



DOI: 10.31636/pmjua.v5i1.1

Досвід застосування мультимодального знеболення пацієнтів у періопераційному періоді у медичному центрі "Garvis™"

Березницький В. Я., Залигіна Є. В., Скубицька Н. І.

Медичний центр "Garvis™", м. Дніпро

Актуальність. На сьогодні не існує "золотого стандарту" для лікування післяопераційного болю. Від вираженого больового синдрому, за статистикою, продовжують страждати від 30 до 75% пацієнтів хірургічних відділень.

Мета. Оцінити практичну значимість і якість післяопераційного знеболювання шляхом використання вдосконалених методик стандартної операційної процедури

Матеріал і методи. Оцінка показників ефективності, безпеки та фармакоекономічної доцільності проводилася згідно зі стандартною операційною процедурою (СОП УП.01-03).

Результати й обговорення. У медичному центрі "Garvis™" впроваджено мультимодальний підхід у терапії болю, в основі якого лежить застосування парацетамолу (Інфулган). Даний препарат характеризується найкращим співвідношенням "ціна – якість".

Ключові слова: знеболення, парацетамол, інфулган, періопераційний період

Актуальність проблеми. Незважаючи на достатню кількість препаратів і методів знеболення, які має сучасний лікар, єдиного засобу – "золотого стандарту" – для лікування післяопераційного болю поки що не існує. Від значного больового синдрому, за статистикою, продовжують страждати від 30 до 75% пацієнтів хірургічних відділень [1–3].

У зв'язку з цим, з року в рік Міжнародна асоціація з питань дослідження болю (IASP) та Європейська федерація болю (EFIC) піднімають і обговорюють питання раціональної та безпечної періопераційної анальгезії, таким чином актуалізуючи велику кількість клінічних досліджень у цій галузі.

Основною метою використання знеболюючих препаратів є підвищення якості життя за рахунок створення психологічного комфорту, скорочення строків

післяопераційної реабілітації та, як наслідок, зниження тривалості госпіталізації. Найчастіше від якості періопераційного знеболення залежить як частота ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, так і частота розвитку хронічного болю.

На даний час є достатня кількість рекомендацій щодо післяопераційного знеболення в умовах відділення інтенсивної терапії (BIT), але в той же час у хірургічних відділеннях справа йде значно складніше у зв'язку з виникненням законодавчо-організаційних труднощів, труднощів із забезпеченням необхідними препаратами предметно-кількісного обігу, недостатньою підготовкою та інформуванням лікарів і середнього медперсоналу в питаннях знеболення.

Мета дослідження: визначити практичну значимість і якість післяопераційного знеболення, сфор-

мованої стандартної операційної процедури шляхом використання вдосконалених методик, медикаментів та стандартизованих принципів анальгезії у оперованих хворих.

Матеріал та методи дослідження. Знеболення оперованих хворих є на різних етапах лікування однією з проблем надання якісної медичної допомоги. На сьогодні основними засадами знеболення є мультимодальний підхід з максимальною відмовою від застосування опіоїдних препаратів. Базовим препаратом мультимодального знеболення є парацетамол – препарат з високим рівнем безпеки. Доповнення НПЗП до парацетамолу дає змогу нівелювати їх негативний вплив на організм пацієнта і знижує частоту деяких побічних ефектів НПЗП. Достатній знеболювальний ефект парацетамолу дозволяє зменшити дозу сильних опіоїдів (у нашій клініці – промедол).

У медичному центрі “Гарвіс™” щорічно виконується до 3 600 операцій і процедур, які потребують знеболення. Особливістю медичного центру є різноспрямованість хірургічних напрямків, інтенсивна робота і короткостроковість перебування пацієнтів у стаціонарі, що на сьогодні можна віднести до передової хірургії. Середнє перебування пацієнта в стаціонарі становить 1,74–2,1 доби. У медичному центрі виконуються операції по 13 хірургічних напрямках, до яких відносяться абдомінальна хірургія, проктологія, бариатрична хірургія, гінекологія, урологія, ортопедія і травматологія, хірургія кисті, оториноларингологія, хірургія молочних і грудних залоз (у тому числі й реконструктивні операції), пластична хірургія, спінальна нейрохірургія, ендокринна та онкохірургія.

З урахуванням характеру захворювання, обсягу запланованої операції та супутньої патології, для кожного пацієнта медичного центру “Garvis™” підбирається індивідуальне знеболення, яке забезпечує безпеку хірургічного втручання, якісний післяопераційний догляд і короткий реабілітаційний період. Дана концепція реалізується за рахунок стандартизації методів оцінки і контролю болю. Оцінка і контроль болю у пацієнтів рутинно починається в доопераційному періоді при первинному огляді анестезіолога і хірурга. Система навчання охоплює роботу як з пацієнтом, так і з його родичами.

На даний час розроблено і впроваджено в щоденну рутинну практику медичного центру “Garvis™” стандартну операційну процедуру (СОП УП.01-03), в основі якої лежить Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги “Контроль періопераційного болю” МОЗ України, а також міжнародні рекомендації профільних асоціацій [1, 4–6], впроваджено формулярну систему використання лікарських препаратів (ЛП) та сформовано робочий асортимент лікарських засобів з урахуванням показників ефективності (біодоступності та

біоеквівалентності), а також аналізом фармакоеконімічної складової.

Робочим асортиментом охоплено наступні групи ЛП, доцільність застосування яких зумовлена потребами й особливостями лікувального закладу та підтверджена даними доказової медицини:

1. Ненаркотичні анальгетики – парацетамол.
2. НПЗП – пероральні (німесулід, ібупрофен), ін’єкційні (декскетопрофен, диклофенак, метамізол, мелоксикам, кеторолак), ректальні (диклофенак), інші ненаркотичні анальгетики (нефопам).
3. Опіоїди – ін’єкційні (промедол, фентаніл), малі опіоїди – пероральні (трамадол) та ін’єкційні (налбуфін).
4. Місцеві анестетики (ропівакаїн, бупівакаїн, лідокаїн) для регіонарної блокади, подовженої епідуральної анестезії.
5. Габапентиноїди (переважно неогабін).
6. Ад’юванти (кетамін).

Контроль і облік болю, а також призначення адекватної знеболювальної терапії проводяться за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) і заносяться в інформаційну госпітальну систему MedDok, що працює в медичному центрі.

Опис процесу може бути надано у вигляді алгоритму:

1. Ідентифікація болю:
 - Під час первинної оцінки стану кожного пацієнта клініки лікар проводить ідентифікацію та оцінку болю. Інформація вноситься в медичну карту пацієнта (стаціонарну чи амбулаторну).
 - При надходженні пацієнта в стаціонар медична сестра зі слів хворого оцінює наявність та інтенсивність болю. Інформація вноситься в “Лист фізіологічних показників пацієнта”.
2. Оцінка болю:
 - За наявності болю проводиться детальна оцінка (локалізація, поширення, тип і характер болю, тривалість, інтенсивність, фактори, які призводять до збільшення чи зменшення болю).
 - Оцінка та переоцінка болю проводиться згідно з прийнятими шкалами.
3. Візуально-аналогова шкала (ВАШ) для дорослих та дітей.
4. BPS для пацієнтів без свідомості чи з порушеною свідомістю.
 - Оцінка та переоцінка болю проводиться згідно з прийнятим алгоритмом:
 - до операції оцінка болю проводиться кожні 12 годин;
 - після операції:
 - кожні 30 хвилин протягом перших 2 годин;
 - кожну годину протягом наступних 4 годин;

- кожні 4 години протягом наступних 24 годин після операції;
 - у подальшому кожні 12 годин;
 - при виникненні або посиленні болю (ВАШ \geq 4 бали) проводиться повторна оцінка через 30 хвилин після знеболення; метою є досягнення рівня болю за ВАШ $<$ 4 балів.
5. Якщо внесені зміни в знеболюючу терапію неефективні (зберігається рівень болю за ВАШ \geq 4 балів) або оцінка болю за ВАШ \geq 8 балів, пацієнт має бути оглянутий анестезіологом.
6. Контроль болю:
- Перед проведенням операції, процедури або інвазивної маніпуляції лікар інформує пацієнта про ймовірність розвитку больового синдрому, засоби його купірування.
 - Якщо операція, процедура або маніпуляція виконуються під наркозом, лікар-анестезіолог інформує пацієнта про можливі варіанти купірування болю.
 - Знеболення в клініці проводиться згідно з затвердженими медичними протоколами (табл. 1).
 - Медична сестра проводить знеболення згідно з листком призначень. У разі відсутності в ньому знеболюючих лікарських засобів – проінформувати лікуючого лікаря або анестезіолога ПІТ, чергового лікаря.
 - Медична сестра проводить навчання з управління болем із пацієнтом (при необхідності – і з його родичами) згідно з розробленим планом.
 - При виписці лікар інформує пацієнта (при необхідності – і його родичів) про засоби купірування болю; надає список рекомендованих лікарських засобів та схему прийому, описану у виписному епікрізі.
7. Освіта і навчання:
- Підготовка та навчання персоналу:
 - підготовка та навчання персоналу управління болем проводиться згідно з загальним планом навчання, який включає в себе такі обов'язкові програми:
 - орієнтація нових співробітників у процедурах клініки з оцінки та лікування болю;
 - навчання персоналу використанню інструментів оцінки болю; поведінки, яка потенційно вказує на біль; особистих, культурних, духовних і/або етнічних переконань, які можуть вплинути на сприйняття болю пацієнтом; вікові зміни у сприйнятті болю;
 - у первинну орієнтацію і безупинне навчання всіх співробітників, які беруть участь у процесах управління болем, включено елементи оцінки болю, його моніторингу та управління;

- розробкою плану займається комітет з догляду за пацієнтом. За протребую проводиться перегляд плану;
- реалізація плану документується і відображає відвідуваність кожної програми.
- Навчання пацієнта та його родичів:
 - програма навчання включає в себе пояснення причин болю, методів оцінки, варіантів і цілей лікування, застосування анальгетиків і немедикаментозних методів лікування;
 - програма навчання регулярно аналізується і покращується згідно з принципами підвищення якості;
 - спеціальне навчання проводиться персоналом до операції, процедури або інвазивної маніпуляції. Інформація вноситься в план догляду за пацієнтом.

Ключовим показником є повторна оцінка болю після епізоду болю за ВАШ 4 бали і більше у 30-хвилинний період з моменту знеболювання (цільове значення – не менше 95%). Вважається, що наявність болю більше 4–5 балів за ВАШ у спокої вказує на недостатнє післяопераційне знеболення. Кілька клінічних досліджень, проведених у США і Західній Європі, виявили, що приблизно у 25–45% усіх пацієнтів відзначалося недостатнє знеболення (ВАШ $>$ 4–5 балів) у ранньому післяопераційному періоді [7]. У медичному центрі “Garvis™” з моменту використання мультимодального підходу періопераційного знеболення пацієнтів вдалося досягти значних результатів: при малих оперативних втручаннях рівень ВАШ $<$ 4 балів було досягнуто у понад 95% пацієнтів за останніх 4 місяці 2019 року. При операціях з передбачувано високим рівнем післяопераційного болю рівень ВАШ $<$ 4 балів було досягнуто у 87,6%; рівень болю за ВАШ 4–7 балів – 12,5%; пацієнтів з рівнем болю за ВАШ $>$ 7 балів не спостерігалось (табл. 2).

Особливістю медичного центру “Garvis™” є концепція “хірургії одного дня”. Виходячи з цього, основна маса пацієнтів надходить у клініку в день операції. В операційній до початку оперативного втручання (до розрізу), з метою попереджувальної аналгезії вводять знеболюючі препарати з урахуванням індивідуальної переносимості їх пацієнтом. Час введення парацетамолу залежить від тривалості оперативного втручання. При оперативних втручаннях до 1 години, парацетамол вводиться в операційній до розрізу, при оперативних втручаннях понад 1 годину – парацетамол вводиться за 30–40 хвилин до закінчення оперативного втручання.

У післяопераційному періоді знеболення проводиться відповідно до виду оперативного втручання і тяжкості перенесеної операції, з урахуванням оцінки

Таблиця 1. Схема періопераційного знеболення у ТОВ “Ендотехномед” медичного центру “Garvis”

Оцінка за ВАШ	Схема знеболення
	До операції
1–3 бали	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) за 30 хв до втручання + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин</p> <p>+/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
4–7 балів	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) за 30 хв до втручання + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин</p> <p>Малі опіоїди: Налбуфін 10 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно) кожні 6–8 годин АБО Трамадол 50–100 мг (перорально) кожні 6 годин</p> <p>+/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
8–10 балів	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) за 30 хв до втручання + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин</p> <p>Малі опіоїди: Налбуфін 10 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно) кожні 6–8 годин АБО Трамадол 50–100 мг (перорально) кожні 6 годин</p> <p>Сильні опіоїди: Промедол 10–20 мг (внутрішньом'язово) кожні 4 години</p> <p>+/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>

Оцінка за ВАШ	Схема знеболення
Під час операції:	
Загальне знеболення:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Багатокомпонентна тотальна внутрішньовенна анестезія з штучною вентиляцією легень. 2. Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія зі збереженим спонтанним диханням. 3. Інгаляційна анестезія (Севоран) зі штучною вентиляцією легень. 	
Регіонарне знеболення:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Спинальна анестезія (СА). 2. Епідуральна анестезія (ЕПА). 3. Блокада нервових сплетень (провідникова). 4. Інфільтраційна (місцева анестезія: Бупівакаїн, Артикаїн, Лідокаїн, Ропівакаїн). 5. Комбінована СМА + ЕПА. 	
Поєднане знеболення:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. БТВА з ШВЛ + ЕПА. 2. Інгаляційна (Севоран) із ШВЛ + ЕПА. 3. БТВА з ШВЛ + плексусна блокада. 4. Інгаляційна (Севоран) із ШВЛ + плексусна блокада. 	
0 доба (24 години після операції)	
1–3 бали	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) кожні 6 год + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин +/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
4–7 балів	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) кожні 6 год + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Малі опіоїди: Налбуфін 10 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно) кожні 6–8 годин АБО Трамадол 50–100 мг (перорально) кожні 6 годин Регіонарне знеболення: Епідурально болюсно Ропівакаїн 0,2 % АБО Бупівакаїн 0,125–0,25 % – 8–10 мл кожні 3–4 години Епідурально постійна інфузія Ропівакаїн 0,2 % АБО Бупівакаїн 0,125–0,25 % 6–12 мл/год +/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин</p>

Оцінка за ВАШ	Схема знеболення
	<p>АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
8–10 балів	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) кожні 6 год + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Малі опіоїди: Налбуфін 10 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно) кожні 6–8 годин АБО Трамадол 50–100 мг (перорально) кожні 6 годин Сильні опіоїди: Промедол 10–20 мг (внутрішньом'язово) кожні 4 години Регіонарне знеболення: Епідурально болюсно Ропівакаїн 0,2 % АБО Бупівакаїн 0,125–0,25 % – 8–10 мл кожні 3–4 години Епідурально постійна інфузія Ропівакаїн 0,2 % АБО Бупівакаїн 0,125–0,25 % 6–12 мл/год +/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
1-ша та наступні доби після операції	
1–3 бали	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) кожні 6 год + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин +/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
4–7 балів	<p>Ненаркотичні аналгетики: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) кожні 6 год + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин</p>

Оцінка за ВАШ	Схема знеболення
8–10 балів	<p>Малі опіоїди: Налбуфін 10 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно) кожні 6–8 годин АБО Трамадол 50–100 мг (перорально) кожні 6 годин</p> <p>Регіонарне знеболення: Епідурально болюсно Ропівакаїн 0,2% АБО Бупівакаїн 0,125–0,25% – 8–10 мл кожні 3–4 години Епідурально постійна інфузія Ропівакаїн 0,2% АБО Бупівакаїн 0,125–0,25% 6–12 мл/год</p> <p>+/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин</p> <p>Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>
	<p>Ненаркотичні анагетичні: Парацетамол 1 000 мг (внутрішньовенно) кожні 6 год + НПЗП: Декскетопрофен 50 мг (внутрішньовенно) кожні 8–12 годин</p> <p>Малі опіоїди: Налбуфін 10 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно) кожні 6–8 годин АБО Трамадол 50–100 мг (перорально) кожні 6 годин</p> <p>Сильні опіоїди: Промедол 10–20 мг (внутрішньом'язово) кожні 4 години</p> <p>Регіонарне знеболення: Епідурально болюсно Ропівакаїн 0,2% АБО Бупівакаїн 0,125–0,25% – 8–10 мл кожні 3–4 години Епідурально постійна інфузія Ропівакаїн 0,2% АБО Бупівакаїн 0,125–0,25% 6–12 мл/год</p> <p>+/- ад'ювант: НПЗП: Диклофенак 50–75 мг (перорально, ректально, внутрішньовенно) кожні 8–12 годин АБО Ібупрофен 400 мг (перорально) кожні 6 годин АБО Німесулід 100 мг (перорально) кожні 12 годин</p> <p>Протиепілептичні препарати: Прегабалін 75 мг (перорально) 2 рази на добу</p>

Таблиця 2. Кількісне співвідношення пацієнтів з різним рівнем болю у медичному центрі “Garvis™” за вересень – грудень 2019 року

Напрямок	ВАШ < 4 балів	ВАШ 4–7 балів	ВАШ > 7 балів
Гінекологія	88,36	11,64	0
Загальна хірургія	86,48	13,52	0
Проктологія	84,1	15,9	0
Травматологія	88,88	11,12	0
Урологія	89,93	10,07	0
Середнє значення	87,55	12,45	0

пацієнтом болю за ВАШ. Схеми призначення знеболюючих препаратів з кратністю запровадження додаткових хвилин за часом наведені вище.

Габапентиноїди часто застосовують у пацієнтів з початково тривалим хронічним больовим синдромом: травматологічні пацієнти з деформуючим остеоартрозом (тотальне ендопротезування колінного суглоба, кульшового суглоба), пацієнти з хронічним ішемічним болем нижніх кінцівок (операції на черевному відділі аорти й клубових артеріях). Препарат призначається напередодні операції і вводиться протягом 2–3 днів після операції.

Продовжена епідуральна аналгезія застосовується у пацієнтів з наступними оперативними втручаннями:

- тотальне ендопротезування колінного суглоба;
- лапароскопічна або лапаротомічна геміколектомія, низька передня резекція прямої та сигмоподібної кишок;
- операції на черевному відділі аорти й клубових судинах;
- контактна літотрипсія з нефростомією;
- вагінальна ампутація матки, кольпорафія.

У більш пізньому післяопераційному періоді знеболювання забезпечується якомога ранішим переходом на пероральний прийом НПЗЗ.

Обговорення результатів

У медичному центрі “Garvis™” впроваджено мультимодальний підхід у терапії болю, в основі якого на кожному етапі лежить застосування добре вивченого і найбільш безпечного препарату – парацетамолу (Інфулган), який характеризується найкращим співвідношенням “ефективність – безпека”.

Парацетамол блокує циклооксигеназу (ЦОГ) I і II тільки в центральній нервовій системі, впливаючи на центри болю і терморегуляції. Відсутність впливу на синтез простагландинів у периферичних тканинах зумовлює відсутність у препарату негативного впливу на водно-сольовий

обмін (затримка натрію і води) і слизову травного тракту. Парацетамол, введений внутрішньовенно передопераційно та інтраопераційно, знижує споживання опіоїдів та зменшує післяопераційну нудоту і блювання.

Висновки

1. Мультимодальний підхід у терапії післяопераційного болю на даний момент є найраціональнішим в умовах відділень хірургічного профілю.
2. Парацетамол є базовим компонентом безпечного й ефективного мультимодального підходу, що дозволяє знизити споживання опіоїдних і ненаркотичних системних анальгетиків, мінімізує ризики розвитку післяопераційної нудоти, блювоти, свербіжжю, затримки сечовипускання та інших небажаних явищ, тим самим забезпечуючи сприятливі умови для ранньої активізації пацієнтів.
3. Досвід застосування мультимодального підходу до терапії післяопераційного болю в нашій клініці дозволив знизити споживання промедолу майже в 3 рази (рис. 1).

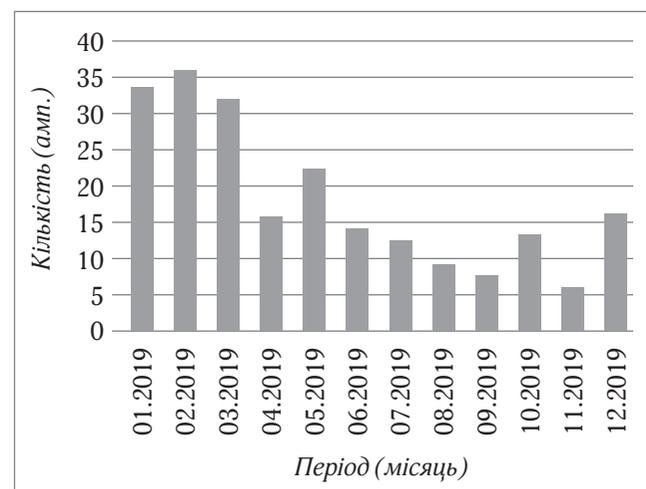


Рис. 1. Обсяг споживання промедолу 20 мг/мл 1 мл у медичному центрі “Garvis™” за 2019 рік

4. Вдалося домогтися значних результатів у періопераційному знеболенні: при малих оперативних втручаннях рівень болю за ВАШ < 4 балів було досягнуто у понад 95 % пацієнтів. При операціях з передбачувано високим рівнем післяопераційного болю – рівень ВАШ < 4 балів було досягнуто у 87,6 %, з рівнем болю за ВАШ 4–7 балів – 12,5 %; пацієнтів з рівнем болю за ВАШ > 7 балів не спостерігалося. Такий результат дозволяє вирішити проблему хронізації болю у пацієнтів.

References

1. Electronic document “Control of perioperative pain”. 2016.
2. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.02.2009 № 102/18 “Continuation of methodical recommendations” Unified method with mailing of medical standards, medical standards, unified official protocols of medical care, local protocols of medical care (appropriate appropriate routes) on the basis of evidence-based medicine, which is”.
3. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 03.11.2009 № 795/75 “Continuation of methodical recommendations” Unified methodology with developed boxes of other institutions, medical standards, unified official protocols of medical services, local protocols of medical services (official routes belong) on the basis of evidence friend-physician”.
4. Ovechkin AM. Postoperative pain: the state of the problem and current trends in postoperative pain management [Posleoperatsionnaya bol': sostoyaniye problemy i sovremennyye tendentsii posleoperatsionnogo obezbolivaniya]. Regionarnaya anesteziya i lecheniye ostroy boli. 2015;9(2): 29–39. [In Russian]
5. “Pain Management Guideline” Best Practice Committee of the Health Care Association of New Jersey, 2017.
6. Recommendations for Wait-Times for Treatment of Pain, IASP Avaliabe from: https://www.iasp-pain.org/files/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf
7. Zabolotsky IS, Durlshter VM, Musaev TS, Trembach NV, Makarenko VA, Skraastad E, Dybvik L, Eltaeva A, Konkaev AK, Kuklin VN. Comparative analysis of VAS and a new scale for the effectiveness and safety of postoperative pain management to predict the occurrence of pain during the early postoperative time [Srvnitel'nyy analiz VASH i novoy shkaly effektivnosti i bezopasnosti posleoperatsionnogo obezbolivaniya dlya prognozirovaniya vozniknoveniya boli v techeniye rannego posleoperatsionnogo perioda]. Regionarnaya anesteziya i lecheniye ostroy boli. 2016;10(1). [In Russian]

Опыт применения мультимодального обезболивания пациентов в периоперационном периоде в медицинском центре "Garvis™"

Березницький В. Я., Залыгина Е. В., Скубицкая Н. И.
Медицинский центр "Garvis™", г. Днепр

Актуальность. На сегодня не существует “золотого стандарта” для лечения послеоперационной боли. От выраженного болевого синдрома, по статистике, продолжают страдать от 30 до 75 % пациентов хирургических отделений.

Цель. Оценить практическую значимость и качество послеоперационного обезболивания путем использования усовершенствованных методик стандартной операционной процедуры.

Материал и методы. Оценка показателей эффективности, безопасности и фармакоэкономической целесообразности проводилась согласно стандартной операционной процедуре (СОП УП.01-03).

Результаты и обсуждение. В медицинском центре “Garvis™” внедрен мультимодальный подход в терапии боли, в основе которого лежит применение парацетамола (Инфулган). Данный препарат характеризуется лучшим соотношением “цена – качество”.

Ключевые слова: обезболивание, парацетамол, инфулган, послеоперационный период.

An experience of using multimodal analgesia in the perioperative period at the medical center "Garvis™"

Bereznytsky V. Ya., Zalygina E. V., Skubytka N. I.
Medical Center “Garvis™”, Dnipro

Abstract. There is no “gold standard” for the treatment of postoperative pain. According to statistics, from 30 to 75% of patients in the surgical departments continue to suffer from severe pain.

Objective. To assess the practical relevance and quality of postoperative pain management using advanced standard operating procedure techniques.

Material and methods. Evaluation of performance, safety and pharmacoeconomic feasibility was carried out in accordance with the standard operating procedure (SOP.01-03).

Results and discussion. The “Garvis™ Clinic” has introduced a multimodal approach to pain therapy, which is based on the use of paracetamol (infulgan). This drug is characterized by the best price-quality ratio.

Key words: analgesia, paracetamol, infulgan, post-operative period