



Нестероїдні протизапальні препарати в схемі оптимального та комфортного знеболення

У сучасній медичній практиці адекватний менеджмент болю посідає одне з ключових місць, адже отримання пацієнтом адекватної аналгезії – це питання не тільки забезпечення високого рівня якості життя, а й дотримання прав людини. Отже, не випадково ця проблема стала однією з найбільш обговорюваних на науково-практичній конференції «Сучасні аспекти клінічної неврології», яка відбулася на початку березня цього року у м. Яремче. З коротким оглядом двох цікавих доповідей з цього заходу, що були присвячені питанням оцінки больового синдрому та знеболення, пропонуємо ознайомитись читачам.



На думку завідувача кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Івано-Франківського національного медичного університету, доктора медичних наук, професора Івана Івановича Тітова, в основі успішної аналгезії лежать застосування дієвих та безпечних аналгетиків, дотримання мультимодального принципу знеболювальної терапії та добовий моніторинг ступеня знеболення. Дуже важливим моментом є можливість об'єктивізації такої вельми суб'єктивної характеристики, як біль.

Для оцінки больового синдрому лікарі загальної практики, неврологи, терапевти найчастіше використовують візуально-аналогову та нумеричні шкали болю. В першому випадку залежно від ступеня вираженості больових проявів пацієнт має обрати одну з п'яти емоційних гримас (від сліз до радості); в іншому – перемістити бігунок на математичній лінійці, де «0» – це «відсутність болю», а «10» – «неможливість його терпіти».

Разом з тим у анестезіологічній практиці для об'єктивізації больового профілю пацієнта широко використовується ANI-моніторинг (Analgesia Nociception Index), який базується на аналізі певних показників роботи автономної нервової системи та дає можливість анестезіологу об'єктивно оцінити ступінь ноцицепції та ефективності аналгетика, який призначається з метою знеболення. Оцінка балансу ноцицепції та аналгезії також має бальний принцип (від 0 до 100). Для пацієнтів, що перебувають під загальною анестезією, цільові показники знаходяться в межах 50-70. Якщо ж ANI-індекс «прагне» до 100, мова в такому випадку йде про передозування опіоїдів. Натомість у хворих з непорушеною свідомістю наближення ANI-індексу до свого максимуму свідчить про оптимальне та комфортне знеболення.

Проте в Україні лише окремі клініки мають змогу застосовувати ANI-моніторинг, котрий дозволяє якісно контролювати глибину наркозу і ступінь знеболення. Використання цього інноваційного методу дає можливість уникнути інтраопераційного передозування опіоїдів. Досягнення індексу «100», здавалося б, гарантує повну аналгезію, проте такий наркоз не вважається оптимальним і комфортним, адже в післяопераційному періоді у такого пацієнта розвивається післяопераційна гіпералгезія – стан, коли звичайні аналгетики не діють, а для досягнення знеболювального ефекту знову потрібні опіоїди – тільки в більшій дозі та з внутрішньовенним шляхом введення.

Наводячи приклади з власного клінічного досвіду, професор І.І. Тітов засвідчив, що ANI-моніторинг дозволяє суттєво зменшити необхідність застосування для знеболення опіоїдів, використання яких, як відомо, асоціюється з виникненням серйозних побічних ефектів. Наприклад, для забезпечення оптимальної аналгезії пацієнтові, що переніс торакоскопію, призначали 1000 мг парацетамолу тричі на добу внутрішньовенно крапельно. Значення ANI-індексу в межах 80-95 впродовж першої доби після інтервенції гарантували хворому комфортне знеболення, для підтримання якого не потрібно призначати ні промедол, ні фентаніл, ні морфін. Бувають моменти, коли задля отримання чергової дози опіоїдних аналгетиків пацієнти дещо перебільшують, гіперболізують симптоми, але, як наголошує професор І.І. Тітов, ANI-індекс не обдуриш.

У випадку з хворою, котра отримала в ДТП тяжку закриту черепно-мозкову травму, перелом голімі, забій м'яких тканин, застосування опіоїдів виглядало не зовсім доречним. Призначення максимальної дози парацетамолу (1000 мг 4 рази на добу) дозволило досягти адекватного знеболення (ANI-індекс – 60-84).

Для пацієнта з торакальною травмою (множинні переломи ребер, груднини, флотуючий сегмент, травматичний пульмоніт, двобічний гемоторакс) було обрано мультимодальний принцип аналгезії: 8 мг лорноксикаму внутрішньовенно кожні 12 годин, 1000 мг парацетамолу тричі на добу внутрішньовенно крапельно, морфін 10 мг внутрішньом'язово перші 3 доби (на ніч). Утім, як зазначає доповідач, призначення в цьому випадку морфіну більшою мірою було обумовлене необхідністю забезпечення хворому комфортної штучної вентиляції легень. Значення ANI-індексу були стабільними, коливаючись в межах 75-80.

На операційному столі у хворого, який щойно переніс риносептопластику, виникли скарги на біль у носі та головний біль. Величина ANI-індексу 42 бали свідчила про виражений больовий дискомфорт. З метою знеболення пацієнтові внутрішньовенно було введено 100 мг кетопрофену (Кетонал®). Через три хвилини ANI-індекс зріс до 80, а больові відчуття зникли. Для подальшого менеджменту болю хворий упродовж трьох діб отримувал лише таблетовану форму кетопрофену (Кетонал® Дуо).

Схожа схема знеболення застосовувалася й у пацієнтки після апендектомії, коли впродовж перших двох діб вона отримувала Кетонал® в режимі 100 мг внутрішньом'язово 2 рази на добу (при цьому ANI-індекс становив 75-84), а після відновлення перистальтики, наприкінці другої доби, було призначено 1 капсулу Кетонал® Дуо на ніч, ефект якої (завдяки двом видам пелет: 60% швидкого вивільнення та 40% – повільного) настає швидко й триває довго (Інструкція для медичного застосування препарату Кетонал®).

Як видно, використання ANI-моніторингу дозволяє суттєво модифікувати й оптимізувати знеболювальну тактику в периопераційному періоді, відмовившись від необґрунтованого призначення опіоїдів, знеболювальний ефект яких дуже часто поєднується з парезом кишечника, затримкою сечовипускання, пригніченням дихання, брадикардією, провокацією бронхоспазму, свербіжем шкіри.

Досягти морфін-подібного профілю аналгезії (В.В. Ніконов та співавт., 2007) й водночас уникнути такого роду небажаних ускладнень дозволяє саме Кетонал®, який, до речі, має один із найкращих профілів безпеки поміж решти нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), що демонструють високий ступінь знеболення. Зокрема, відносний ризик виникнення шлунково-кишкових кровотеч та перфорацій у разі застосування кетопрофену становить 3,2 одиниці, тоді як у випадку застосування кеторолаку цей показник сягає 24,7 (L.A. Garcia Rodriguez et al., 1998). Іще однією перевагою Кетоналу є можливість його тривалого (до 4 тижнів) застосування, тоді як прийом інших НПЗП часто обмежений 3-5 днями.



У будь-якому випадку для адекватної аналгезії важливим є не тільки правильно обрана тактика знеболення. Як відмічає доцент кафедри гігієни праці і професійних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, кандидат медичних наук Сергій Геннадійович Сова, принциповим моментом в цьому питанні залишається розуміння емоційних аспектів болю. За визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP), цим терміном називають неприємне відчуття та емоційне переживання, що поєднується з наявним або можливим пошкодженням тканини, або ж змальовується хворим

у термінах такого пошкодження. В генезі будь-якого больового відчуття лежить емоційний аспект, який є особистісно детермінованим і тому суттєво впливає на катамнез больової симптоматики та закладає потенціал для її хронізації. Один з найтипівіших прикладів хронізації болю є психалгія, коли джерелом неприємних відчуттів є не пошкоджена тканина, а дефектність сприйняття та реалізація емоційного розладу.

Якщо ноцицептивний (соматичний, вісцеральний) та нейропатичний біль виникає внаслідок відповідно активації первинних аферентних зон і пошкодження (дисфункції) нервової системи, то в основі психалгічного болю лежить психологічне сприйняття неіснуючого болю. Такий собі психогенний фантомний біль, який супроводжується афектом тривоги та страху.

Діагноз «психалгія» встановлюється методом виключення. Диференційно-діагностичними ознаками психалгічного болю є атиповість та поліморфізм клінічних проявів; їхній високий драматизм та невідповідність результатам об'єктивного обстеження; генералізований характер м'язового напруження; високі бали за невротичними шкалами; недостатня ефективність лікування в інтерністів та цілительів; наявність позитивного ефекту від психотерапії та психофармакотерапії.

Принципово важливо в менеджменті болю використовувати диференційований підхід, адже не завжди вдається чітко відмежувати ноцицептивний, нейропатичний, змішаний та психалгічний види болю. Вважається, що основа профілактики психалгічного та нейропатичного компоненту ноцицептивного болю – ефективне та швидке знеболювання в гострому періоді захворювання. Так, приміром, згідно з європейськими рекомендаціями з лікування неспецифічного гострого болю у попереково-крижовій ділянці в умовах первинної медичної допомоги (O. Airaksinen et al., 2006) важливо максимально швидко позбавити пацієнта цього страждання, аби уникнути хронізації захворювання, викликаной сенситизацією периферичної та центральної нервової системи, яка «бомбардується» больовими імпульсами від запалених м'язів, зв'язок, фасеткових суглобів та інших структур хребта.

Висока ефективність знеболення залежить від вчасного встановлення етіологічного діагнозу та адекватної етіопатогенетичної терапії, провідну роль в якій грають НПЗП.

Процес вибору оптимального аналгетика не завжди виглядає легкою справою.

Широке різноманіття НПЗП часом ставить лікаря в складне становище. Хоча найважливішим моментом у цьому процесі, звісно, вважається правильне співставлення переваг та недоліків кожного лікарського засобу.

Скажімо, для переважної більшості представників групи неселективних НПЗП характерна виражена гастроінтестинальна токсичність. Натомість препарати, котрі мають здатність селективно інгібувати циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2) й «бережливо» ставляться до слизової шлунково-кишкового тракту, справляють токсичну дію на кардіоваскулярну систему.

Як показав проведений метааналіз 280 досліджень, в яких порівнювався ефект НПЗП з плацебо, та 474 випробувань, де аналізувалися переваги та недоліки різних НПЗП, одним із найбільш безпечних неселективних НПЗП у розрізі шлунково-кишкових ускладнень виявився диклофенак, профіль безпеки якого можна було порівняти з селективним інгібітором ЦОГ-2 – целекоксибом (Coxib and traditional NSAID Trialists' Collaboration, 2013).

Варто зазначити, що на українському ринку існує унікальна пероральна форма диклофенаку – Диклак® ID, у якій поєднано два «модулі», що забезпечують відповідно швидку (через 15 хвилин) та пролонговану (до 24 годин) дію активної речовини (Н.І. Яблучанський, 2008).

Підготував Віталій Мохнач

3-02-АНП-РЕЦ-0416



Кетонал®

Кетопрофен

Диклак®

Диклофенак натрію

НА ЗАХИСТІ ПАЦІЄНТА ВІД БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ

- Швидка дія^{1, 2}
- Добовий контроль при одноразовому прийомі^{1, 2}
- Найбільший вибір форм і дозувань для лікування ваших пацієнтів³



1. Кетонал ДУО в ліцензії болювого синдрому. Данилов Ал.Б. "ЕФЕКТИВНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ. Неврологія і Психіатрія" №1 | 2013
2. Новые возможности диклофенака с улучшенной фармакодинамикой. Яблучанский Н.И., Лысенко Н.В. Medicus Amicus N1 - 2, 2008
3. Інформація подана на підставі аналізу реєстра лікарських засобів www.drz.kiev.ua

Відпускаються за рецептом, крім Диклак гель, який є безрецептурним препаратом. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. Лікарські засоби мають побічні реакції. Для докладної інформації дивись інструкцію для медичного застосування препарату. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за адресою/ телефоном: 03680, Київ, вул. Амосова, 12, (044) 495-28-66, www.sandoz.ua.

Кетонал® Р.П. № UA/8325/03/02, UA/8325/01/01, UA/8325/03/01, UA/8325/02/01
Диклак® Р.П. UA/9808/01/01, UA/1202/03/01, UA/8908/01/01, UA 9808/02/01, UA 9808/01/02



SANDOZ
a Novartis company