

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНТЕНСИВНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В КЛИНИКАХ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Гапонова К. А., Хаустова С. А., Шмелев В. В.

---

**Аннотация.** В статье представлено описание результатов ретроспективного мультицентрового нерандомизированного исследования с участием студентов и ординаторов Алтайского государственного медицинского университета.

**Ключевые слова:** боль, наркотические анальгетики, оценка болевого синдрома, ненаркотические анальгетики.

**Abstract.** This article presents the results of a retrospective, multicenter, non-randomized study involving students and residents of the Altai State Medical University.

**Keywords:** pain, narcotic analgesics, pain assessment, non-narcotic analgesics.

---

**Актуальность.** Жалобы на недостаточное обезболивание – не редкость со стороны больных, при этом выбор анальгетика может быть сложен. Идеальные препараты должны обладать достаточной эффективностью и не иметь побочных эффектов. Наркотические анальгетики абсолютно не подходят под определение идеальных препаратов, вызывают сенситизацию, что приводит к неэффективному обезболиванию, обладают обширным списком опасных побочных эффектов [1, 2].

**Цель исследования:** оценить частоту применения при интенсивных болевых синдромах наркотических, ненаркотических анальгетиков, других методов обезбоживания; частоту оценки болевого синдрома и качества обезбоживания врачами и средним персоналом отделений.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное мультицентровое нерандомизированное исследование студентами и ординаторами АГМУ, работающими в медицинских учреждениях края. В исследование включены пациенты с интенсивным болевым синдромом, требующим назначения анальгетиков (кардиалгии при ОКС; острая боль в хирургии – желчнокаменная колика, почечная колика; в неврологии – вертебралгии, цефалгии; острый болевой синдром при политравме). Группа исключения: пациенты с болевыми синдромами малой и средней интенсивности; пациенты, у которых было невозможно оценить эффективность обезболивания в динамике. Все препараты назначались врачами клинических отделений, назначения выполнялись студентами (респондентами-участниками опроса). Из 290 случаев обезболивания в анализ включено 286 ситуаций (4 пациента выбыли из исследования ввиду невозможности оценить эффективность обезболивания в связи с переводом в другое отделение).

**Результаты.** Из 280 случаев обезболивания в клиниках в 151 случае применялись наркотики (морфин – 28%, промедол – 47%, фентанил – 25%). У части больных обезболивание наркотиками не было достаточным, мы отследили 121 случай, когда пациентам потребовалась комбинация препаратов, дополнительное назначение ненаркотических анальгетиков. Наиболее частыми комбинациями были: фентанил + кеторолака трометамин, морфина гидрохлорид + диклофенак, промедол + диклофенак. Комбинированная терапия боли чаще всего требовалась в условиях политравмы и в общей хирургии. В 135 случаях использовались ненаркотические анальгетики. Среди неопиоидных анальгетиков наиболее востребованными были: кеторолака трометамин – 18%, парацетамол – 13%, трамадол – 32%, диклофенак – 13%. Они составили 76% назначения обезболивания среди ненаркотических анальгетиков. В наблюдавшихся случаях не применялись методы регионарной анестезии.

Только в 5% случаев в клиниках использовались объективизирующие методы оценки боли с применением визуально-аналоговых шкал, числовых

рейтинговых шкал. Основным был дихотомический способ оценки боли: «Больно? Не больно?», «Очень больно? Вас обезболить?». При оценке боли в динамике первый осмотр врача после обезболивания в среднем проводился через 2 часа. Максимальный период повторной оценки интенсивности боли – через 6 часов. Среди оперированных больных в 100% случаев проводилось обезболивание на ночь.

**Заключение.** При болевых синдромах высокой интенсивности препаратами выбора в крае остаются наркотические анальгетики. Частоту применения опиоидов удастся уменьшить за счет применения главным образом НПВС. В перспективе качество анальгетической терапии в отделениях можно улучшить посредством внедрения стандартных шкал оценки боли и контроля времени курации больных.

#### Список литературы:

1. Бахтадзе М.А., Шевченко Э.И. Шкала оценки боли в отделении интенсивной терапии: краткое знакомство. *Российский журнал боли*. 2024; 22(1): 84-86. <https://doi.org/10.17116/pain20242201184>. – EDN VUZSFL.
2. Овечкин А.М., Яворовский А.Г. Безопиоидная аналгезия в современной хирургии – от теории к практике. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.

#### Информация об авторах:

Гапонова К. А. – студентка, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул.

Хаустова С. А. – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул.

Шмелев В. В. – д.м.н, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул.

---

Гапонова К. А., Хаустова С. А., Шмелев В. В. Современное состояние терапии интенсивного болевого синдрома в клиниках Алтайского края. *Scientist*. 2026; 1 (32): 21-23.

---