

ІНФУЛГАН

paracetamolum

САМЫЙ НАЗНАЧАЕМЫЙ
АНАЛЬГЕТИК В ЕВРОПЕ¹



- **Сильный анальгетик в готовой форме для в/в инфузий²**
- **Абсолютно безопасен, даже когда назначение НПВС противопоказано или требует осторожности²**
- **Не влияет на агрегацию тромбоцитов и время свертываемости крови³**
- **Имеет наименьшее число лекарственных взаимодействий²**
- **Является базисным компонентом мультимодальной анальгезии^{2,4}**

1. PharmaSavvy market research 2009.

2. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 2010.

3. Sinatra R.s et al, Efficacy and safety of single and repeated administration of 1 gram Intravenous Acetaminophen Injection for pain management after Major Orthopedic Surgery. Anaesthesiology 2005; 102:822-31.

4. Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice (ESRA)

ЮРІЯ-ФАРМ

www.uf.ua

Украина, 03680, г. Киев,
ул. Н. Амосова, 10
тел./факс: +38 (044) 275-92-42
e-mail: mtk@uf.ua



Лидер рынка
инфузионных препаратов
Украины



Современные и доказательные принципы послеоперационного обезболивания

20-23 апреля в г. Киеве прошел VIII Британско-украинский симпозиум «Акцент на проблемах стандартизации в анестезиологии, интенсивной терапии и неотложных состояниях при травме и ранениях», в котором приняли участие ведущие лекторы из Великобритании, Украины и ряда других стран. Традиционно на этом крупном анестезиологическом форуме значительное внимание было уделено вопросам периоперационного обезболивания, поскольку и в настоящее время адекватный контроль послеоперационной боли продолжает оставаться неудовлетворительным. О современных возможностях повышения эффективности периоперационной аналгезии рассказал в своем докладе заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Юрьевич Кобеляцкий.



Ю.Ю. Кобеляцкий

Профессор подчеркнул, что, несмотря на стремительные темпы развития современной анестезиологии, острая послеоперационная боль и по сей день считается нерешенной проблемой даже для систем медицинской помощи передовых стран мира. Трудности обеспечения эффективного контроля послеоперационной боли у большинства хирургических пациентов наглядно подтверждаются данными систематических обзоров. Большие исследования, проведенные Н. McQuay и соавт. в период с 1993 по 2012 гг., демонстрируют, что распространенность недоленной интенсивной послеоперационной боли практически продолжает оставаться на одном и том же уровне.

! Согласно отчету Национального института здоровья (США, 2011) около 80% пациентов жалуются на послеоперационную боль, а менее 50% больных получают адекватную аналгезию. Причин сложившейся ситуации достаточно много.

D. Nasi и соавт. (2011), которые провели анализ хирургического лечения пациентов в 301 клинике, показали, что в 45% случаев отсутствовали письменные протоколы по периоперационной аналгезии. Наиболее частым методом послеоперационного обезболивания была внутривенная контролируемая пациентом аналгезия (КПА), которая в 75% случаев назначалась самими хирургами. В связи с риском ошибок медицинским сестрам не разрешалось работать с перфузорами КПА в 38% клиник, с эпидуральными катетерами — в 57% и периферическими катетерами — в 79%. Таким образом, применение перечисленных методов аналгезии существенно ограничивалось.

Среди причин субоптимального устранения послеоперационной боли D. Benhamou и соавт., проанализировав работу 746 клиник Европы, выделили отсутствие оценки боли (34% случаев), отсутствие документации (56% случаев), отсутствие письменных протоколов (75% случаев).

Ситуация усугубляется отсутствием универсальных методов аналгезии, позволяющих обеспечить адекватное обезболивание наряду с высокой безопасностью применяемых препаратов. Ранее широко применяемые методики периоперационной аналгезии в свете новых данных доказательной медицины все чаще подвергаются критике.

Согласно мнению известного шведского специалиста в области изучения послеоперационной боли N. Rawal (2016) эпидуральная аналгезия уже не считается стандартом послеоперационного обезболивания, а мультимодальная аналгезия вызывает много риторички и имеет недостаточную доказательную базу. На сегодняшний день единственным методом мультимодальной аналгезии, продемонстрировавшим высокую эффективность в клинических исследованиях, является сочетание внутривенного парацетамола с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Выбор конкретной схемы периоперационной аналгезии зависит от интенсивности боли. В настоящее время эксперты рекомендуют применять ступенчатый подход к обезболиванию, более известный как «аналгетическая лестница». Он предусматривает стартовое назначение

ненаркотических аналгетиков (НПВП, парацетамол, габапентиноиды и др.) с последующим добавлением по мере необходимости опиатов. Если на фоне монотерапии НПВП боль купируется недостаточно, их аналгетический эффект сначала усиливают за счет добавления парацетамола, габапентиноидов, кетамина, использования местных и регионарных техник анестезии и только потом — опиатов.

Благодаря выраженному аналгетическому эффекту препараты опиоидного ряда продолжают оставаться важным компонентом медикаментозных схем купирования выраженной послеоперационной боли. В то же время не следует забывать, что их самостоятельное применение ассоциируется с высоким риском развития таких побочных эффектов, как избыточная седация, угнетение дыхания, тошнота, рвота, угнетение перистальтики кишечника, задержка мочи, гипералгезия, кожный зуд, гипотензия, зависимость. Серьезной проблемой считается угнетение иммунитета и повышение риска метастазирования на фоне введения опиоидов. Поэтому рекомендуемые сегодня техники обезболивания предполагают разумное ограничение использования опиоидов и уменьшение их суммарных доз. Достичь этой цели позволяет рациональное сочетание нескольких опиоидных аналгетиков: совместное использование опиоидов с налоксоном, частичных агонистов-антагонистов опиоидов (налбуфин) вместе с морфином. Например, показано, что комбинация морфина с низкими дозами налбуфина при КПА снижает частоту тошноты и рвоты без влияния на качество аналгезии и потребность в КПА в гинекологической хирургии (Y.C. Yeh, 2009).

! Снизить дозу опиоидов позволяет применение упреждающей аналгезии, а также совместное назначение с опиоидами антагонистов NMDA-рецепторов, габапентиноидов, альфа-2 агонистов, НПВП, парацетамола, использование регионарных техник, а также внутривенного лидокаина (мультимодальная аналгезия).

Очень важным компонентом терапии послеоперационной боли считается контроль воспалительного ответа, вызванного интраоперационным повреждением тканей. Поэтому согласно рекомендациям Американского общества анестезиологов (ASA, 2012) при отсутствии противопоказаний все пациенты должны получать в круглосуточном режиме НПВП или парацетамол. Предпочтение следует отдавать совместному назначению НПВП и парацетамола, что позволяет усилить аналгезию. Парацетамол обладает выраженным антипиретическим и аналгетическим действием, что подтверждено многочисленными клиническими исследованиями. Важно подчеркнуть, что парацетамол является безопасным препаратом, частота побочных эффектов которого сопоставима с плацебо. На сегодняшний день данный препарат является единственным аналгетиком, показанным для лечения боли у беременных и пациенток во время лактации.

В отличие от НПВП парацетамол не повышает кровоточивость, не оказывает повреждающего действия на слизистую оболочку ЖКТ, не вызывает диспепсию

и повреждение почек. Конечно, селективные ингибиторы ЦОГ-2 характеризуются низким риском желудочно-кишечных осложнений, однако на практике все оказывается не так просто. Дело в том, что многие пациенты с целью вторичной профилактики кардиоваскулярных осложнений длительно принимают ацетилсалициловую кислоту, которая необратимо блокирует ЦОГ-1. В таком случае дополнительное назначение еще одного НПВП приводит к стремительному росту частоты гастроинтестинальных кровотечений. То есть перед назначением НПВП следует обязательно уточнить, не принимает ли пациент еще какой-либо из препаратов данного класса. И если да — от назначения НПВП в качестве аналгетика следует отказаться, отдавая предпочтение тому же парацетамолу или аналгетикам из других групп.

! Для послеоперационной аналгезии более удобно применение внутривенных форм парацетамола, обеспечивающих быстрое развитие аналгетического эффекта.

Так, при внутривенном введении парацетамола время до наступления клинически значимой аналгезии составляет 8 мин, время до достижения максимальной аналгезии — 15 мин, что в разы меньше по сравнению с пероральным приемом препарата. Аналгетический эффект длится 4-6 часов.

В ноябре 2010 г. FDA подтвердила безопасность внутривенного парацетамола в полимодальных протоколах с опиатами для лечения средней и сильной боли с опиатами, а также как монопрепарата для лечения боли слабой и средней силы. В Украине внутривенный парацетамол представлен препаратом Инфулган фармацевтической компании Юрия Фарм.

По мнению многих ведущих специалистов, при отсутствии противопоказаний внутривенный парацетамол следует максимально широко использовать в периоперационном периоде. Имеющиеся на сегодняшний день доказательства позволяют утверждать, что назначение внутривенного парацетамола целесообразно при любых оперативных вмешательствах, поскольку позволяет обеспечить адекватную аналгезию (в режиме моно- либо мультимодальной терапии) и контроль над воспалением на фоне высокой безопасности лечения.

При необходимости назначения НПВП преимущество следует отдавать селективным ингибиторам ЦОГ-2. На сегодняшний день опубликовано достаточно много работ, демонстрирующих эффективность НПВП, применяемых в качестве упреждающей аналгезии (назначение препарата до выполнения хирургического разреза). В частности, было показано, что однократная доза парекоксиба имеет значительный опиоидсберегающий эффект после аортокоронарного шунтирования (M.W. Khalil et al., 2004). Риск развития язв ЖКТ при кратковременном использовании селективных ингибиторов ЦОГ-2 сопоставим с плацебо. Следует учитывать, что риск побочных эффектов на фоне использования неселективных НПВП и ингибиторов ЦОГ-2 повышается при патологии почек, гипокалиемии, гипотензии, использовании нефротоксических препаратов и ингибиторов АПФ.

В последнее время значительных изменений претерпела регионарная аналгезия. Целесообразность широкого использования эпидуральной аналгезии, которая длительное время демонстрировала исключительную эффективность, в связи с риском развития осложнений подвергается сомнению. Многие специалисты считают, что для получения сопоставимого аналгетического эффекта необходимо использовать менее инвазивные методы. На сегодняшний день к альтернативам эпидуральной аналгезии относят паравертебральный блок при торакотомии, блоки периферических нервов для эндопротезирования крупных суставов, внутривенный лидокаин для колоректальных операций, инфузии через катетер, установленный в рану для различных процедур, блокаду поперечной фасции живота при операциях с вовлечением брюшной стенки.

К сожалению, сегодня мало кто из хирургов использует метод местной инфильтрационной анестезии. В наших работах было показано, что подкожная инфильтрация места хирургического разреза 0,25% бупивакаина (на примере абдоминальной гистерэктомии) не только приводит к более эффективному контролю послеоперационной боли, но и предупреждает развитие воспалительной реакции. Известно, что поверхностный соматический компонент боли во многом определяет возможность активного движения, поэтому использование местных анестетиков способствует ранней активизации пациента и способствует более быстрой реабилитации.

Местные инфильтрационные техники демонстрируют высокую эффективность при оперативных вмешательствах определенных локализаций. Например, периартикулярная инъекция и блок канала аддуктора являются эффективным и безопасным методом анестезии при эндопротезировании коленного сустава. Проведенные исследования демонстрируют, что однократный блок канала аддуктора эффективнее однократной блокады бедренного нерва, а продленный блок канала аддуктора эффективнее продленного блока бедренного нерва.

Таким образом, лечение послеоперационной боли продолжает оставаться актуальной и нерешенной проблемой. Ключевым требованием, предъявляемым на сегодняшний день к послеоперационной аналгезии, является адекватное обезболивание при минимальном риске побочных эффектов, прежде всего за счет ограничения использования наркотических аналгетиков, уменьшения их доз или даже полного отказа от их применения при наличии такой возможности. Достижению этих целей способствует назначение упреждающей аналгезии (то есть назначение аналгетика до хирургического разреза) и мультимодальной аналгезии, которая подразумевает сочетание использования препаратов с различным механизмом действия: внутривенного парацетамола, НПВП, габапентиноидов, кетамина, регионарных техник. Если с помощью перечисленных методов не удается достичь адекватного обезболивания, рекомендуется назначить КПА в режиме продленной внутривенной инфузии опиатов.

Подготовил Вячеслав Килимчук