

**КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ
А.Ж. БАЯЛИЕВОЙ И СОАВТ.
«ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ
ЛЕЧЕНИИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ
СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ
КРОВОИЗЛИЯНИЙ»**

А.Ю. Лубнин



Скажу сразу, в принципе мне эта работа понравилась: и тема актуальная (о послеоперационной боли в нейрохирургии у больных после краниотомии пишут существенно меньше, чем в других разделах хирургии), и дизайн исследования адекватный. Авторы проделали большую работу, но тем не менее по ее прочтении у меня возникли три принципиальных вопроса и несколько — по мелочи. Начну с принципиальных моментов.

1. Габапентин. Работ по послеоперационному (п/о) обезболиванию в нейрохирургии с помощью габапентина и прегабалина не много, но они есть. Два года назад в журнале «Регионарная анестезия и лечение острой боли» мы опубликовали обзор по проблеме острой п/о боли в нейрохирургии [1]. И там есть раздел об этих препаратах. Суть статей, которые анализируются в этом разделе обзора, проста: препараты данной группы — даже в преэмптивном режиме (их начинали давать еще за несколько дней до операции) и даже в 2–3 раза больших дозах, чем у авторов обсуждаемой статьи, но убедительного обезболивающего эффекта достигнуть так и не удалось [2]. А в обсуждаемой работе это, получается, чуть ли не метод выбора. Мне кажется это несколько странным, учитывая и главную направленность эффекта этих препаратов — хроническая нейропатическая боль.
2. Трансдермальный фентанил. В исследованиях, проведенных в нашей клинике [3, 4], ТТС Дюрогезик Матрикс продемонстрировал самую высокую обезболивающую эффективность (оценка по ВАШ в п/о периоде была стабильно 2 балла и ниже), а он у авторов работы как-то не сработал. Мне это тоже показалось странным.
3. Регионарный скальп-блок (РСБ). В опубликованном в 2016 году, достаточно свежем, метаанализе (*Anesthesia & Analgesia*) достаточно убедительно доказано, что это метод выбора в п/о обезболивании в нейрохирургии [5]. Сейчас это уже даже никто не обсуждает, а спорят о том, достаточно ли РСБ в начале операции или его следует продублировать в конце ее. Но в рассматриваемой статье авторы даже не упомянули этот метод п/о анальгезии в обсуждении, не говоря уже о том, что в своей работе они его просто не использовали. На мой взгляд, это серьезное упущение. Теперь о частностях. Целесообразность использования трамадола в качестве препарата резерва вызывает

**COMMENT ON THE ARTICLE OF A.
ZH. BAYALIEVA ET AL. «POSTOPERATIVE
ANALGESIA IN THE SURGICAL
TREATMENT OF NON-TRAUMATIC
SUBARACHNOID HEMORRHAGE»**

A.Yu. Lubnin

определенные сомнения. Этот препарат заведомо недостаточно эффективен по своему анальгетическому потенциалу и характеризуется наличием таких серьезных недостатков, как стимуляция эпилептогенеза с возможностью развития генерализованных судорог и тошнота [1, 9]. Эти эффекты неприятны для всех больных, но для нейрохирургических в особенности (риск формирования острой п/о гематомы).

Положительная роль магния сульфата в лечении больных с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием, строго говоря, на настоящий момент не доказана [6–8]. О его обезболивающем эффекте мне также не известно.

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что проблема острой послеоперационной боли остается достаточно актуальной в нейрохирургии. Времена, когда считалось, что «голова — это кость, а кость не болит», давно прошли. Эффективно обезболить нейрохирургических больных после краниотомии следует точно так же, как и любых других хирургических больных. А пациентов с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием, может быть, даже в еще большей степени [10–12]. Я хотел бы поблагодарить авторов работы за то, что они озаботились этой клинически важной проблемой, и пожелать им успехов в дальнейших исследованиях по этому направлению, необходимость которых, как мне это представляется, вполне очевидна.

С уважением, А. Лубнин

ORCID автора

Лубнин А.Ю. — 0000-0003-2595-5877

Литература/References

1. Лубнин А.Ю., Имаев А.А., Соленкова А.В. Проблема острой послеоперационной боли у нейрохирургических больных. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2016; 10(4): 282–290. [Lubnin A. Yu., Imaev A. A., Solenkova A. V. Problema ostroj posleoperacionnoj boli u nejrohirurgicheskikh bol'nyh. Regionarnaja anesteziya i lechenie ostroj boli. 2016; 10(4): 282–290. (In Russ)]
2. Misra S., Parthasarathi G., Vilanilam G.C. The effect of gabapentin premedication on postoperative nausea, vomiting, and pain in patients on preoperative dexamethasone undergoing craniotomy for intracranial tumors. *J. Neurosurg. Anesth.* 2013; 25: 386–391.

3. *Имаев А.А., Долматова Е.В., Лубнин А.Ю.* Сравнительная оценка эффективности упреждающей анальгезии ксефокамом, ропивакаином и трансдермальной терапевтической системой Дюрогезик у больных после краниотомии. *Анест. и реан.* 2010; 4: 15–19. [*Imaev A.A., Dolmatova E.V., Lubnin A. Yu.* Sravnitel'naja ocenka jeffektivnosti uprezhdajushhej anal'gezii ksefokamom, ropivakainom i transdermal'noj terapevticheskoj sistemoj djurogezik u bol'nyh posle kraniotomii. *Anest. i rean.* 2010; 4:15–19. (In Russ)]
4. *Имаев А.А., Долматова Е.В., Куликов А.С., Лубнин А.Ю.* Применение трансдермальной терапевтической системы Дюрогезик для терапии острой послеоперационной боли у пациентов после краниотомии. *Регионарная анестезия и лечение острой боли.* 2015; 9(4): 32–38. [*Imaev A.A., Dolmatova E.V., Kulikov A.S., Lubnin A. Yu.* Primenenie transdermal'noj terapevticheskoj sistemy djurogezik dlja terapii ostroj posleoperacionnoj boli u pacientov posle kraniotomii. *Regionarnaja anestezija i lechenie ostroj boli.* 2015; 9(4): 32–38. (In Russ)]
5. *Guilfoyle M.R., Helmy A., Duane D., Hutchinson P.J.A.* Regional scalp block for postcraniotomy analgesia: A systematic review and meta-analysis. *Anesth. Analg.* 2013; 116: 1093–1102.
6. *Suarez J.I.* Magnesium sulfate administration in subarachnoid hemorrhage. *Neurocrit. Care.* 2011; 15: 302–307.
7. *Wong G.K., Poon W.S.* Magnesium sulphate for aneurysmal subarachnoid hemorrhage: why, how, and current controversy. *Acta Neurochir.* 2013; 115(Suppl.): 45–48.
8. *Reddy D., Fallah A., Petropoulos J.A., et al.* Prophylactic magnesium sulphate for aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Neurocrit. Care.* 2014; 21: 356–364.
9. *Vaduvolu N., Rai A.M., Tran D., et al.* Options for perioperative pain management in neurosurgery. *J. Pain Res.* 2016; 9: 37–47.
10. *De Gray L.C., Matta B.F.* Acute and chronic pain following craniotomy: a review. *Anaesthesia.* 2005; 60: 693–704.
11. *Hansen M.S., Brennum J., Moltke F.B., Dahl J.B.* Pain treatment after craniotomy: where is the (procedure specific) evidence? A qualitative systematic review. *Eur. J. Anaesth.* 2011; 28: 821–829.
12. *Talke P.O., Gelb A.W.* Postcraniotomy pain remains a real headache! *Eur. J. Anaesth.* 2005; 22: 325–327.

Поступила 14.03.2018