

# Післяопераційне знеболювання Дексалгіном у хворих

**Проблема адекватного знеболювання у післяопераційному періоді не втратила своєї актуальності і сьогодні [1]. Основою такого знеболювання є наркотичні аналгетики, хоча поряд з високою знеболювальною активністю їм притаманні численні побічні ефекти [1, 4]. У зв'язку з цим не припиняються пошуки зі створення нових потужних аналгетиків, у тому числі ненаркотичних [2, 3, 8]. Враховуючи те, що патофізіологічно у механізмах розвитку гострого больового синдрому беруть участь обидва ізоферменти циклооксигенази, то для післяопераційної аналгезії найбільш доцільно використовувати препарати зі збалансованим пригніченням ЦОГ-1 і ЦОГ-2 [5-7]. Появу декскетопрофену трометамолу (Дексалгін) – нестероїдного протизапального препарату – можна розглядати як одне з найважливіших досягнень останніх років у фармакотерапії болю.**

Дексалгін – це оптично чистий правообертаючий ізомер кетопрофену, завдяки чому він має кращу гастроінтестинальну переносимість та менше метаболічне навантаження на організм за рахунок можливості використовувати менші терапевтичні дози. Крім того, для Дексалгіну характерний низький ризик розвитку взаємодії з іншими ліками, оскільки декскетопрофен метаболізується в організмі минаючи цитохроми печінки.

Дексалгін – це препарат з потужним аналгетичним ефектом і періодом напіввиведення 2 год. На відміну від опіатів він позбавлений таких побічних ефектів, як депресія свідомості та дихання, нудота, блювота, парез кишечника, затримка сечовиділення [1]. Застосування Дексалгіну 1-2 рази у першу добу після операції залежно від ступеня вираження больового синдрому забезпечувало достатній аналгезуючий ефект у хворих з патологією печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, при травмах кінцівок і хребта [4]. Результати рандомізованих досліджень [1] свідчать, що за знеболювальним ефектом Дексалгін не поступається аналгетику центральної дії трамадолу, а за терміном розвитку і тривалістю аналгетичного ефекту має перевагу. Дексалгін не впливає негативно на дихання і гемодинаміку. Його доцільно застосовувати для зняття післяопераційного больового синдрому (помірно вираженого і сильного) [1].

Здатність декскетопрофену знижувати потребу в опіоїдних аналгетиках стала основою створення концепції збалансованої анестезії з його участю. Він меншою мірою викликає ураження шлунково-кишкового тракту, не впливає на функцію дихання, отримано відомості про його кардіопротективну і церебропротективну дію.

В останній час у практичну діяльність ортопедичних відділень широко впроваджуються малоінвазивні хірургічні технології, які дозволяють значно пришвидшити післяопераційну реабілітацію пацієнтів. Прикладом цього є застосування артроскопічної ревізії як золотого стандарту при виконанні операцій на колінному суглобі та під час введення блокованих інтрамедулярних фіксаторів при переломах довгих трубчастих кісток, що призводить до значного зменшення перебування хворого у стаціонарі, дає можливість відновлювати рухи в оперованому суглобі з першої доби після операції та значно коротший термін користуватися засобами додаткового

опору. Все це дозволяє набагато швидше відновити працездатність хворих порівняно з відкритими оперативними втручаннями. Але на заваді цьому стає післяопераційний біль, який інколи зводить нанівець усі переваги малоінвазивних оперативних втручань. Тому адекватне знеболювання після виконання артроскопічних операцій на колінному суглобі є актуальною проблемою сучасної ортопедії.

## Матеріали та методи

З метою оцінки післяопераційної аналгезії ми провели комплексне дослідження із застосуванням Дексалгіну. Вивчення ефективності препарату проводили на базі кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця в ортопедо-травматологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні станції Київ у двох групах хворих, яким виконали малоінвазивний металоостеосинтез уламків кісток із застосуванням блокованих

стержнів (n=25) і артроскопічні втручання на колінному суглобі (n=58). Вік пацієнтів становив від 18 до 65 років (у середньому 32,9). До контрольної групи увійшли 63 пацієнти, які були співставними за статтю та віком, перенесли подібні за тяжкістю оперативні втручання й отримували 2% розчин промедолу 2 рази на добу для післяопераційного знеболювання. У всіх хворих з метою операційного знеболювання використовували спинномозкову анестезію, крім хворих з переломами плечової кістки, операцію яким виконували під інтубаційним наркозом.

Критерії виключення пацієнтів із дослідження були такі:

- потреба одночасного прийому інших нестероїдних протизапальних і знеболювальних засобів;
- необхідність прийому харчових або медикаментозних субстратів, які містять етанол;
- факт або підозра щодо алергії на декскетопрофен;

– наявність у пацієнтів якого-небудь з перелічених захворювань або станів: алкоголізм, наркоманія, психічні захворювання, епілепсія, суїцид в анамнезі, гемодіаліз, перитонеальний діаліз, ниркова недостатність, бронхіальна астма, асцит, паранефрит, вагітність, лактація.

Дексалгін застосовували внутрішньом'язово за такою схемою: 25 мг за 30 хв до початку оперативного втручання, відразу після його закінчення – 50 мг і далі по 25 мг 2 рази на добу.

Ефективність оцінювали у всіх хворих за такими критеріями: інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою ВАШ до введення аналгетика та через 1 і 6 год після його прийому, вплив препарату на загальне самопочуття хворого і виникнення побічних ефектів.

## Обговорення результатів

За вищезгаданою схемою препарат Дексалгін ми застосовували у 83 прооперованих хворих. У 58 з них виконали артроскопічну ревізію колінного суглоба (I група), у 25 – внутрішній металоостеосинтез блокованим стержнем (II група). У всіх хворих II групи був закритий перелом довгих кісток тієї чи іншої локалізації. Промедол застосовували в III групі хворих, яким виконали подібні оперативні

Таблиця. Розподіл хворих залежно від виконаного оперативного втручання

Група	Захворювання, травми, втручання	Кількість хворих		Середня тривалість застосування, доба M±m	Побічна дія, кількість хворих		Тривалість абсолютного аналгетичного ефекту, год M±m
		n	%		n	%	
I (артроскопія)	Ревізія колінного суглоба, лаваж, хірургічна обробка рани	5	8	1,1±0,2			9,1±1,2
	Часткова резекція меніска (одного чи обох)	14	24	1,2±0,3			8,5±0,9
	Синовектомія при гемофілії	1	2	3,5±0,0			6,2±0,0
	Синовектомія при РА	2	4	2,1±0,5			7,5±2,0
	Аутопластика ПХЗ	21	36	2,3±0,15			6,1±1,5
	Кістковомозкова стимуляція при остеоартрозі	15	26	3,2±0,2			7,1±1,2
Разом		58	100	2,5±0,23			7,2±1,4
II (металоостеосинтез)	МОС блокованим стержнем при переломі ВГК	11	44	4,1±0,8			6,4±1,8
	МОС блокованим стержнем при переломі стегнової кістки	5	20	5,1±1,2			6,0±1,6
	МОС блокованим стержнем при переломі плечової кістки	9	36	4,2±1,1			6,5±1,2
Разом		25	100	4,4±0,9			6,3±1,8
Разом у I та II групі		83	100	3,5±1,2			6,9±1,4
III (опіати)	МОС при переломі ВГК	11	17	4,1±1,8	2	3	4,4±1,8
	МОС при переломі стегнової кістки	10	16	5,2±2,2	3	4	5,0±1,6
	МОС при переломі плечової кістки	9	15	5,1±2,1	1	1,5	5,1±1,2
	Ревізія колінного суглоба, лаваж, хірургічна обробка рани	11	17	1,8±1,2	3	4,5	8,9±1,2
	Аутопластика ПХЗ	8	13	2,8±1,5	2	3	5,8±1,5
	Кістковомозкова стимуляція при остеоартрозі	14	22	3,1±1,2	4	6	7,0±1,2
Разом у III групі		63	100	4,4±1,9	15	24	5,7±1,6

Примітка: РА – ревматоїдний артрит, ПХЗ – передня хрестоподібна зв'язка, МОС – металоостеосинтез, ВГК – велика гомілкорова кістка.

кафедра травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

# після малоінвазивних оперативних втручань

втручання. Розподіл хворих за нозологією і типом оперативного втручання представлений у таблиці.

Аналіз отриманих результатів показав, що у кожного п'ятого хворого після застосування промедолу з метою знеболювання були ознаки побічної дії у вигляді сонливості та нудоти, в одного пацієнта після остеосинтезу стегнової кістки блокованим стержнем на тлі тривалого знеболювання на п'яту добу виникла затримка сечовиділення. У хворих, які приймали Дексалгін, побічної дії не зареєстрували в жодному випадку. Частково це зумовлено можливістю нетривалого прийому анальгетиків після малоінвазивних оперативних втручань, які викликають менш виражений післяопераційний біль порівняно з відкритими оперативними втручаннями.

Анальгетичний ефект наркотичного засобу і Дексалгіну, введеного внутрішньом'язово, однаковий – знеболювання наставало у межах 20–25 хв, але його тривалість (період, коли біль не турбував – оцінка болю за ВАШ менша 20 мм) у групах, які приймали Дексалгін, була значно більшою:  $6,9 \pm 1,4$  год проти  $5,7 \pm 1,6$  у групі хворих, які приймали промедол. Цей факт підтверджує ефект пролонгації знеболювальної дії Дексалгіну, що пов'язане з блокуванням синтезу простагландинів і пригніченням запалення.

Середня тривалість застосування знеболювальних засобів також відрізнялася. При знеболюванні Дексалгіном тривалість його застосування була в середньому  $3,5 \pm 1,2$  доби, а при знеболюванні промедолом майже на добу більшою –  $4,4 \pm 1,9$  доби.

У хворих після остеосинтезу стегнової кістки і після артроскопічних оперативних втручань з приводу аутопластики передньої хрестоподібної зв'язки та кістково-мозкової репарації хряща у 14 (24%) хворих I групи, 3 (12%) II групи та 11 (17%) III групи спостерігалася недостатня сила знеболювання (показники ВАШ після введення знеболювальних засобів знизилися до 50–60 мм), що потребувало у першу добу після операції у I і II групах додаткового введення Дексалгіну по 25 мг двічі на добу, а в III групі – 1 мл 2% розчину промедолу один раз на добу (показники ВАШ знизилися до 20–25 мм). На нашу думку, це зумовлено значною інтраопераційною травмою при цих маніпуляціях.

Ми вважаємо, що при використанні як декскетопрофену, так і промедолу не у вигляді моноаналгезії, а в поєднанні з препаратами з седативною дією (анксіолітиками, антигістамінними препаратами, гіпнотиками) буде забезпечений більш стійкий і тривалий ефект. Тому у хворих усіх груп ми застосовували антигістамінні препарати. Найчастіше це був 1% розчин димедролу 1 мл двічі на добу.

Аналіз отриманих результатів виявив, що Дексалгін відрізняється швидким і потужним анальгетичним ефектом, який за силою можна порівняти з опіатами. Цей препарат можна застосовувати для післяопераційної анальгезії. Схему призначення декскетопрофену треба індивідуально підбирати кожному хворому з урахуванням локалізації оперативного втручання, ступеня вираження болю, періоду знеболювання і особистості пацієнта.

## Висновки

1. Застосування Дексалгіну в дозі 25 мг 2 рази на добу у хворих після малоінвазивних втручань значно зменшує потребу цих пацієнтів у наркотичних анальгетиках та не викликає загальмованості, порушення функції дихання, сонливості, притаманних опіоїдам.

2. Ефективність Дексалгіну в добовій дозі 50 мг була подібна до 20 мг промедолу за швидкістю настання

анальгетичного ефекту, але тривалість знеболювання була набагато більшою.

3. Внутрішньом'язове введення Дексалгіну в дозі 50 мг після малоінвазивних оперативних втручань забезпечує хворим ефективно, тривале і гарантоване знеболювання.

4. За період дослідження не виявлено побічної дії Дексалгіну або виникнення ускладнень.

Список літератури знаходиться в редакції. 

Будущее анальгетиков уже сегодня!

# Дексалгин®

dexketoprofen trometamol

## Истинное лечение острой боли

Быстрее...

Эффективнее...

Безопаснее...



№ UA/9256/01/01 от 22.01.2009 № 22.01.2014

BERLIN-CHEMIE MENARINI