

Декспро – «истребитель боли» для экспертов периоперационной анальгезии

С проблемой выбора метода обезболивания приходится сталкиваться специалистам любой области клинической медицины. Это особенно актуально в хирургии при проведении оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде, а также при выполнении болезненных лечебно-диагностических процедур. Вопросы послеоперационной боли остаются предметом обсуждений, исследований и многочисленных публикаций. Все пациенты в послеоперационном периоде испытывают боль разной степени интенсивности, которая часто купируется недостаточно эффективно. Причина в том, что при назначении не учитываются свойства разных анальгетиков.

Хирургический стресс и боль после оперативного вмешательства активизируют симпатoadреналовую систему, усиливая тем самым нагрузку практически на все жизненно важные органы и системы. Устойчивая гиперадrenalовая стрессовая реакция сопровождается артериальной гипертензией, тахикардией, гипергликемией, увеличением периферического сосудистого сопротивления, вызывает нарушение биомеханики дыхания и транспорта кислорода, повышает риск развития тромбоэмболии, приводит к гиподинамии [1, 2]. Боль и сопровождающий ее отек тканей вызывают развитие несостоятельности анастомозов, задерживают восстановление моторики (вплоть до пареза кишечника) и заживление послеоперационной раны, увеличивают длительность пребывания больного в отделении интенсивной терапии и в стационаре, чем существенно снижают качество жизни больного и увеличивают затраты на лечение.

Эффективный и безопасный анальгетик для послеоперационного обезболивания

Основными требованиями к современным обезболивающим препаратам для предупреждения и лечения послеоперационной боли по-прежнему остаются эффективность и безопасность. При выборе анальгетика следует исходить из патогенеза болевого синдрома, где ведущая роль принадлежит механической травме тканей, которая всегда сопровождается воспалительной реакцией [3]. Проведенные исследования позволяют рассматривать воспалительную реакцию травмированных тканей как ключевой фактор механизма возникновения острого послеоперационного болевого синдрома (De Kock M., 2011).

Современные протоколы послеоперационного обезболивания рекомендуют ограниченное назначение опиатов ввиду значительного количества побочных эффектов и широкое применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Согласно Кокрановской базе данных (Acute Pain Management: Scientific Evidence, 2005), доказательность класса А, НПВП являются эффективными анальгетиками для лечения послеоперационной боли. В европейских клиниках частота назначения НПВП с этой целью составляет от 45 до 99% случаев.

Механизм действия НПВП заключается в угнетении циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, нарушающего метаболизм арахидоновой кислоты, которая высвобождается из фосфолипидов клеточных мембран (а фосфолипиды присутствуют в мембранах каждой клетки организма). Высвобождение арахидоновой кислоты необходимо для того, чтобы в последующем под влиянием ЦОГ образовывались местные тканевые клеточные гормоны – простагландины, которые стимулируют образование медиаторов боли и гипертермии.

Широкое внедрение современных высокотехнологичных методов обезболивания – продленной эпидуральной анестезии, в том числе и контролируемой пациентом [4, 5], а также мультимодальный подход к предупреждению и лечению послеоперационной боли, т. е. одновременное назначение нескольких препаратов или сочетание различных видов анестезии, применяются в последние годы все чаще [6]. Преимуществами подобного подхода являются достижение достаточной анальгезии в результате аддитивного или синергического эффектов разных обезболивающих средств вместе со снижением количества побочных эффектов, ими вызываемых, из-за уменьшения доз каждого анальгетика.

Применение НПВП в периоперационном периоде в качестве компонента мультимодальной анальгезии позволяет существенно повысить эффективность обезболивания, снизить потребность в опиоидных анальгетиках и сократить восстановительный период. Снижение количества опиоидных анальгетиков дает возможность уменьшить частоту осложнений, вызываемых наркотическими препаратами, – тошноту, рвоту, торможение перистальтики и избыточную седацию [7]. Эффективность НПВП для уменьшения послеоперационных болей в плане снижения дозы опиоидных анальгетиков почти на 30% подтверждена серией рандомизированных клинических испытаний.

Согласно данным метаанализа E. Marret et al. (2005), включившего 22 исследования (2307 пациентов), назначение НПВП в периоперационном периоде достоверно снижает частоту рвоты на 32%, тошноты – на 12% и избыточной седации – на 29%.

В настоящее время активно изучается роль НПВП как одного из компонентов интенсивной терапии послеоперационного периода. Кроме того, что препараты данной группы позволяют уменьшить количество применяемых опиоидных анальгетиков, они также обладают свойством снижать проницаемость брюшины, отек и воспаление стенки кишечника, что особенно важно при хирургических инфекциях. В исследовании AFIST (Atrial Fibrillation Suppression Trial) периоперационное назначение НПВП достоверно снижало частоту фибрилляции предсердий после проведенных кардиоторакальных операций (Ruffin R. et al., 2008). Также НПВП обладают иммуномодулирующим эффектом, восстанавливая баланс цитокинов, что является необходимым условием поддержания гомеостаза.

Разработка декскетопрофена, чистого S(+)-энантиомера кетопрофена, отражает современную тенденцию замены рацемических соединений чистыми формами. Высокой анальгетической активностью, при сравнительно низком риске побочных эффектов, обладает неселективный ЦОГ-1/ЦОГ-2-блокатор декскетопрофена трометамол – нестероидное противовоспалительное средство с центральным и периферическим механизмом действия, правовращающий S-энантиомер кетопрофена. Химическая структура препарата позволяет достигать максимального по времени и степени обезболивания эффекта при использовании доз, меньших в сравнении с рацемическим предшественником. За счет исключения R-изомера значительно снижается риск развития побочных эффектов.

Почему именно Декспро?

В многоцентровом рандомизированном двойном слепо-исследовании сравнивалась безопасность и эффективность применения декскетопрофена с его исходным рацемическим соединением кетопрофеном для купирования послеоперационной боли (Zippel H. et al., 2011). В исследовании приняли участие 252 пациента, перенесших операцию протезирования тазобедренного или коленного сустава на фоне общей анестезии. Критерием включения в исследование являлся уровень интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) ≥ 40 мм. Пациенты были рандомно распределены на две группы. Первая – для получения декскетопрофена трометамол в дозе 50 мг, вторая – кетопрофена в дозе 100 мг, внутривенно. Оба препарата вводили с интервалом в 8 ч на протяжении 2 суток.

Необходимость применения опиоидных анальгетиков в первые 24 ч после операции наблюдалась в обеих группах – 81,3% у пациентов из группы декскетопрофена трометамол и 87,1% – у пациентов группы кетопрофена. Побочные эффекты, непосредственно связанные с приемом тестируемых препаратов, наблюдались у 16% пациентов первой группы и у 21,3% пациентов второй группы. Большая часть пациентов получала сопутствующую терапию низкомолекулярными гепаринами (94,4%), при этом не было отмечено каких-либо геморрагических осложнений, связанных с перенесенной операцией, а также не наблюдалось побочных эффектов, отражающих нарушение функции почек. При проведении исследования была отмечена лучшая переносимость декскетопрофена по сравнению с кетопрофеном.

Клинические данные подтверждают эффективность использования декскетопрофена трометамол для лечения острой послеоперационной боли. Был проведен систематический обзор для оценки анальгетической эффективности предоперационного введения декскетопрофена. Периоды наблюдения варьировались от 4 до 48 часов. Во всех исследованиях оценивался уровень острой боли, время, необходимое для введения второй

дозы декскетопрофена, и необходимость применения опиоидов путем контролируемой пациентом анальгезии. Анальгетическая эффективность пред- и послеоперационного введения декскетопрофена по сравнению с плацебо, лорноксикамом и парацетамолом была выше [11].

Высокая частота использования НПВП свидетельствует о правильности мировой тенденции мультимодального подхода к обезболиванию [8, 10].

По мнению целого ряда авторов (Богословова Ю.Е. и соавт., 2013; Сурсаев Ю.Е. и соавт., 2016), применение декскетопрофена в дозе 50 мг за 1 ч до операции, а затем в послеоперационном периоде значительно уменьшает выраженность болевого синдрома и не сопровождается существенными побочными эффектами, одновременно позволяя сократить дозу опиоидных анальгетиков для лечения боли после оперативного вмешательства.

Особое значение приобретает качество обезболивания при проведении операций под местной, или регионарной, анестезией. Классическим примером такого рода малых хирургических вмешательств является паховая или пупочная герниопластика. В сравнительном рандомизированном исследовании была доказана более высокая эффективность внутримышечного введения декскетопрофена 50 мг по сравнению с аналогичной дозой диклофенака, со значительно меньшим количеством побочных эффектов на фоне приема декскетопрофена [9].

Представителем декскетопрофена трометамол на украинском фармацевтическом рынке является Декспро производства фармацевтической фирмы «Дарница». Инъекционная форма Декспро предназначена для лечения болевого синдрома в периоперационном периоде. Декспро универсален с точки зрения путей и способов введения: его можно вводить внутримышечно, внутривенно капельно, внутривенно струйно, что выгодно отличает его от других анальгетиков.

Применение Декспро позволяет качественно ограничить развитие послеоперационной гипералгезии, существенно снизить применение опиоидных анальгетиков и уменьшить количество побочных эффектов опиоидов [9]. Декспро имеет доказанную эквивалентность с оригинальным декскетопрофеном, при этом имеет меньшую стоимость. Все это позволяет рекомендовать широкое применение препарата Декспро в хирургической практике на любом этапе периоперационного периода.

Литература

- Koppert W., Wehrfritz A., Korber N. The cyclooxygenase isozyme inhibitors parecoxib and paracetamol reduce central hyperalgesia in humans // Pain. – 2010. – V. 108. – P. 148-153.
- Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council // The Journal of Pain. – 2016. – Vol. 17, Is. 2. – P. 131-157.
- Головач И.Ю. Кардиоваскулярная безопасность как важнейший критерий выбора нестероидных противовоспалительных препаратов // Международный неврологический журнал. – 2017. – № 6 (92). – P. 68-74.
- Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice. General recommendations and principles for successful pain management. Produced with the consultations with the Europeans Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy. Project chairman N.Rawal, 2005. – 57 с.
- Морозов Д.В., Жарков И.П. Обезболивание и управляемая седация в послеоперационный период: реалии и возможности // Вестник интенсивной терапии. – 2001. – № 4.
- Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Современные принципы анальгезии в ранний послеоперационный период. – М.: Издат. дом «Видар», 2000.
- Souter A. Controversies in the perioperative use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Anesth Analg. 1994;79:1178-1190.
- Бутров А.В., Кондрашенко Е.Н., Бут-Гусаим А.Б., Малахов П.С., Ибарра-Пенья Н.А. Современные подходы к фармакотерапии послеоперационной боли с применением ненаркотических анальгетиков // Consilium medicum, 2009. – Т. 11. – № 9.
- Гельфанд Б.Р., Кириенко П.А., Леванович Д.А., Борзенко А.Г. Сравнительная оценка эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов, применяемых для послеоперационного обезболивания // Вестник интенсивной терапии. – 2002. – № 4. – С. 1-5.
- Трухан Д.И., Багешева Н.В., Голошубина В.В., Коншу Н.В. Возможности декскетопрофена в лечении болевого синдрома на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 5-2. – С. 263-268.
- España-Villalpando, Pozos-Guillén, Masuoka-Ito, Gaitán-Fonseca, Chavarría-Bolaños. Analgesic efficacy of preoperative dexketoprofen trometamol: A systematic review and meta-analysis Drug Dev Res. 2018 Mar; 79(2):47-57.

Подготовила Ирина Дука



Декспро

Dexketoprofen

ТРИВАЛІСТЬ
знеболюючого ефекту
8-12 годин¹

ШВИДКІСТЬ
настання ефекту
10-15 хвилин²

ВИНИЩУВАЧ БОЛЮ



СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ:

ДЕКСПРО. Склад: 1 мл розчину для ін'єкцій містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг (одна ампула по 2 мл містить декскетопрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетопрофену 50 мг). Лікарська форма. Розчин для ін'єкцій. Показання. Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату недоцільне, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коліках та болю у попереку (біль у спині). Протипоказання. Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну < 50 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Спосіб застосування та дози. Дорослі. Рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. При необхідності повторну дозу вводити через 6 годин. Максимальна добова доза не має перевищувати 150 мг. Препарат призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анагетиків, якщо це можливо. Побічні реакції можна скоротити за рахунок застосування найменш ефективної дози протягом якомога коротшого часу, необхідного для покращення стану. Побічні реакції. Порушення з боку травного тракту спостерігалися найчастіше. Діти. Препарат не слід застосовувати дітям та підліткам через відсутність даних щодо його ефективності та безпеки.

Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Декспро. РП UA/17373/01/01 термін дії з 26.04.2019 по 26.04.2024. Наказ МОЗ України №978 від 26.04.2019. Виробник. ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13.

ІНФОРМАЦІЯ ПРИЗНАЧЕНА ВИКЛЮЧНО ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВИКЛЮЧНО НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ СИМПОЗІУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ.

*За результатами конкурсу споживчих вподобань «Вибір року» в Україні 2016, 2017, 2018. www.choice-of-the-year.com.ua.

1. Інструкція до медичного застосування лікарського засобу Декспро.

2. Comparison of Dexketoprofen Trometamol and Dipyrone in the Treatment of Renal Colic, Sanchez-Carpena, 2003.

