

Л.Н. Малоног, А.А. Зайцев, КУ «Городская клиническая больница № 2», г. Кривой Рог

Роль и место Акупана в мультимодальной анальгезии раннего периоперационного периода

Несмотря на многообразие современных обезболивающих препаратов с различным механизмом действия, вопрос адекватного периоперационного обезболивания по-прежнему остается актуальным [1, 4]. Это связано с тем, что выраженный болевой синдром не только отрицательно влияет на субъективные ощущения пациента, но и является важным звеном патогенетических механизмов развития и прогрессирования основного заболевания [2, 3, 5, 7]. Недостаточное обезболивание в раннем послеоперационном периоде приводит к развитию процессов дезадаптации, в первую очередь на центральном уровне, гипоталамо-гипофизарной дисфункции, усилению нарушения ноцицептивной системы, снижению порога болевой чувствительности и, соответственно, последующему усилению ощущения боли даже при наличии подпороговых раздражителей [2, 8, 9, 11].

Основу программы послеоперационного обезболивания пациентов составляет разработанная ВОЗ трехступенчатая методика, где первую ступень составляют лекарственные средства из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), таких как парацетамол, ибупрофен, Диклобрю. Они применяются при слабом и умеренном болевом синдроме с точкой приложения на уровне периферических болевых рецепторов. Ко второй группе относятся слабые опиоиды: кодеин, кодеинсодержащие препараты (седалгин, пенталгин) и трамадол (синтетический опиат). Эти лекарственные средства применяются при умеренном болевом синдроме. Третья ступень обезболивания — морфин и морфиноподобные анальгетики, которые применяются при выраженном болевом синдроме (бупренорфин, омнопон).

Выбор препарата с целью адекватной анальгезии раннего послеоперационного периода должен отвечать представленной выше трехступенчатой эскалационной методике обезболивания. Применение этих препаратов можно рассматривать как изолированно, так и совместно. Целесообразно использовать препараты из группы анальгетиков в сочетании с ко-анальгетиками (лекарственные средства, усиливающие действие основных анальгетиков) [6, 10, 12].

Цель исследования — проанализировать эффективность применения анальгетика Акупан (нефопам) у пациентов с урологической патологией в схемах обезболивания периоперационного периода.

Материал и методы

Использование лекарственного средства Акупан в раннем послеоперационном периоде как ненаркотического анальгетика обусловлено его уникальным центральным механизмом действия,

который заключается в ингибировании обратного захвата дофамина, норадреналина и серотонина на уровне синапсов, а также снижением освобождения глутамата на пресинаптическом уровне и активацией рецепторов N-метил-D-аспартата на постсинаптическом уровне. Нефопам в клинических исследованиях продемонстрировал положительный эффект при купировании послеоперационной дрожи, не угнетая дыхания и не влияя на перистальтику кишечника. Нефопам, обладая незначительным антихолинергическим эффектом, не оказывает противовоспалительного или антипиретического действия.

В соответствии с поставленной задачей проведено клиническое исследование по изучению анальгетического действия препарата Акупан у 60 пациентов урологического профиля. Возраст больных колебался от 42 до 68 лет. Все пациенты были подвергнуты оперативному лечению. Объем оперативного вмешательства: простатэктомия — 32 пациента (53,3%), резекция стенки мочевого пузыря с опухолью — 16 (26,7%), нефрэктомия — 12 (20%). Все оперативные вмешательства проведены в плановом порядке.

Все пациенты методом слепого конверта были рандомизированы на три клинические сопоставимые группы. В первую вошли 22 пациента (36,7%), у которых с целью обезболивания в раннем послеоперационном периоде применялся препарат Акупан в дозе 2 мл (20 мг) в/м перед переводом из операционной в урологическое отделение и через 6 ч после окончания оперативного вмешательства. Вторую группу составили 22 прооперированных пациента (36,7%), у которых применяли комбинацию препарата Акупан (по той же схеме) в сочетании с НПВП (Диклобрю, декскетопрофен), которые вводили в/м за 20-30 мин до начала операции. Третья

(контрольная) группа состояла из 16 пациентов (26,6%), у которых для послеоперационного обезболивания в зависимости от степени выраженности болевого синдрома применяли традиционные методики с использованием НПВП и/или наркотических анальгетиков (трамадол, промедол и др.).

Степень болевого синдрома оценивали с помощью 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) с пятиступенчатой градацией полученных результатов наблюдений, где 0-1 балл означал отсутствие боли, 2-4 — слабая, 4-6 — умеренная, 7-8 — сильная, 9-10 — очень сильная (невыносимая) боль.

Результаты и обсуждение

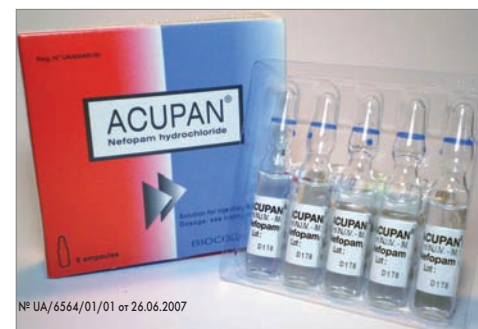
Проведенный анализ состояния больных с оценкой степени выраженности болевого синдрома в первой группе пациентов позволил констатировать, что уже в первые 20-40 мин раннего послеоперационного периода отмечено прогрессивное купирование болевого синдрома, а через 6 ч у подавляющего большинства — 19 наблюдений (86,4%) — болевой синдром снизился с 8 ± 1 до 2 ± 1 балл ($p < 0,05$). Трём (13,6%) пациентам для купирования болевого синдрома дополнительно назначали наркотический анальгетик.

Во второй группе обращает на себя внимание снижение уровня боли ($p < 0,05$) с 6 ± 1 баллов в первые 20-40 мин до 2 ± 1 баллов через час у 21 пациента (95%) и лишь одному (5%) пациенту для купирования болевого синдрома дополнительно назначали наркотический анальгетик.

У 13 пациентов (81,25%) из группы контроля в соответствии со шкалой ВАШ уменьшение степени болевого синдрома отмечено в пределах от 8 ± 2 баллов (первый час после оперативного вмешательства) до 4 ± 2 баллов (через 6 ч). У 3 больных (18,75%) адекватное обезболивание было достигнуто лишь с помощью препаратов из группы наркотических анальгетиков.

Следует отметить отсутствие дрожи в раннем послеоперационном периоде у всех (100%) больных первой и второй группы по сравнению с контрольной, где послеоперационная дрожь наблюдалась у 4 (25%) пациентов. Динамика купирования болевого синдрома отображена в таблице. Проведенные нами наблюдения (рис.) позволяют отметить, что динамика ликвидации болевого синдрома у пациентов первой и второй группы была более выражена. Уже на протяжении 6 ч в первой группе (86,4%) и первого часа во второй (95%) констатировали слабую степень боли (2-4 балла), в то время как в группе контроля степень болевого синдрома оценивалась как умеренная (4-6 баллов).

Таким образом, проведенное исследование доказало, что Акупан является эффективным обезболивающим средством в лечении послеоперационного болевого синдрома разной степени выраженности у пациентов урологического профиля. Акупан хорошо переносился пациентами,



не сопровождался нарушениями кровообращения, дыхания, гемостаза, метаболизма. Назначаемый пациентам Акупан, особенно в комбинации с НПВП, обеспечивал адекватный обезболивающий эффект, что вполне соответствовало принципам мультимодальной, или сбалансированной, анальгезии (комбинация препаратов с разными точками приложения способствует синергетическому анальгетическому эффекту). Предложенная и апробированная (вторая группа пациентов) базисная схема мультимодальной анальгезии — сочетание применения анальгетика Акупан и НПВП — позволила в 95% наблюдений получить стойкий, клинически подтвержденный анальгетический эффект, создавая предпосылки для ранней активизации пациентов.

Выводы

Использование с целью купирования болевого синдрома лекарственного препарата Акупан было клинически более эффективным в сравнении с традиционными методами.

Комбинация Акупана и НПВП (вводимые за 20-30 мин до начала операции) позволила купировать болевой синдром в раннем послеоперационном периоде у 95% больных урологического профиля.

Применение Акупана в качестве анальгетика достоверно снижало потребность в ведении опиатов и предупреждало развитие послеоперационной дрожи практически у всех прооперированных пациентов.

Литература

1. Баринов А.Н. Комплексное лечение боли// Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 4. — С. 215.
2. Голубев В.Л. Боль — междисциплинарная проблема// Русский медицинский журнал. — 2008. — Т. 15, № 4.
3. Данилов А.Б. Страдание и хроническая боль// Русский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16, № 4. — С. 7.
4. Овечкин А.М., Романова Т.Л. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины// Русский медицинский журнал. — 2006. — № 12. — С. 865-872.
5. Apfelbaum J.L., Chen C., Mehta S.S., Gan T.J. Post-operative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged// Anesth Analg. — 2003; 97: 534-540.
6. Aubrun F., Monsel S., Langeron O., Coriat P., Riou B. Post-operative titration of intravenous morphine in the elderly patients// Anesthesiology 2002; 96: 17-23.
7. Aymard G., Warot D., Demolis P. et al. Comparative pharmacokinetics and pharmacodynamics of intravenous and oral nefopam in healthy volunteers// Pharmacol Toxicol. — 2003; 92: 279-286.
8. Phillips G., Vickers M.D. Nefopam in postoperative pain. Br J Anaesth. — 1979 Oct; 51 (10): 961-965.
9. Sunshine A., Laska E. Nefopam and morphine in man. Clin Pharmacol Ther (1975) 18: 530-534.
10. Tigerstedt I., Sipponen J., Tammisto T., Turunen M. Comparison of nefopam and pethidine in postoperative pain. Br J Anaesth (1977) 49: 1133-1138.
11. McLintock T.T., Kenny G.N., Howie J.C., McArdle C.S., Lawrie S., Aitken H. Assessment of the analgesic efficacy of nefopam hydrochloride after upper abdominal surgery: a study using patient controlled analgesia. Br J Surg (1988) 75: 779-781.
12. Mimoz O., Incagnoli P., Josse C. et al. Analgesic efficacy and safety of nefopam vs propacetamol following hepatic resection. Anaesthesia (2001) 56: 520-525.

Группы	Динамика болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде (баллы)			
	Начало введения анальгетика	Через 30 мин	Через 1 ч	Через 6 ч
Первая (n=22)	8 ± 1	6 ± 2	4 ± 1	2 ± 1
Вторая (n=22)	6 ± 1	4 ± 1	2 ± 1	2 ± 1
Третья (n=16)	8 ± 2	7 ± 2	5 ± 1	4 ± 2

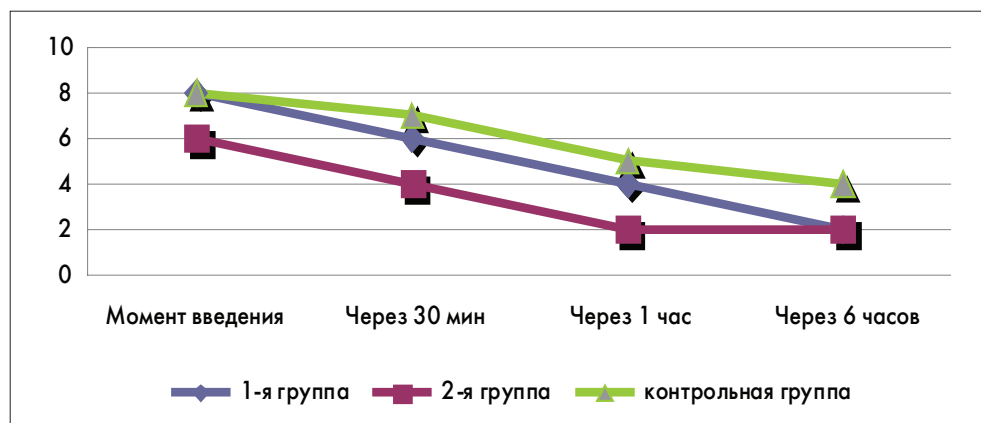


Рис. Динамика ликвидации болевого синдрома