

Д.В. Черепов, И.В. Монастырская, С.М. Граматюк, Я.В. Набойченко

## Оценка качества аналгезии и побочных реакций пациента при применении фентанилового пластыря в условиях отделения «Хоспис»

Харьковская городская клиническая многопрофильная больница № 17

**Ключевые слова:** фентаниловый пластырь, хронический болевой синдром, онкологическая патология.

**Вступление.** Ежегодно в мире от злокачественных опухолей умирает около 7 миллионов человек. Считается, что около 40% больных с промежуточными стадиями процесса и 60–87% с генерализацией заболевания страдают от болевого синдрома различной выраженности [1,2,5]. У значительной части этих пациентов болевой синдром отчетливо проявляется лишь на поздних стадиях, когда специфическое лечение невозможно. Несмотря на однозначный прогноз, больной нуждается в адекватном обезболивании с целью предотвращения действия боли на физическое, психическое и моральное состояние пациента и как можно более долгого сохранения его социальной активности [3,4].

Трудности ведения таких пациентов обусловлены сложностью оценки боли, нежеланием больных принимать обезболивающие препараты, недостаточной доступностью наркотических анальгетиков, а также отсутствием у медицинских работников навыков по купированию болевого синдрома у онкологических больных [7–9].

Пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, нуждаются в постоянном контроле для коррекции обезболивающей терапии, профилактики и устранения побочных эффектов анальгетиков [10–11]. В каждом конкретном случае должны определяться и, при необходимости, корректироваться оптимальные дозы препаратов и интервалы между их введением.

**Цель исследования:** оценка качества аналгезии и побочных реакций у пациента при применении фентанилового пластыря в условиях отделения «Хоспис» Харьковской городской клинической многопрофильной больницы № 17.

**Материалы и методы.** Нами проведена оценка качества аналгезии у 64 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет с различной онкологической патологией,

которые находились в отделении «Хоспис» Харьковской городской клинической многопрофильной больницы № 17 в период с 2013 по 2014 годы.

Больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей соматической патологии: основную (группа А – 43 пациента) – с применением трехступенчатых схем, принятых ВОЗ, и группу сравнения (группа В – 21 пациент) – с применением трехступенчатых схем, принятых ВОЗ, и включением в схему фентанилового пластыря.

Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью ВАШ, которая позволяет каждому пациенту индивидуально оценивать характер своих болевых ощущений. В линейной шкале цифровой показатель интенсивности боли (1–20 баллов) корректирует с определенным цветовым аналогом. По 20-балльной системе определяется пять степеней градации боли: боль отсутствует (белый цвет), слабая боль (зеленый), умеренная боль (желтый), сильная боль (коричневый) и невыносимая боль (красный цвет).

Выраженность побочных эффектов методов обезбоживания и медикаментов оценивалась в баллах по следующей шкале: 0 – нет побочных эффектов, 1 – побочные эффекты слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – сильно выражены (гипотония, седация, галлюцинации, общая центральная депрессия, тошнота или рвота, запор, задержка мочи, аллергическая реакция).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы MedStat с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона.

**Результаты исследования.** Изначально пациенты группы А принимали опиоидные анальгетики в сочетании с адьювантной терапией, адекватного облегчения боли при этом не наблюдалось.

Больные группы В изначально принимали опиоидные анальгетики, доза фентанилового пластыря для этой группы рассчитывалась на основе эквивалентного соотношения между принимаемым пациентом наркотическим препаратом и дозой фентанила.

Пациенты группы В продолжали принимать предыдущую анальгетическую терапию до момента начала действия фентанила. Титрование дозы проводили каждые 3–4 дня. При необходимости (неадекватная анальгезия) дозу увеличивали на 25 мкг/ч. Средняя продолжительность лечения боли фентаниловым пластырем составила 64,3 дня.

При исследовании общей субъективной оценки качества анальгезии отмечено следующее: 8% пациентов в группе В оценили ее на «отлично», 69% – «хорошо», 23% – «удовлетворительно», а в контрольной группе А: 58% – «хорошо», 42% – «удовлетворительно» ( $p < 0,001$ ). Анализ данных через 7 суток в группе В дал следующие результаты: 13% – «отлично», 73% – «хорошо» и 14% – «удовлетворительно»; в группе А: 37% – «хорошо», 51% – «удовлетворительно» и «плохо» – 14% ( $p < 0,001$ ).

Появление оценки «плохо» больные объясняли не низким качеством анальгезии, а нарастанием побочных эффектов: тошноты, рвоты, сонливости,

выраженной общей слабости и пр. Степень выраженности и частота побочных эффектов анальгетиков также существенно различались. В первые сутки в исследуемой группе их наличие отмечали 23,5% больных, в контрольной группе – 41,4% ( $p < 0,001$ ), на четвертые сутки – в группе В 18,6%, в контрольной – 28,2% ( $p = 0,128$ ), на седьмые сутки – в исследуемой группе – 7,3%, в группе А – 16,9% ( $p < 0,001$ ).

Побочные эффекты, наблюдавшиеся во время терапии пластырем с фентанилом (тошнота, рвота и потливость), не требовали медикаментозной коррекции и самостоятельно проходили, примерно через две недели. На месте аппликации пластыря наблюдались кожный зуд и эритема у 9 больных, которые также самостоятельно проходили после смены пластыря и не требовали дополнительной коррекции.

**Выводы.** Таким образом, кожный фентаниловый пластырь купирует хроническую боль у онкологических больных на продолжительный период времени – до 72 часов. Возможность коррекции дозы фентанила позволяет использование дополнительных обезболивающих средств, в том числе опиоидных, что соответствует II и III ступени «анальгетической лестницы» ВОЗ.

## Литература

1. Кобеляцкий Ю. Ю. *Современные аспекты периоперационного обезболивания в травматологии и ортопедии* / Ю. Ю. Кобеляцкий // *Здоров'я України*. – 2008. – № 8. – С. 29–30.
2. *Лечение болевого синдрома в онкологии* / Бобров О. Е., Брындиков Л. Н. [и др.]. – Ровно : Каллиграф, 2003. – 196 с.
3. Овечкин А. М. *Профилактика послеоперационного болевого синдрома: патогенетические основы и клиническое применение* : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. М. Овечкин. – М., 2000. – 42 с.
4. Осипова Н. А. *Хронический болевой синдром в онкологии* / Н. А. Осипова, Г. А. Новиков, Б. М. Прохоров. – М. : Медицина, 1998.
5. *Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat* / Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г., Хоменко В. Н., Панченко О. А. – Донецк : Издатель Папакица Е. К., 2006.
6. Apfelbaum J. *Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged* / J. Apfelbaum, C. Chen, S. Mehta // *Anesth. Analg.* – 2003. – Vol. 97. – P. 534–540.
7. Ferrante F. M. *Postoperative Pain Management (Послеоперационная боль)* / F. M. Ferrante, T. R. VadeBoncouer. – М. : Медицина, 1998. – 640 с.
8. Hopf H. *Postoperative pain management* / H. Hopf, J. Weitz // *Arch. Surg.* – 1994. – Vol. 129 (2). – P. 128–132.
9. Kehlet H. *Labat Lecture 2005. Surgical stress and postoperative outcome – from here to where?* / H. Kehlet // *Reg. Anesth. Pain Med.* – 2006. – Vol. 31. – P. 47–52.
10. Rawal N. *Analgesia technique and post-operative morbidity* / N. Rawal // *Eur. J. Anaesthesiol. Suppl.* – 1995. – Vol. 10. – P. 47–52.
11. Warfield C. *Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults* / C. Warfield, C. Kahn // *Anesthesiology*. – 1995. – Vol. 83. – P. 1090–1094.