

Мультимодальное обезболивание при проведении оперативных вмешательств в онкологии



В.И. Черний

Послеоперационная боль является мощнейшим триггером хирургического стрессового ответа, активирующим вегетативную нервную систему и вызывающим дисфункцию различных органов и систем [1].

Системное введение опиоидных анальгетиков на протяжении многих лет рассматривалось как практически безальтернативный метод послеоперационного обезболивания, причем золотым стандартом опиоидной анальгезии остается морфин [1, 2]. Однако в последние годы доказано, что клинически эффективное обезболивание, достигнутое с применением опиоидов, не оказывает существенного влияния на частоту послеоперационных осложнений и исход лечения [3].

В настоящее время доминирует принцип сбалансированности послеоперационного обезболивания, что подразумевает комбинирование анальгетиков с различным механизмом действия и, желательнее, синергическим анальгетическим эффектом [4]. В этой связи представляет интерес использование ненаркотического анальгетика центрального действия – Акупана – в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) – парекоксибом и декскетопрофеном.

Цель исследования – изучение эффективности мультимодальной анальгезии (сочетанного применения препарата Акупан с НПВП) в сравнении с применением наркотических анальгетиков (морфина) для послеоперационного обезболивания при проведении различных оперативных вмешательств в онкологии.

Материал и методы

Данное клиническое исследование проводилось как открытое параллельное сравнительное постмаркетинговое и в соответствии с требованиями, предъявляемыми ГП «Государственный фармакологический центр» МЗ Украины к клиническим испытаниям.

В клиническом испытании принимали участие 150 пациентов в возрасте от 58 до 74 лет I-III функционального класса по ASA со злокачественными новообразованиями желудка, толстого кишечника, женских половых органов, по поводу которых выполнялись хирургические вмешательства: гастрэктомия, резекция желудка и кишечника, холецистэктомия, экстирпация матки с придатками.

Всем больным во время операций проводилась сбалансированная общая внутривенная анестезия пропофолом (1,5-2,0 мг/кг×ч⁻¹), кетамин (0,5-1,5 мг/кг×ч⁻¹), фентанилом (3-4,0 мкг/кг×ч⁻¹), пипекурония бромидом (0,01-0,03 мкг/кг×ч⁻¹) в сочетании с искусственной вентиляцией кислородно-воздушной смесью с FiO₂=0,4.

Участники (n=150) были разделены на три группы, сопоставимые по полу, возрасту, характеру выполненных операций и сопутствующей соматической патологии, в зависимости от вида проводимой премедикации и послеоперационного обезболивания.

В I группу вошли 50 больных, которым включали в схему премедикации Акупан в дозе 20 мг и парекоксиб 40 мг за 30 мин до вмешательства. В послеоперационный период продленную анальгезию проводили Акупаном (до 120 мг/сут) и парекоксибом (до 80 мг/сут) на протяжении 3 суток.

Во II группе участникам (n=50) включали в схему премедикации Акупан в дозе 20 мг и декскетопрофен 50 мг за 30 мин до вмешательства. В послеоперационный период продленную анальгезию проводили Акупаном (до 120 мг/сут) и декскетопрофеном (до 150 мг/сут) в течение 3 дней.

У больных III (контрольной) группы (n=50) проводили продленную анальгезию наркотическими анальгетиками

(промедолом, омнопном, морфином), которая продолжалась в послеоперационный период на протяжении 3 суток.

Методы оценки боли

Для клинической оценки интенсивности послеоперационной боли была использована визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Оценка проводится в баллах или процентах, при этом 0 означает полное отсутствие болевых ощущений, а 10 баллов, или 100 мм, – очень сильную боль на грани терпимости. Пациенту предлагается сделать на линейке отметку, отвечающую интенсивности болевых ощущений у него на данный момент.

Оценку побочных эффектов лечения проводили согласно их характеру, выраженности и частоте развития по следующим критериям: гипотония, седация, галлюцинации, общая центральная депрессия, тошнота или рвота, запор, задержка мочи, кожный зуд, аллергические реакции. Выраженность побочных эффектов медикаментов и методов обезболивания оценивалась по шкале: 0 – нет побочных эффектов, 1 – слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – сильно выражены.

В качестве критерия эффективности производилась оценка времени от момента введения препарата до наступления анальгетического эффекта, продолжительности его действия, интенсивности боли по ВАШ. Кроме того, исследовались общая оценка пациентами предлагаемого метода обезболивания и частота возникновения побочных эффектов. Исследование проводили на протяжении 3 суток после операции.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью программного обеспечения Statistica 8.0.

Результаты и обсуждение

В ходе испытания были получены следующие данные. Время до первого введения анальгетиков в послеоперационном периоде составило в I группе 8±1 ч, во II – 8,8±1 ч, в III (контрольной) – 5±1 ч. Время от момента введения до наступления обезболивающего эффекта существенно не отличалось в трех группах и составило 15±3; 13,8±1,3 и 12±5 мин соответственно.

Продолжительность анальгезии в I группе в 1-е сутки составила 8±1 ч, на 2-е – 10±1 ч, на 3-и – 12±1 ч; во II группе – 8,8±1, 11±1 и 12,6±1 ч соответственно; в III группе она не превышала 7±1 ч на протяжении всего периода исследования.

В I и II группах интенсивность послеоперационной боли в 1-е сутки в покое составила 3,3±2,1 балла, при активных движениях, например при кашле, – 4,1±3,2 балла; в III группе в 1-е сутки этот показатель составил 4,7±1,1 балла.

На 2-е сутки интенсивность боли была оценена пациентами в I и II группах в 3,7±1,3 и 3,4±1,7 балла соответственно, в III группе – в 3,5±1,2 балла. На 3-и сутки интенсивность послеоперационной боли во всех трех группах составила 2,4±1,1 балла.

При изучении общей субъективной оценки качества послеоперационной анальгезии отмечено следующее: в 1-е сутки в I и II группах 10% пациентов ответили «отлично», 72% – «хорошо», 18% – «удовлетворительно»; в III группе 58% ответили «хорошо» и 42% – «удовлетворительно». На 2-е сутки в I и II группах 40% пациентов ответили «отлично» и 60% – «хорошо», в контрольной группе показатели практически не изменились. На 3-и сутки качество анальгезии в I и II группах 97% больных оценили как «отличное», 3% – «хорошее»; в контрольной группе 78% – «хорошее», 15% – «удовлетворительно» и 7% «плохое», причем оценку «плохо» пациенты объясняли не низким качеством анальгезии, а появлением либо нарастанием частоты побочных эффектов, связанных с использованием опиоидов, – тошноты, рвоты, сонливости, выраженной общей слабости и др.

Степень выраженности и частота побочных эффектов анальгетиков также существенно различались. В I и II группах в 1-е сутки их наличие отмечали 20% больных, на 2-е сутки – 12%, на 3-и – 5%, в то время как в III группе эти показатели составили 64, 21 и 34% соответственно.

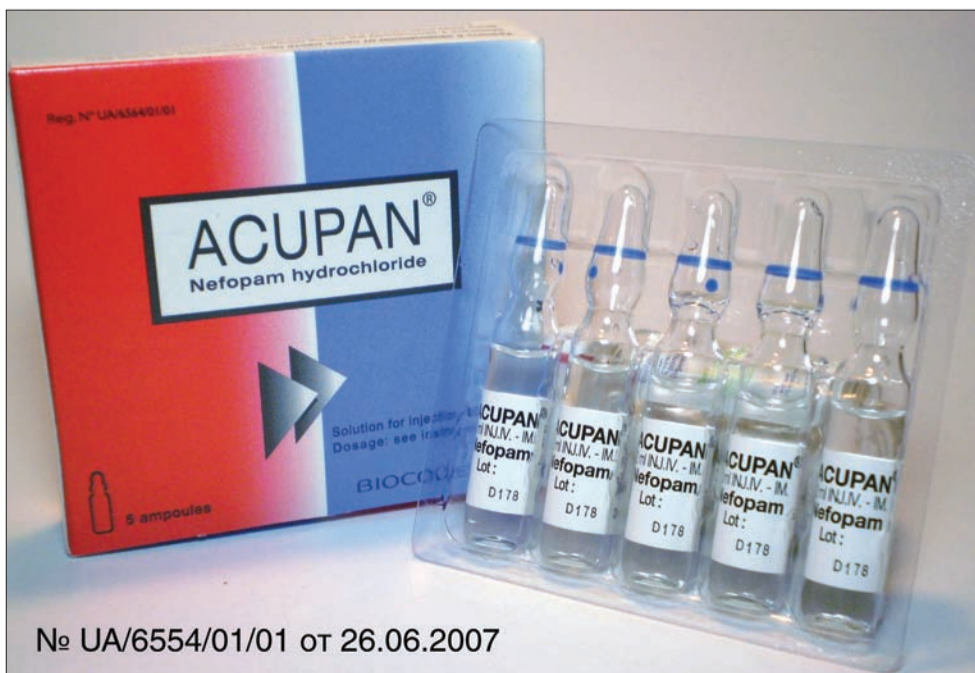
Выводы

1. Риоперационная анальгезия при сочетанном применении Акупана и парекоксиба, Акупана и декскетопрофена позволяет обеспечить адекватное послеоперационное обезболивание без назначения наркотических анальгетиков при проведении различных оперативных вмешательств в онкологии.

2. Ненаркотический анальгетик Акупан (нефопам) демонстрирует высокую анальгетическую эффективность и безопасность, не обладает седативным эффектом и не угнетает дыхание, может применяться для мультимодальной анестезии.

Литература

1. Овечкин А.М., Карпов И.А., Люсов С.В. Послеоперационное обезболивание в абдоминальной хирургии: новый взгляд на старую проблему // Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 5. – С. 23-34.
2. Kehlet H. Postoperative pain // Regional Anaesth. – 1994. – V. 19 – P. 369-377.
3. Kehlet H. Surgical stress and postoperative outcome – from here to where? Reg Anesth Pain Med 2006; 31: 47-52.
4. Бутров А.В., Кондрашенко Е.Н. и соавт. Современные подходы к фармакотерапии послеоперационной боли с применением ненаркотических анальгетиков // Consilium medicum. – 2009. – Т. 11. – № 9. – P. 45-76.



№ UA/6554/01/01 от 26.06.2007