

В.И. Черний, д.м.н., профессор; В.Л. Коваленко, И.Е. Волченко, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Мультимодальное обезболивание с применением Ксефокама

В мире от боли ежедневно страдает более 3,5 млн человек. Из них более 80% пациентов нуждаются в обезболивании. По данным литературы, выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде отмечают от 30 до 75% пациентов. Что касается раннего послеоперационного периода, то в обезболивании нуждается практически каждый пациент. Послеоперационная аналгезия – один из важнейших компонентов в системе общей интенсивной терапии хирургического больного, создающих условия комфортности. При этом обезболивание является проявлением не только гуманного отношения к больному, но и следствием более глубокого понимания механизмов боли как мощного фактора отрицательного воздействия на основные функциональные показатели организма и возможного отягощения течения послеоперационного периода.

Вместе с тем разработка наиболее оптимальных вариантов послеоперационной аналгезии является одной из актуальных социально-экономических задач медицины. Для лечения больных с болевым синдромом в послеоперационном периоде основной группой лекарственных средств остаются наркотические аналгетики, которые, по оценке А.В. Николаева (кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ НГМА, г. Новосибирск, Россия), применяют у 60% больных. В то же время после обширных внутриполостных хирургических вмешательств для достижения адекватного обезболивания каждому третьему больному требуется введение наркотических аналгетиков в дозах, превышающих стандартно рекомендуемые (Р.Н. Лебедева, В.В. Николаев, 1998). Очевидно, что тактика увеличения дозы наркотических аналгетиков приводит к росту частоты побочных реакций: выраженной седации, угнетению дыхания, тошноте, рвоте, парезу желудочно-кишечного тракта, дисфункции желчевыводящих и мочевыводящих путей, повышению тонуса мочеточников, мочевого пузыря, что сопровождается его гиперреактивностью. В то же время сокращается висцеральный сфинктер, что при недостаточной реакции на позывы ведет к задержке мочи. Также наркотические аналгетики практически не обладают противовоспалительным действием.

Кроме того, использование наркотиков в раннем послеоперационном периоде приводит к привыканию, вплоть до наркотической зависимости, и часто вызывает синдром отмены. В последние годы ряд лекарственных препаратов, относящихся к разным лекарственным группам и ранее свободно применявшихся в лечебных учреждениях, приравнен по отчетности к наркотическим аналгетикам. В связи с этим их использование стало ограниченным в государственных лечебных учреждениях и практически недоступным в частных. Многие врачи стараются избегать применения препаратов, относящихся к наркотической группе, из-за сложности их списания. Однако в последнее время в ряде случаев появилась возможность купирования болевого синдрома и проведения анестезии без наркотических аналгетиков. Это связано с введением в медицинскую практику новых лекарственных препаратов, одним из которых является Ксефокам (лорноксикам) компании «Никомед». Ряд преимуществ, таких как мощный аналгетический эффект, длительность и быстрота действия, отсутствие требований по особым условиям хранения и отпуска, наркотического потенциала, выгодно отличает этот препарат от наркотических аналгетиков.

Ксефокам – нестероидный противовоспалительный препарат, который блокирует обе изоформы фермента циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), одновременно оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие. Препараты данной группы лишены недостатков опиоидных аналгетиков, вместе с тем им свойственны собственные побочные эффекты. Гастроинтестинальные побочные эффекты связаны с блокадой фермента ЦОГ-1, локализованного в клетках слизистой оболочки желудка, в результате чего снижается синтез простагландинов E₂ и I₂, что обуславливает возникновение эрозий, язв, кровотечений. Кроме того, угнетение ЦОГ-1 в тромбоцитах приводит к уменьшению

синтеза тромбосана A₂ и, соответственно, к снижению агрегации тромбоцитов, являясь фактором, повышающим риск кровотечений, что особенно опасно для больных, подвергшихся оперативным вмешательствам.

В последние годы в медицинской литературе широко обсуждается вопрос сочетанного применения эпидуральной (спинальной) анестезии и эндотрахеального наркоза с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Метод, предложенный в начале XX века Джорджем Крайлем, переживает ренессанс в связи с более высоким качеством операционного обезболивания и меньшим числом послеоперационных осложнений. Наш метод наркотикнезависимой анестезии заключается в широком применении комбинаций с Ксефокамом.

Материал и методы

В 2005 г. был проведен анализ предоперационной подготовки, интраоперационного ведения и послеоперационных результатов лечения 895 больных, оперированных в отделении урологии УНЛК ДНМУ, в том числе 585 мужчин и 310 женщин в возрасте от 17 до 89 лет (311 из которых лечились в палатах интенсивной терапии урологического отделения).

Пациентам провели следующие операции: нефрэктомии из различного доступа (49); на почке и мочеточниках, связанные с нефролитиазом (152); операции на почке, связанные с опухолью (27); цистэктомии, резекции мочевого пузыря и прочие на мочевом пузыре (112); контактные литотрипсии мочевыводящих путей (303); на предстательной железе, в том числе трансуретральные резекции (187); прочие (67).

В зависимости от методики проведения анестезии анализировали две группы больных. В 1-ю группу вошли 304 человека, анестезия которых была проведена без использования препаратов наркотической группы, 2-ю группу составил 591 человек, для анестезии которых применяли препараты наркотической группы.

Под наркотической группой понимают препараты, относящиеся согласно приказу № 356 МЗ Украины к наркотическим, психотропным средствам или прекурсорам.

В 1-й группе наркотикнезависимая анестезия выполнялась в виде тотальной внутривенной анестезии, тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ, эпидуральной анестезии, спинальной (субарахноидальной) анестезии, а также различных их комбинаций. Ингаляционная анестезия (за исключением закиси азота) не использовалась. Внутривенную наркотикнезависимую анестезию проводили по следующей методике:

- в премедикацию, как правило, включали атропин;
- гипнотический эффект достигался с помощью тиопентала натрия или пропофола в основном на фоне закиси азота;
- основу интраоперационного обезболивания составляли: Ксефокам и буторфанол тартрат, периодически в комбинации с кеторолаком;
- вегетативная защита осуществлялась препаратами ненаркотической группы, такими как дроперидол, галоперидол и др.;
- также использовались мышечные релаксанты (суксаметония йодид, пипекурония бромид и др.);

- при травматичных операциях проводилась спинальная или высокая эпидуральная анестезия (при показаниях с катеризацией эпидурального пространства).

Во 2-й группе все вышеописанные виды анестезии и их комбинации проводились с использованием препаратов наркотической группы, таких как морфин, омнопон, фентанил, кетамин, диазепам, натрия оксibuтират и др.

Адекватность анестезии оценивали по показателям гемодинамики и пульсоксиметрии в интраоперационном и послеоперационном периоде, а также по выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Была проведена сравнительная оценка осложнений послеоперационного периода у 514 больных за первое полугодие 2005 г. (при использовании стандартной анестезии) и у 404 пациентов за аналогичный период 2006 г., когда в отделении урологии УНЛК ДНМУ применялась исключительно наркотикнезависимая анестезия.

Анализировали предоперационный статус пациентов, послеоперационные осложнения и летальность.

Результаты исследования и их обсуждение

Под наркотикнезависимой анестезией подразумевают любую анестезию или комбинацию различных видов анестезий без препаратов наркотической группы.

Малопродолжительные и малотравматичные операции проводились под внутривенной анестезией с интраоперационным обезболиванием Ксефокамом (в ряде случаев парексиксом) или/и буторфанол тартратом. Более травматичные и продолжительные операции проводились при сочетании внутривенной анестезии с ИВЛ. Индукцию в наркоз начинали с введения 8 мг Ксефокама, 2 мг буторфанол тартрат, 2,5-5 мг дроперидола. Затем проводилась прекураризация (1 мг пипекурония бромид) и вводился 1% раствор тиопентала натрия в дозе 5-6 мг/кг. Интубация трахеи осуществлялась после введения суксаметония йодида в дозе 2,5-3 мг/кг. ИВЛ проводили на фоне базовой анестезии (смесь закиси азота с кислородом в соотношении 2:1 или 3:1). На момент начала операции дополнительно вводился буторфанол тартрат как дробно (по 1 мг), так и по 2 мг, что, по нашим наблюдениям, не влияло на течение анестезии.

После окончания операций у части больных отмечен длительный (до 4-6 часов) аналгетический и седативный эффект, в связи с чем требовалось проведение продленной ИВЛ. Больные 1-й группы не предъявляли жалобы на боль в интраоперационном и послеоперационном периоде в 97,1±2,8% случаев, а пациенты 2-й группы – в 93,8±2,8% случаев.

В зависимости от продолжительности и травматичности оперативного вмешательства проводили комбинированную анестезию (эпидуральная или спинальная + внутривенный наркоз + ИВЛ). Проводниковая анестезия, широко используемая в урологии, по сути, является наркотикнезависимой. Спинальная или эпидуральная анестезия рекомендуется как метод выбора при ряде урологических операций (например, на простате, мочевом пузыре и др.). Проводниковая анестезия с сохранением сознания позволяет анестезиологу более достоверно судить о состоянии



В.И. Черний

больного, способствуя тем самым ранней диагностике различных осложнений. Хотя спинальная анестезия и отличается блоком более высокой плотности, но имеет ряд недостатков по сравнению с эпидуральной, плотность блока при использовании которой ниже и развитие его менее предсказуемо. В этом смысле продленная эпидуральная анестезия, например при трансуретральной резекции (ТУР) простаты имеет преимущества в плане послеоперационного обезболивания, не всегда достигаемого даже введением опиатов. Хороший эффект достигается при сочетании простой и продленной эпидуральной анестезии с Ксефокамом. Общая анестезия может маскировать ранние симптомы ТУР-синдрома, но тем не менее она является предпочтительнее в случаях, когда больному нуждается в ИВЛ или когда нежелательны резкие колебания артериального давления, сопутствующие проводниковой анестезии.

Поскольку послеоперационная летальность напрямую зависит от количества и тяжести послеоперационных осложнений, ниже приводим данные о послеоперационной летальности за равные промежутки времени при использовании вышеописанных видов анестезии.

За первое полугодие 2005 г. у 514 больных, оперированных в отделении урологии УНЛК ДНМУ, 152 из которых находились на лечении в палатах интенсивной терапии (ПИТ), летальность составила 0,78±0,06% (в пересчете на больных ПИТ 2,63±0,19%). За аналогичный период 2006 г. у 404 больных при использовании наркотикнезависимой анестезии летальность в послеоперационном периоде составила 0,50±0,04% (в пересчете на больных ПИТ 0,86±0,04%), p<0,05. Следовательно, можно говорить о снижении летальности, а значит, количества и тяжести осложнений в послеоперационном периоде при использовании наркотикнезависимой анестезии.

Выводы

1. Наркотикнезависимая анестезия с использованием Ксефокама безопасна и доступна к проведению в большинстве лечебных учреждений Украины.
2. Она практически не уступает стандартной методике проведения анестезии, а в ряде случаев выглядит предпочтительнее в связи с меньшим количеством послеоперационных осложнений.
3. Наркотикнезависимая анестезия может широко применяться в медицинских учреждениях различной формы собственности в связи с простотой оформления и хранения препаратов.
4. Наркотикнезависимая анестезия с использованием Ксефокама позволяет снизить количество, тяжесть осложнений и летальность в послеоперационном периоде по сравнению со стандартной методикой анестезии.

Список литературы находится в редакции.

