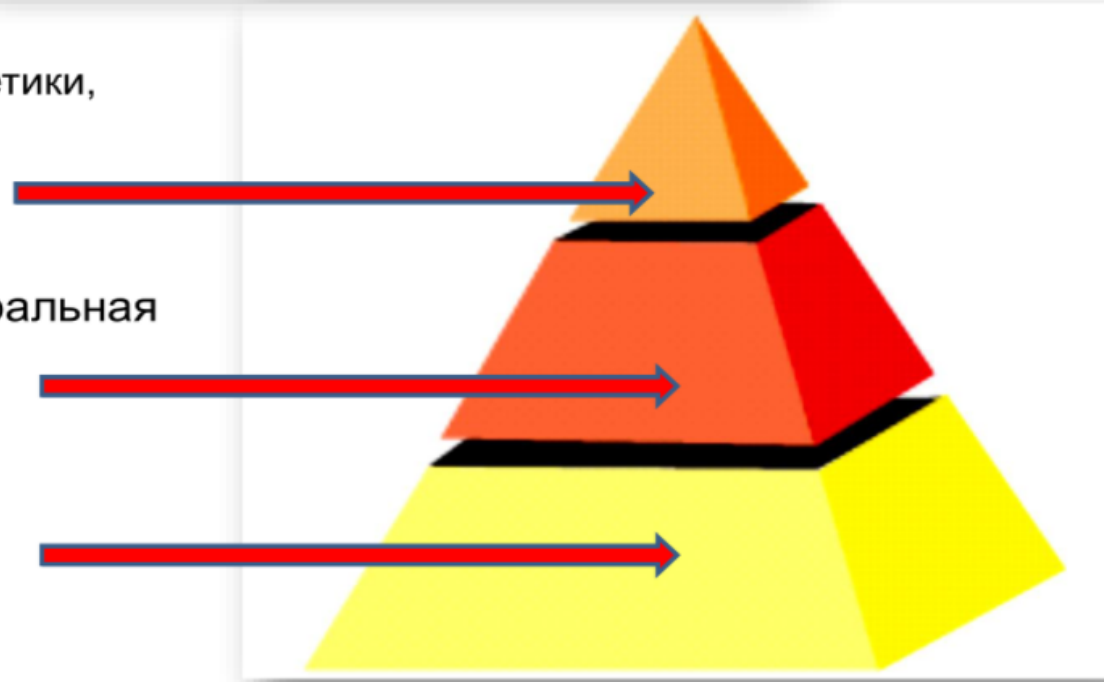


- Рекомендуется применять мультимодальную анальгезию, то есть совместное использование различных анальгетиков и технологий обезболивания в сочетании с нефармакологическими методами послеоперационного обезболивания у взрослых и детей [26, 59].
Уровень достоверности доказательств – 1 (уровень убедительности рекомендации – А)

Дополнительное
обезболивание:
наркотические анальгетики,
комбинированные
препараты

Продленная эпидуральная
или проводниковая
анальгезия

Базисное
обезболивание:
парацетамол, НПВС



ВЕСТНИК ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИМЕНИ А.И. САЛТАНОВА | 2019 | № 4

Овезов А.М.

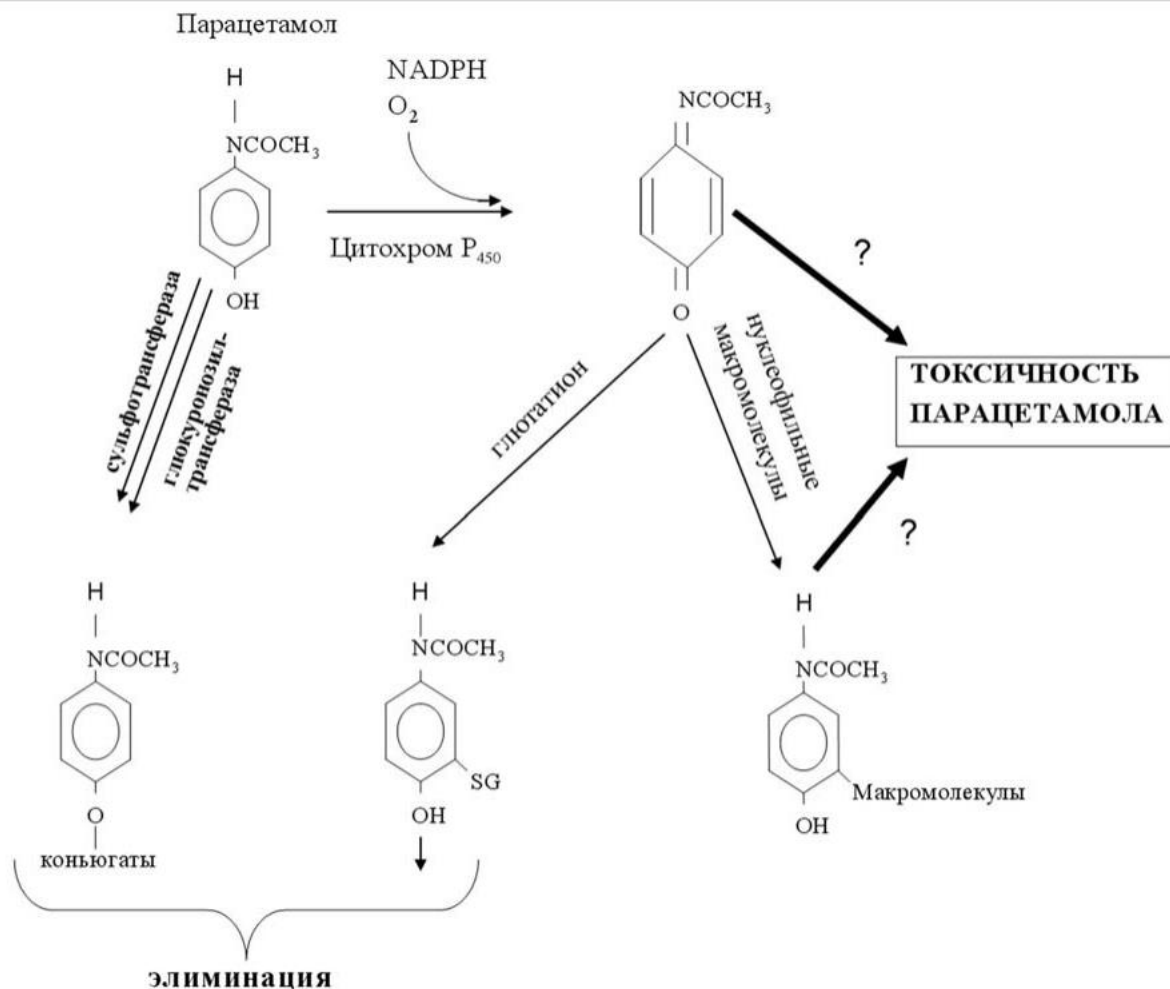
Овечкин А.М. Регионарная анестезия и острой боли. 2015;9 (2): 29-39

Мультимодальная анальгезия

- Регулярное назначение парацетамола
- НПВС
- Использование местного анестетика
- Включает не более одного опиоида

Овечкин А.М. Регионарная анестезия и острой боли. 2015;9 (2): 29-39

Влияние парацетамола на печень*



Тяжелая печеночная недостаточность часто возникает при сочетании нескольких неблагоприятных факторов:

1. Введение высоких доз препарата
2. Несвоевременное и нерациональное оказание интенсивной терапии
3. Пациенты групп риска (алкоголизм)

Парацетамол ни в коем случае не должен использоваться для послеоперационного обезболивания в «моновиде» для купирования боли низкой и средней интенсивности.

С клинической точки зрения, его анальгетический эффект сопоставим с таковым ацетилсалициловой кислоты и уступает эффекту большинства препаратов группы НПВП.

*Национальное руководство по анестезиологии 2022 под ред. Проф. Полушина и проф. Яворовского, ГЭОТАР-медиа

Парацетамол занимает первое место в мире среди причин токсичного (медикаментозного) поражения печени.



В 2020 году в США было выписано более 130 миллионов рецептов на препараты, содержащие парацетамол. И - внимание! - не менее чем в шести процентах от общего числа таких рецептов максимальная суточная доза ацетаминофена (парацетамола) была превышена!

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов Food and Drug Administration, FDA, USFDA

Ребенок 2 года и 9 месяцев. Токсическое поражение печени: при максимальной дозировке 140 миллиграммов на килограмм веса ребенку с ОРВИ давали в течение двух дней 200 миллиграммов на килограмм.



Предупреждение:
парацетамол -
медикаментозная причина №
1 пересадки печени во
Франции



Агентство по безопасности лекарственных средств и товаров для здоровья (National Security Agency of Medicines and Health Products - ANSM)

«Передозировка = опасность. Передозировка может повредить печень»

 **SURDOSAGE = DANGER**

Dépasser la dose peut détruire le foie

«Передозировка = опасность. Не принимайте другой препарат, содержащий парацетамол»

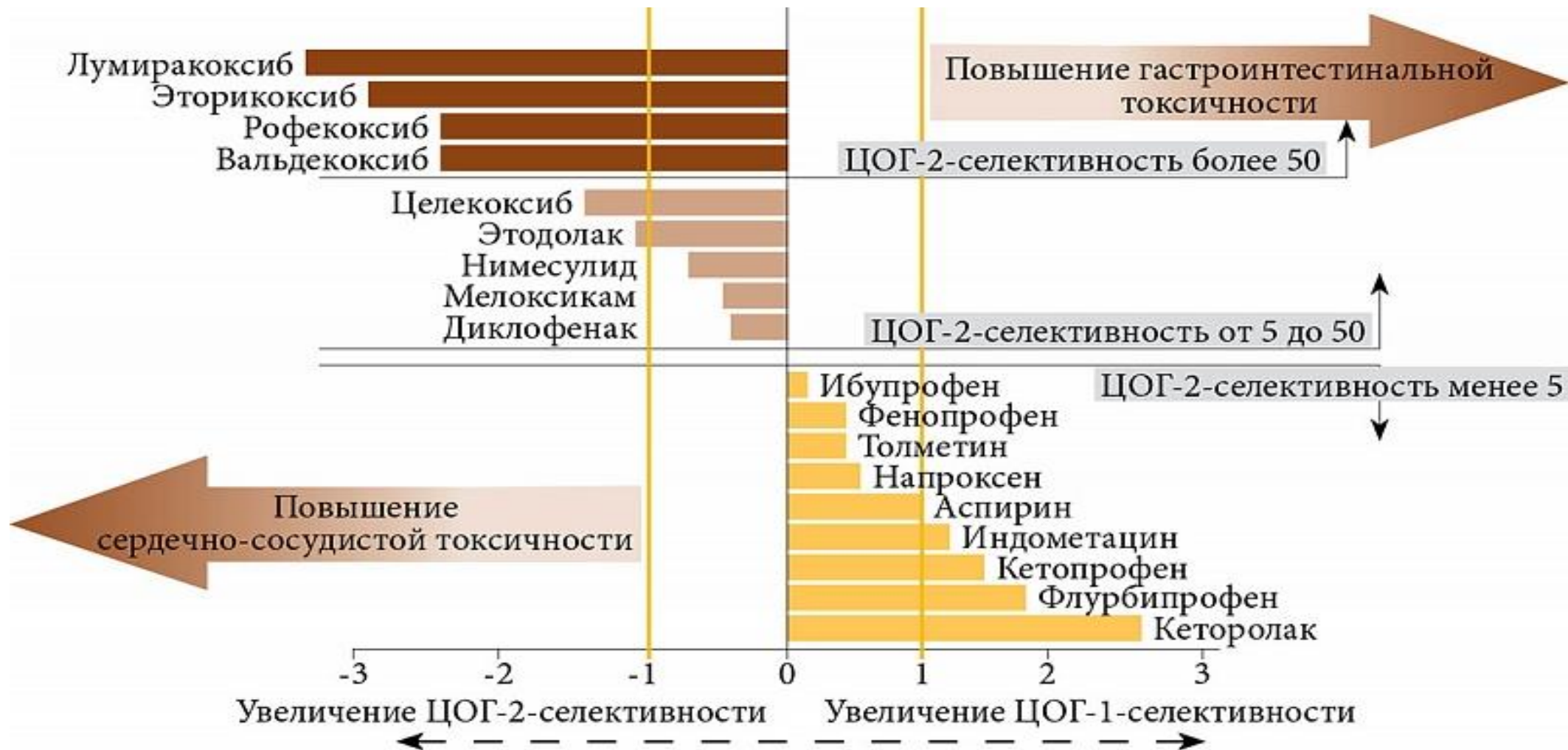
 **SURDOSAGE = DANGER**

Ne pas prendre un autre médicament contenant du paracétamol

НПВС относятся к 30 наиболее значимым инновациям в медицине за последние 30 лет

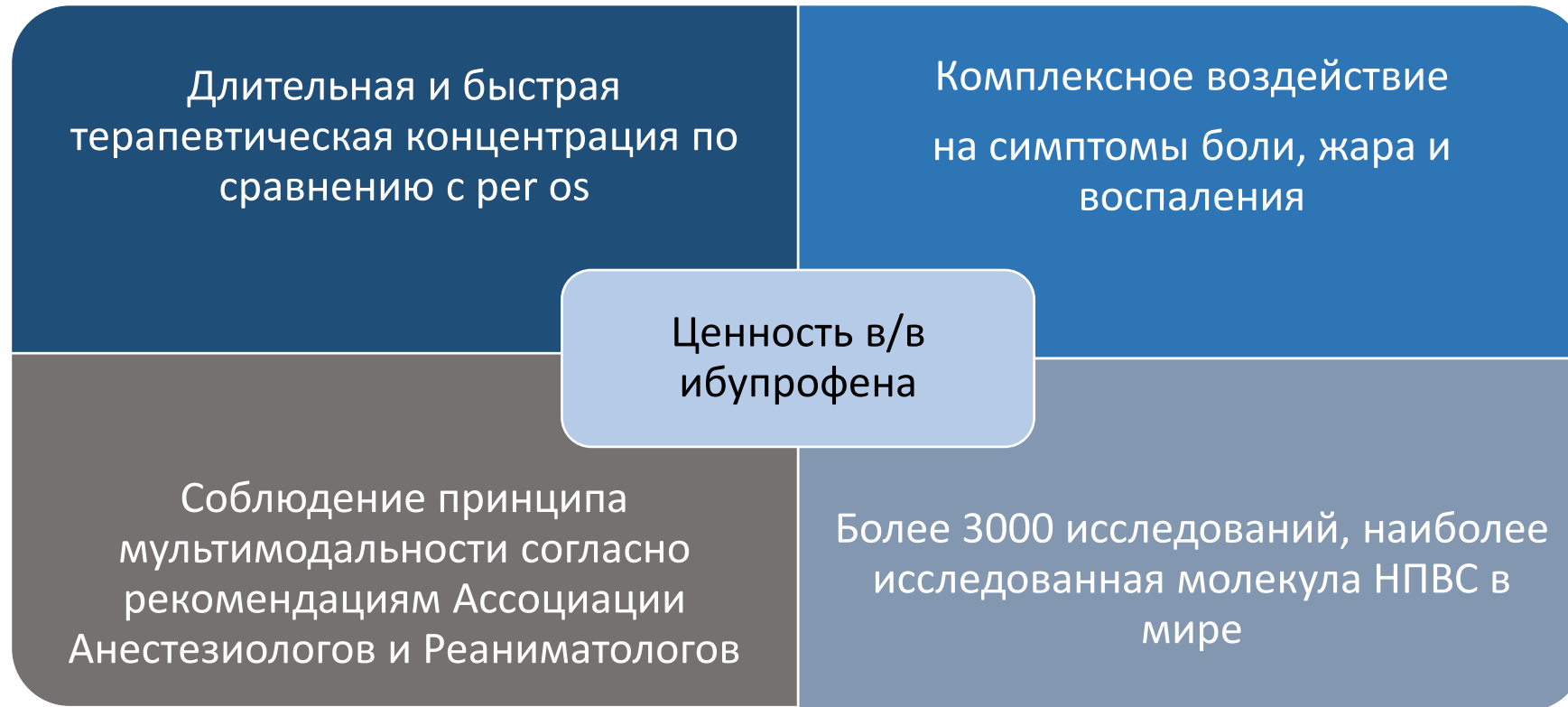
№	событие	рейтинг
1	Магнитно-резонансная и компьютерная томография	0,878
3	Баллонная ангиопластика	0,758
6	Операции аорто-коронарного шунтирования	0,693
7	Ингибиторы протонной помпы	0,687
10	Эндопротезирование крупных суставов	0,649
14	Лапароскопическая хирургия	0,558
15	НПВС и селективные ингибиторы ЦОГ-2 для послеоперационного обезболивания	0,531
17	Фторхинолоны	0,487
23	Helicobacter pylori выявление и лечение	0,351
26	Блокаторы кальциевых каналов	0,291
30	Трансплантация костного мозга	0,182

Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов



ИНТРАФЕН-ГЕН – это внутривенная форма ибупрофена, одобренная FDA, эффективный компонент современной мультимодальной анальгезии послеоперационного периода со сбалансированным подавлением ЦОГ-1/ЦОГ-2

НПВС являются необходимым выбором в лечении боли
благодаря роли ЦОГ*
в регуляции биохимического каскада воспаления



1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Интрафен-ГЕН. РУ ЛП-006297 от 02.08.2021
2. Вестник интенсивной терапии им. А.И.Салтанова, 2019 №4
3. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: an overview, Jahnavi et al, Journal of Drug Delivery & Therapeutics. 2019; 9(1-s):442-448

Относительный риск кровотечения из верхних отделов ЖКТ на фоне приема НПВС²

Основная группа
n=2777,
группа
контроля
n=5532

НПВС*	Относительный риск (95% ДИ**)
Целекоксиб	1 (0,4-2,1)
Ацеклофенак	2,6 (1,5-4,6)
Диклофенак	3,1 (2,3-4,2)
ИБУПРОФЕН	4,1 (3,1 -5,3)
Напроксен	7,3 (4,7-11,4)
Лорноксикам	7,7 (2,4 – 24,4)
Кетопрофен	8,6 (2,5-29,2)
Индометацин	9,0 (2,9 – 20,7)
Мелоксикам	9,8 (4,0-23,8)
Пироксикам	12,8 (7,8-20,3)
Кеторолак	14,1 (6,9 -39,9)

Низкий
риск

Высокий
риск

1. «What is the safest NSAIDs» P.Umprasert, American Medical Journal 3 (2): 115-123, 2012 p.117

2.Lamas A. et al Gut 2004

Опиоиды не влияют на
воспалительный компонент боли¹

Опиоид-индуцированная
гипералгезия приводит к
развитию хронической боли²

Мультимодальный подход к обезболиванию может уменьшить общую дозу опиоида, тем самым минимизируя риск развития побочных эффектов (со стороны ЖКТ* и ЦНС**)²

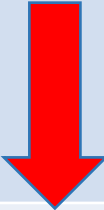


**Противовоспалительный эффект внутривенной формы ибупрофена
позволяет снизить потребность в морфине и кумулировать
анальгетический эффект комплексной терапии¹**

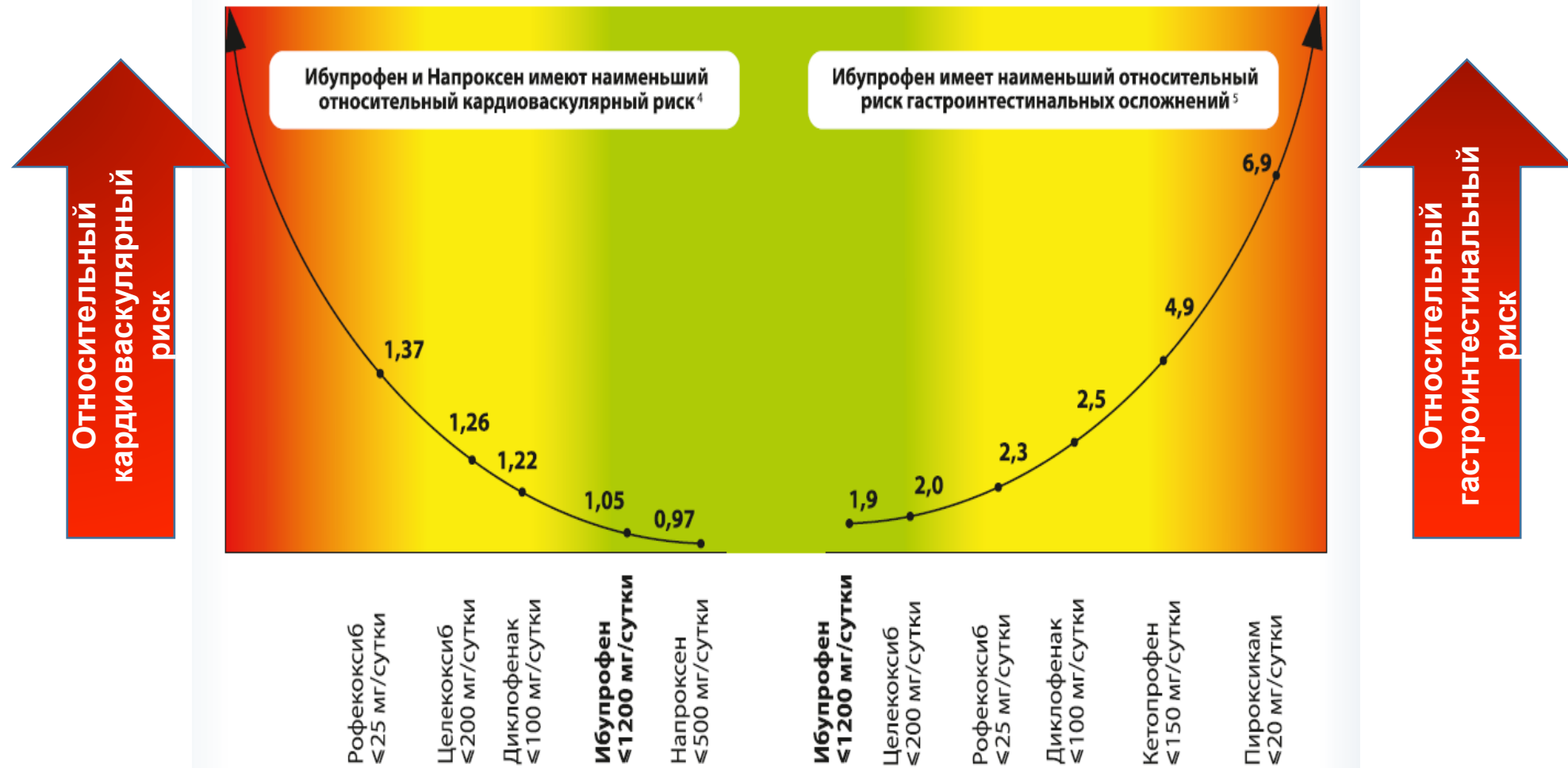
1. Southworth et al; A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo- Controlled Trial of Intravenous Ibuprofen 400 and 800 mg Every 6 Hours in the Management of Postoperative Pain; Clinical Therapeutics/Volume 31, Number 9, 2009

2. Клинические рекомендации Послеоперационная аналгезия, «Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова» №4 2019

Стратегия широкой дифференциации

Парацетамол	Кеторолак	Кетопрофен	Декскетопрофен	Лорноксикам	Диклофенак
<p>Интрафен обладает противовоспалительным действием</p> 	<p>Воздействие Ибупрофена на ЦОГ-1 по сравнению на ЦОГ-2 2,5:1, что подразумевает низкий риск кровотечений и гастроинтестинальных проблем</p>	<p>Интрафен имеет более широкий спектр применения и меньшее число побочных эффектов согласно международным КИ благодаря метаболизации через почки</p>	<p>Интрафен обладает антипиретическим действием и может использоваться для детоксикации пациентов с ожогами и при COVID</p>	<p>Интрафен обладает меньшим числом побочных эффектов</p>	
<p>Более выраженный анальгетический эффект (в 3,5 раза выше)</p>	<p>Интрафен можно назначить в течение 7 дней, Кеторолак – только 2 дня</p>	<p>Интрафен можно назначить в течение 7 дней, кетопрофен и декскетопрофен – только 2 дня</p>	<p>Интрафен не имеет ограничения по курсовому применению в ИМП</p>	<p>Интрафен можно назначать в течение 7 дней, Диклофенак – не более 2 суток</p>	
<p>Высокий уровень безопасности (отсутствие гепатотоксичности)</p>		<p>Интрафен обладает более выраженным противовоспалительным действием, что важно для ожоговых больных, в травматологии</p>			

Применение ибупрофена ассоциируется с наименьшим относительным риском кардиоваскулярных и гастроинтестинальных осложнений



1. McGettigan P, Henry D (2011) Cardiovascular Risk with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Systematic Review of Population-Based Controlled Observational Studies. *PLoS Med* 8(9): e1001098. doi:10.1371/journal.pmed.1001098. 2. Castellsague J et al Individual NSAIDs and Upper Gastrointestinal Complications A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies (the SOS Project). *Drug Saf.* 2012 Dec 1;35(12):1127-46.

ИБУПРОФЕН ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

это внутривенная форма ибупрофена, эффективный компонент современной мультимодальной анальгезии послеоперационного периода со сбалансированным подавлением ЦОГ-1/ЦОГ-2, который способствует:

- снижению боли средней и высокой интенсивности
- уменьшению потребления опиоидов в послеоперационном периоде вплоть до 45%
- снижению гипертермии

800 мг – самая высокая доза ибупрофена в РФ среди зарегистрированных препаратов³

1. *Intravenous Ibuprofen for Treatment of Post-Operative Pain: A Multicenter, Double Blind, Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial, A.G. Martinez Plos One 2016*

2. *Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Интрафен-ГЕН. РУ ЛП-006297 от 02.08.2021*

3. [Государственный реестр лекарственных средств \(rosminzdrav.ru\)](http://rosminzdrav.ru)

Фармакологический профиль парентеральной формы ибупрофена

1. Фармакологические

- Более быстрый и высокий пик концентрации
- Длительная терапевтическая концентрация
- Возможность более тщательной титрации дозировки, в зависимости от потребности каждого отдельного пациента

2. Клинические

- Быстрое наступление терапевтического эффекта
- Подходит для пациентов со сложностями глотания либо с тошнотой/рвотой
- Можно применять при бессознательном состоянии пациента

Review Article

An Overview of Clinical Pharmacology of Ibuprofen

Rabia Bushra¹ and Nousheen Aslam²

An Overview of Clinical Pharmacology of Ibuprofen. Oman Med J. 2010 Jul; 25(3): 155–1661

АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИБУПРОФЕНА

«Эффекты однократной периоперационной дозы внутривенного ибупрофена на потребление опиоидов в послеоперационном периоде и снижение острой боли после лапароскопической холецистэктомии»

Ахискалиоглу Э., Ахискалиоглу А., Айдын П., Яйык А.М., Темиз А., Эрзурум, Турция.

Clinical Trial/Experimental Study

Medicine®

OPEN

Effects of single-dose preemptive intravenous ibuprofen on postoperative opioid consumption and acute pain after laparoscopic cholecystectomy

Elif Oral Ahiskalioglu, MD^{a,*}, Ali Ahiskalioglu^b, Pelin Aydin^a, Ahmet Murat Yayik^b, Ayetullah Temiz^c

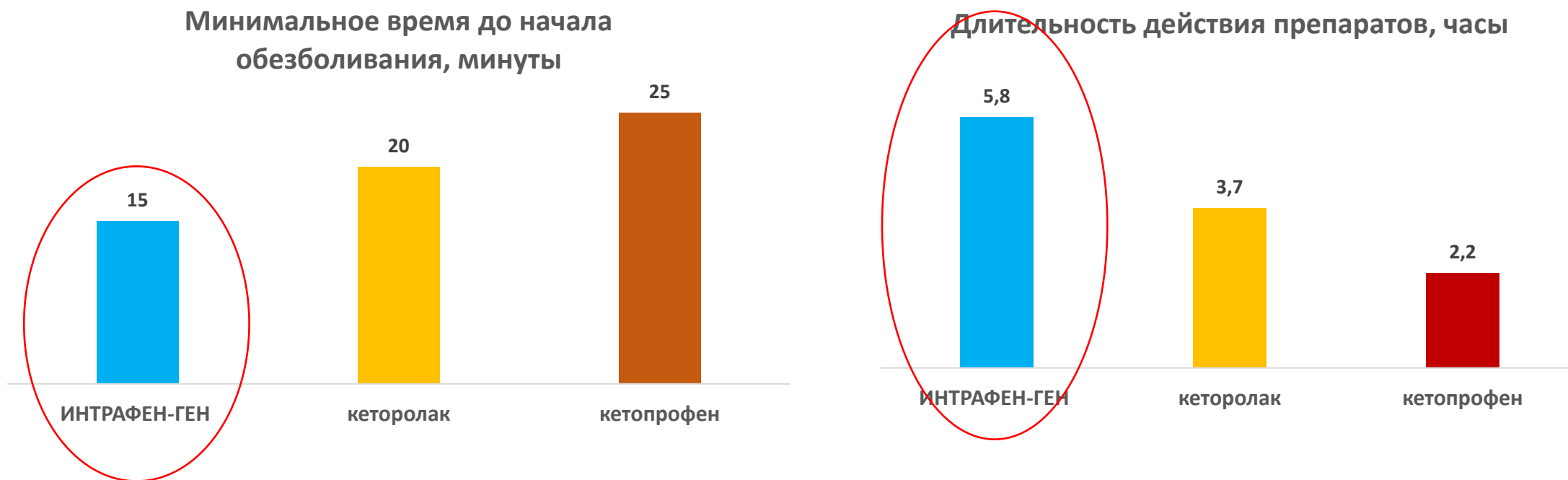
В соответствии с экспериментальными и клиническими исследованиями, было установлено, что потребление анальгетика до хирургической травмы способно сократить посттравматическую гиперчувствительность¹

Оценивались следующие показатели:

1. Потребление фентанила на 24 й час после операции.
2. Послеоперационная боль на 1, 2, 4, 8, 12 и 24 часы в состоянии покоя и движения по шкале ВАШ (0 см= отсутствие боли; 10 см = наиболее острая боль).
3. Необходимость дополнительного введения «препарата скорой помощи»
4. Наличие побочных эффектов.

1. Woolf CJ. Somatic pain – pathogenesis and prevention. *Br J Anaesth* 1995;75:169–76.

ИНТРАФЕН-ГЕН в дозе 800 мг обладает самым быстрым и продолжительным анальгетическим эффектом по сравнению с другими НПВС*



*О.В. Орлова, В.С. Афончиков «Послеоперационное обезболивание у пациентов с ожоговой травмой», Российский журнал боли 2023, т.21 №2, стр.2-6

«Превентивное внутривенное применение ибупрофена снижает боль и потребление опиоидов в послеоперационном периоде при операциях на щитовидной железе»

Вахит Мутлу, Илькер Индже



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Am J Otolaryngol

journal homepage: www.elsevier.com/locate/amjoto



Preemptive intravenous ibuprofen application reduces pain and opioid consumption following thyroid surgery

Vahit Mutlu^{a,*}, Ilker Ince^b

^a Atatürk University, Faculty of Medicine, Department of Otorhinolaryngology, Erzurum, Turkey

^b Atatürk University, Faculty of Medicine, Department of Anesthesiology, Erzurum, Turkey

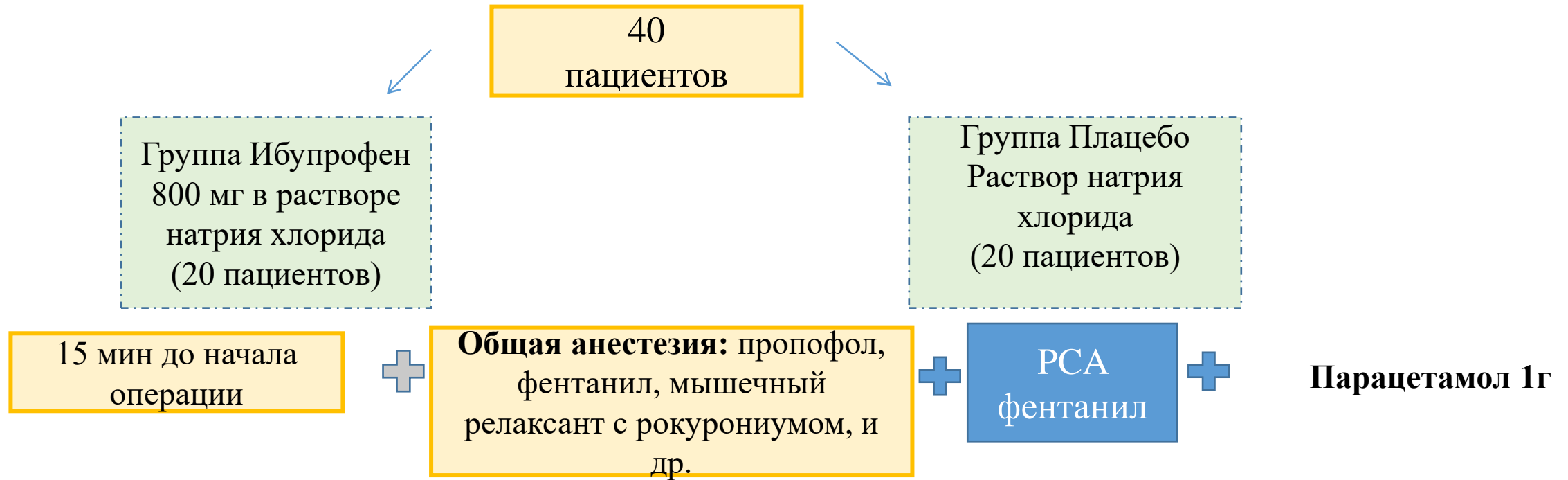


Цель исследования:

1. Изучить эффект превентивной однократной дозы ибупрофена в.в на послеоперационное потребление опиоидов в течение 48 ч
2. Оценить уровень послеоперационной боли у пациентов, перенесших тиреоидэктомию

V.Mutlu, Preemptive intravenous ibuprofen application reduces pain and opioid consumption following thyroid surgery, Am J Otolaryngol 40 (2019) 70–73

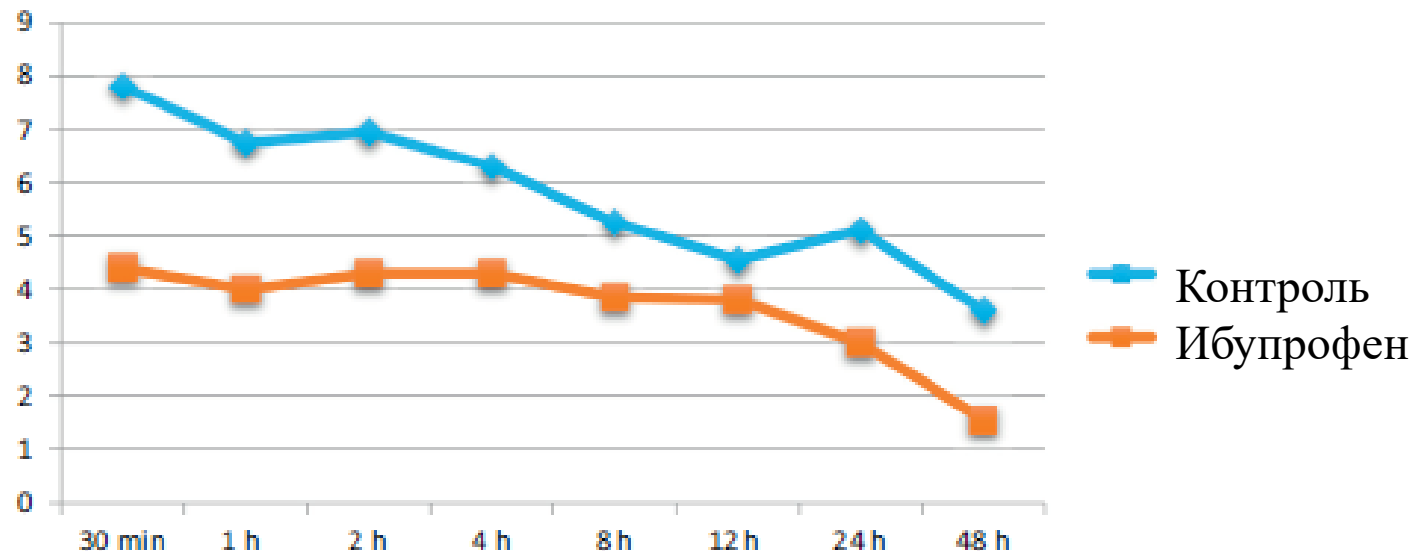
ДИЗАЙН ДВОЙНОГО-СЛЕПОГО, РАНДОМИЗИРОВАННОГО, ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ



Оценивались следующие показатели:

1. Послеоперационная боль на 30 мин, 1, 2, 4, 8, 12, 24, и 48 по шкале ВАШ
2. Осложнения в послеоперационном периоде: тошнота, рвота, подавление дыхания, головокружение, периферический отёк, диарея.
3. Снижение потребления фентанила в течении 48 ч. послеоперационного периода

Результаты исследования



1. Динамика болевого синдрома по шкале ВАШ была ниже в группе Ибупрофена на протяжении 2х суток
2. Потребление фентанила было на 34% ниже в группе ибупрофена по сравнению с контрольной группой ($748,85 \pm 155,645$ и $255,45 \pm 171,429$ мкг соответственно) ($P < 0,001$)
3. Применение послеоперационного экстренного обезболивающего средства (парацетамол в/в) было достоверно выше в контрольной группе ($n=8$) по сравнению с группой ибупрофена ($n=2$) ($p=0,028$)
4. Между двумя группами не наблюдалось различий в показателях интраоперационного кровотечения и послеоперационной гематомы.

V.Mutlu, Preemptive intravenous ibuprofen application reduces pain and opioid consumption following thyroid surgery, Am J Otolaryngol 40 (2019) 70–73

Общая анестезия и опиоиды

- Общая анестезия остается востребованной опцией для обеспечения анестезиологического пособия в большинстве областей хирургии
- Периоперационное назначение опиоидов ассоциируется с возникновением побочных эффектов более, чем у 13 % пациентов
- Гипералгезия – усиление болевых ощущений, характеризующиеся постепенным повышением болевой чувствительности и снижением порогов

Интраоперационное введение высоких доз опиоидов увеличивает VAS score, потребление морфина, вызывает гипералгезию, и возможно, способствует формированию ХБС. Если необходимы интраоперационные опиоиды, их следует использовать в минимальных дозах



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/bean



3

Opioid-free anesthesia opioid side effects: Tolerance and hyperalgesia



Patricia Lavand'homme, MD, PhD, Professor^{*},
Arnaud Steyaert, MD, Assistant Professor

Department of Anesthesiology and Acute Pain Service, Cliniques Universitaires Saint Luc, University Catholic of Louvain, av Hippocrate 10, B-1200, Brussels, Belgium

Опиоид индуцированная гиперальгезия представляет собой сложный синдром со множеством предполагаемых основных механизмов, на который также по-видимому влияют индивидуальные факторы включая пол, расу и генетическую изменчивость

В современной клинической практике пока трудно четко дифференцировать такие синдромы, как **опиоид индуцированная гиперальгезия** и **острая толерантность к опиоидам**

В центре внимания анестезиолога реаниматолога должно быть предотвращение потенциального возникновения этих состояний путем выявления пациентов с риском, разумного выбора интраоперационного опиоида, максимального ограничения доз опиоидов, плана послеоперационного обезболивания, включая ко-анальгетики и различные варианты местной и проводниковой анестезии.

Стратегии предотвращения ОИТ

- Выбор лучшего опиоида
- Ограничение дозы опиоидов
 - Назначение ко-анальгетиков/неопиоидных анальгетиков
 - Регионарная/местная анестезия
- Постепенная отмена опиоидов или расчет эквивалентной дозы для пациентов с хронической болью

**Толерантность -
необходимость в увеличении
дозы опиоида для достижения
эффекта**

Гипералгезия - увеличение чувствительности к стимуляции (порой даже не болевой) в результате применения опиоидов

Клинически трудно различимы и имеют одинаковую отрицательную значимость



ELSEVIER

Original Contribution

Remifentanyl and worse patient-reported outcomes regarding postoperative pain management after thyroidectomy^{☆,☆☆}

Filippo Sanfilippo^{a,b,*}, Caren Conticello^a, Cristina Santonocito^{a,c}, Carmelo Minardi^a, Filippo Palermo^a, Renato Bernardini^d, Antonino Gullo^a, Marinella Astuto^a

^aDepartment of Anesthesia and Intensive Care, School of Anesthesia and Intensive Care, University of Catania, 95100 Catania, Italy

^bCardiothoracic Intensive Care Unit, Intensive Care Directorate–St George's Hospital, SW17 0QT London, United Kingdom

^cDepartment of Cardiac Intensive Care and Anesthesia, Morgagni Heart Centre, 95030 Pedara (CT), Italy

^dDepartment of Clinical and Molecular Biomedicine, University of Catania Medical School, 95100 Catania, Italy

Received 23 January 2015; revised 6 April 2015; accepted 21 December 2015

Journal of
Clinical
Anesthesia



Пациенты сообщали о более выраженной «сильнейшей» боли и более низком уровне удовлетворенности при инфузии ремифентанила по сравнению с пациентами, получавшими фентанил в качестве основного интраоперационного опиоида

**Системное введение
лидокаина в профилактике
хронической боли****Intraoperative intravenous
lidocaine for prevention
of chronic pain syndrome**

Я.И. Васильев, Н.Г. Марова, А.Е. Карелов, П.А. Гриб,
Н.А. Тимофеев

Ya.I. Vasilev, N.G. Marova, A.E. Karelov, P.A. Grib,
N.A. Timofeev

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербурге

North-Western State Medical University named after
I.I. Mechnikov, St. Petersburg

**Эффективность и безопасность внутривенной инфузии лидокаина
у детей**

© Е.Ю. ФЕЛЬКЕР, Д.В. ЗАБОЛОТСКИЙ, В.А. КОРЯЧКИН, Н.С. МАЛАШЕНКО, А.О. КОЛОСОВ,
Т.В. ГОРБАЧЕВА

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

В зоне поврежденных тканей образуются патологические натриевые каналы NaV 1,3, блокируя их лидокаин препятствует формированию гиперальгезии. Прочие механизмы связаны с угнетением глициновых рецепторов, усилением освобождения эндогенных опиатов, ограничением высвобождения возбуждающих аминокислот на спинальном уровне

REVIEW

Dexmedetomidine and general anesthesia: a narrative literature review of its major indications for use in adults undergoing non-cardiac surgery

Arthur DAVY^{1,2}, Julien FESSLER^{1,2}, Marc FISCHLER^{1,2*}, Morgan LE GUEN^{1,2}

¹Department of Anesthesiology, Foch Hospital, Suresnes, France; ²University of Versailles Saint Quentin in Yvelines, Versailles, France

*Corresponding author: Marc Fischler, Department of Anesthesiology, Foch Hospital, 92150 Suresnes, France.
E-mail: m.fischler@hopital-foch.org

Интраоперационное введение дексметомидина достоверно снижает потребность в опиоидных анальгетиках на протяжении операции ($p < 0,0001$)

Использование дексметомидина существенно снижает послеоперационную потребность в морфине, умеренно снижает интенсивность боли, а также уменьшает частоту ПОТР в первые сутки послеоперационного периода



КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОСТИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Ограничение объема местного анестетика

С внедрением в практику анестезиолога ультразвуковой техники, позволяющей видеть нервы, иглу и объем местного анестетика



Режим дозирования

Обязательная техническая возможность регулирования скорости подачи местного анестетика



Профилактика возникновения эпидуральной гематомы

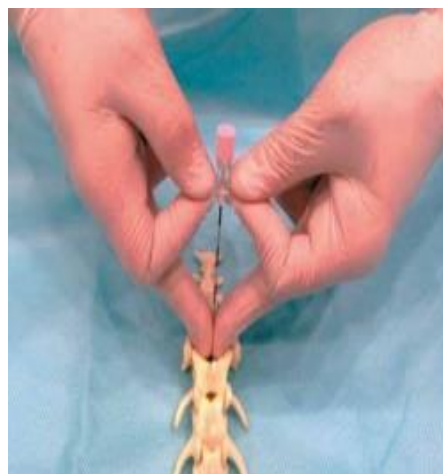
Частота осложнения по данным одних авторов, составляет 7 случаев из 1335000 эпидуральных анальгезий (0,0005%)

Wulf H. Epidural anaesthesia and spinal haematoma Can. J. Anaesth. 1996; 43(12): 1260–1271.



Человеческий фактор

Выполнение процедуры нейроаксиллярных блокад подготовленным и обученным персоналом, применение конкретной нейроаксиллярной блокады к конкретной клинической ситуации



Регионарная анальгезия - обязательное условие Fast-Track

Kehlet H, Sawyer F. Fast Track Surgery, ACS Surgery: Principles & Practice

Special Article

ANESTHESIA & ANALGESIA
Prohibited.

The Role of the Anesthesiologist in Fast-Track Surgery: From Multimodal Analgesia to Perioperative Medical Care

Paul F. White, PhD, MD*

Henrik Kehlet, MD, PhD†

Joseph M. Neal, MD‡

Thomas Schricker, MD, PhD§

Daniel B. Carr, MD¶

Franco Carli, MD, MPhil§ and the
Fast-Track Surgery Study Group

BACKGROUND: Improving perioperative efficiency and throughput has become increasingly important in the modern practice of anesthesiology. Fast-track surgery represents a multidisciplinary approach to improving perioperative efficiency by facilitating recovery after both minor (i.e., outpatient) and major (inpatient) surgery procedures. In this article we focus on the expanding role of the anesthesiologist in fast-track surgery.

METHODS: A multidisciplinary group of clinical investigators met at McGill University in the Fall of 2005 to discuss current anesthetic and surgical practices directed at improving the postoperative recovery process. A subgroup of the attendees at this conference was assigned the task of reviewing the peer-reviewed literature on this topic as it related to the role of the anesthesiologist as a perioperative physician.

RESULTS: Anesthesiologists as perioperative physicians play a key role in fast-track surgery through their choice of preoperative medication, anesthetics and techniques, use of prophylactic drugs to minimize side effects (e.g., pain, nausea and vomiting, dizziness), as well as the administration of adjunctive drugs to maintain major organ system function during and after surgery.

CONCLUSION: The decisions of the anesthesiologist as a key perioperative physician are of critical importance to the surgical care team in developing a successful fast-track surgery program.

(*Anesth Analg* 2007;104:1380-96)

The role of multimodal analgesia in pain management after ambulatory surgery

Ofelia L. Elvir-Lazo^a and Paul F. White^{b,c}

*Department of Anesthesia, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, USA, †Director of Research, Policlinico Abano, Abano Terme, Italy and ‡Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, USA

Correspondence to Paul F. White, PhD, MD, FANZCA, President, The White Mountain Institute, 144 Ashby Lane, Los Altos, CA 94022, USA.
E-mail: paul.white@csnet.org,
paul.white@poli.clinic.abano.it,
whitemountaininstitute@gmail.com

Current Opinion in Anesthesiology 2010,
23:097-101

Purpose of review

An outpatient (day-case) surgery had continued to grow throughout the world, many more complex and potentially painful procedures are being routinely performed in the ambulatory setting. Opioid analgesics, once considered the standard approach to preventing acute postoperative pain, are being replaced by a combination of nonopioid analgesic drugs with diverse modes of action as part of a multimodal approach to preventing pain after ambulatory surgery. This review will provide an update on the topic of multimodal pain management for ambulatory (day-case) surgery.

Recent findings

Efficacy of multimodal analgesic regimens continues to improve; opioid analgesics are increasingly taking on the role of 'rescue analgesics' for acute pain after day-case surgery. The use of multimodal analgesia is rapidly becoming the 'standard of care' for preventing pain after ambulatory procedures at most surgery centers throughout the world.

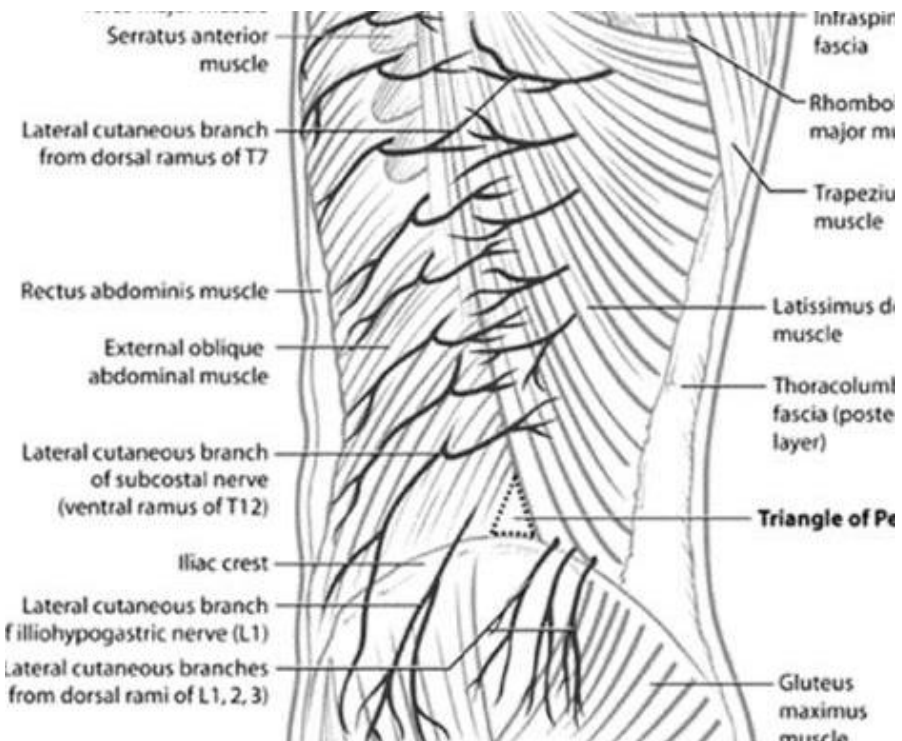
Summary

The article discusses recent evidence from the peer-reviewed literature regarding the role of local anesthetics, NSAIDs, gabapentinoids, and acetaminophen, as well as alpha-2 agonists, ketamine, esmolol, and nonpharmacologic approaches (e.g., transcutaneous electrical stimulation) as parts of multimodal pain management strategies in day-case surgery.

Keywords

ambulatory surgery, multimodal analgesia, nonopioid analgesics, nonpharmacologic analgesic therapies, opioid analgesics, postoperative (acute) pain management, recovery

ТАР - блок



Блокаду можно проводить как по анатомическим ориентирам, так и при помощи ультразвука

Цель — введение местного анестетика в фасциальное пространство между внутренней косой и поперечной мышцами живота может быть применен хирургом во время операции изнутри брюшной полости.

Эффективен в первые 24-48 ч. в колоректальной хирургии, урологии, гистерэктомии, холецистэктомии, кесарева сечения, бариатрической хирургии.

Может сокращать длительность госпитализации.

(КПА) Контролируемая пациентом анальгезия

- Используется программируемый насос, позволяющий пациенту самостоятельно вводить внутривенно, эпидурально и т.п. анальгетик, местный анестетик
- Впервые описана в 1968 году
- В 82% положительно оценивается пациентами
- Стандартное обезболивание не более 50% пациентов оценивают положительно
- КПА не сопровождается повышением частоты нежелательных явлений

ЧТО НЕОБХОДИМО НАМ ЗНАТЬ?

Основные составляющие КПА:

- Болюс (дозировка мг; объем мл; скорость введения мл/час)
- Постоянная инфузия
- Локаут



Основные принципы проведения КПА:

- Правильный опиоид и его доза
- Точность в документации
- Тщательное программирование аппарата кпа
- Документальное отражение интенсивности боли в динамике
- Достижение адекватной анальгезии и контроль за ее сохранением
- Мониторинг степени седации
- Контроль за нарушениями дыхания, контроль сатурации и ЧСС
- Контроль хороших и «глухих» попыток нажатия
- Регистрация общей дозы полученного опиоида

Предоперационное обучение

- Перед операцией анестезиолог должен обсудить КПА с пациентом
- Хорошо, если медсестра может объяснить основные принципы проведения КПА пациенту
- Необходимо создать наглядное пособие (памятку)



ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница № 1», отдел по контролю качества

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Приморская краевая клиническая больница №1»	Стандартная операционная процедура	Подразделения: ОАР (оперблок), ОРИТ, ОРИТ РСЦ, родильные отделения
НАЗВАНИЕ: Постановка эпидурального катетера (ЭК)		
На 4-х листах Редакция № 1	Разработчик: Новиков А.Ю. Самохина А.А.	«Утверждено» Главный врач А.В. Попов « 05 » 12 2012

Цель внедрения: стандартизация процедуры постановки эпидурального катетера (ЭК)

Срок: при постановке ЭК.

Ответственность: специалисты, имеющие высшее медицинское образование, сертификат специалиста «анестезиология и реаниматология»

Ожидаемый результат: снижение случаев неправильной постановки ЭК, а также снижение частоты инфекционных осложнений.

Нормативная документация:

- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»;
- СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»;
- Клинические рекомендации (протокол лечения) «Нейроаксиальные методы обезболивания родов» 2018;
- Инструкция по применению «Набор для эпидуральной анестезии (18G×80 / 0,8×900) по ТУ 9437-001-81442642-201»;
- Горобец Е.С. Инструкция по применению метода продленной послеоперационной эпидуральной анальгезии в хирургических отделениях НИИКО//Регионарная анестезия и лечение боли. – 2012. - том VI. №2. - С.67-71;
- Проценко Д.Н., Ямщиков О.Н., Марченко А.П., Емельянов С.А., Марченко Р.А., Колобова Е.А. Комбинированная двухуровневая спинально-эпидуральная анестезия с фиксацией эпидурального катетера в подкожном канале с использованием модифицированной спинномозговой иглы. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2022; 1(2):264-273;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Приморская краевая клиническая больница №1»	Стандартная операционная процедура	Подразделения: ОТО, ПХО, ХО1, ХО2, УО, ОРИТ, ОРИТ РСЦ, родильные отделения
НАЗВАНИЕ: Наблюдение за эпидуральным катетером (ЭК)		
На 4-х листах Редакция № 1	Разработчик: Новиков А.Ю. Самохина А.А.	«Утверждено» Главный врач А.В. Попов « 05 » 12 2012

Цель внедрения: стандартизация процедуры наблюдения за ЭК.

Срок: на весь период установки эпидурального катетера.

Ответственность: специалисты, имеющие сертификат «сестринское дело», «акушерское дело», «анестезиология и реаниматология»; лица с неоконченным высшим образованием, имеющие справку об обучении в образовательной организации и «выписку из протокола заседания экзаменационной комиссии. Специалисты, имеющие высшее медицинское образование, сертификат специалиста «анестезиология и реаниматология», лечащий врач.

Ожидаемый результат: снижение случаев катетер ассоциированных инфекций, гематом эпидурального пространства, миграции и обрыва катетера.

Нормативная документация:

- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»;
- СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»;
- Клинические рекомендации (протокол лечения) «Нейроаксиальные методы обезболивания родов» 2018;
- Инструкция по применению «Набор для эпидуральной анестезии (18G×80 / 0,8×900) по ТУ 9437-001-81442642-201»;
- Инфузионная помпа DOSI-FUSER, инструкция по применению.
- Горобец Е.С. Инструкция по применению метода продленной послеоперационной эпидуральной анальгезии в хирургических отделениях НИИКО//Регионарная анестезия и лечение боли. - 2012. - том VI. №2. - С.67-71;



Контрольный лист безопасности хирургического вмешательства

ФИО пациента:

Возраст:

ИБ:

Дата:

Время начала операции:



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«ПРИМОРСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1»
ПЕРЕВОДНОЙ ЛИСТ

До начала анестезии:	До рассечения кожи:	До того, как пациент покинет операционную:
Анестезиолог в присутствии медсестры анестезиста, операционной м/с:	В присутствии операционной м/с, анестезиолога и хирурга	В присутствии операционной м/с, хирурга и анестезиолога
Подтверждена личность пациента, место операции, процедура и согласие <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Есть согласие «без согласия»	Подтверждено: ФИО пациента, запланированная операция (процедура), область операции, укладка больного, документация в наличии <input type="checkbox"/> Да	Чек-лист по обеспечению хирургической безопасности операционной сестры заполнен <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Проведена маркировка места операции <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	Проводилась ли антибиотикопрофилактика за последние 30-60 мин? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не показано	Кровопотеря: _____ мл
Проведена проверка анестезиологического оборудования: <input type="checkbox"/> Да		
Проведена проверка лекарственных средств для анестезии <input type="checkbox"/> Да	Ожидаемые критические события с точки зрения хирурга: <input type="checkbox"/> Объем операции <input type="checkbox"/> Длительность операции <input type="checkbox"/> Кровопотеря	Аварийные ситуации, связанные с риском заражения <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, ФИО сотрудника: _____
У пациента имеется: Известная аллергия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	С точки зрения анестезиолога: <input type="checkbox"/> План операции <input type="checkbox"/> Риск кровопотери <input type="checkbox"/> Риск гипотермии <input type="checkbox"/> Риск ТЭЛА	Первичная обработка раны <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Проблемы дыхательных путей или риск аспирации <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, и имеется оборудование/необходимая помощь	Периферический катетер: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Центральный венозный катетер: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Мочевой катетер: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Эпидуральный катетер: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проблемы маршрутизации, реабилитации и ведения пациента <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, инструкции даны
Риск кровопотери > 500 мл <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, компоненты крови в наличии, обеспечен венозный доступ		
Операционная сестра готова к началу операции: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечение визуализации необходимых изображений <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	

Чек-листы
(контрольные карты)
являются
КОГНИТИВНЫМИ
вспомогательными
средствами, которые
снижают
послеоперационные
осложнения и
улучшают
хирургические
результаты.

С Ситуация	Откуда:		Дата:			
	Куда:		Время:			
П Предпосылка	Ф.И.О. передающего сотрудника:		Подпись:			
	Ф.И.О. принимающего сотрудника:					
	Ф.И.О. пациента:		Дата рождения:			
	Номер истории болезни:		Наличие идентификационного браслета <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
О Оценка	Диагноз:		Операция:			
	Витальные показатели:	t	АД	ЧСС	ЧД	SpO2
	Кислородная поддержка:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Количество кислорода:	FiO2	_____ л/мин
	Дыхание:	<input type="checkbox"/> Самостоятельно <input type="checkbox"/> ИВЛ <input type="checkbox"/> Трахеостома				
	Сознание:	<input type="checkbox"/> Ясное <input type="checkbox"/> Угнетенное (Оглушение / Сopor / Кома I II III)				
	Гемодинамика:	<input type="checkbox"/> Стабильная <input type="checkbox"/> Нестабильная				
	Венозный доступ:	<input type="checkbox"/> Центральный венозный катетер		<input type="checkbox"/> Периферический венозный катетер		
	Инфузия:	(Препарат / доза)				
	Обезболивание:	Наименование препарата	Доза	Время		
	Дренажи / катетеры:	<input type="checkbox"/> Перизидуральный катетер <input type="checkbox"/> Дренаж (указать место): <input type="checkbox"/> Мочевой катетер <input type="checkbox"/> Колостома				
Состояние повязок:	Повязка (указать место) и состояние:					
Пролежни:	<input type="checkbox"/> ДА	Оценка по шкале Ватерлоу	Место / стадия пролежней (при наличии):			
	<input type="checkbox"/> НЕТ					
Риск падений:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Оценка по шкале Морсе				
Передвижение пациента:	<input type="checkbox"/> Лежа	<input type="checkbox"/> Сидя	<input type="checkbox"/> Самостоятельно			
Диета:	<input type="checkbox"/> Голод	<input type="checkbox"/> Стол №	Ограничение потребления жидкости _____ мл / 24 ч			
	<input type="checkbox"/> Зонд					
Р Рекомендация	Дальнейшие рекомендации (обследования, лечение и пр.):					

Анестезиолог: _____

М/с анестезист: _____

Хирург: _____

Хирург ассистент: _____

ВЫВОДЫ

- Лечение послеоперационной боли это в первую очередь менеджмент
- Лечение послеоперационной боли в большей степени зависит от знаний и искусства конкретного врача, но и здесь эффективность его работы непосредственно зависит от организации всего процесса
- Только путем комбинации хорошо налаженной рутинной работы, постоянного обучения и просвещения персонала и пациентов можно добиться изменения образа мышления, в результате чего, лечение «без боли» станет не только желаемым, но и возможным

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

