

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭТОДИН ФОРТ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Д.И. ЖАБАСОВА

Городская поликлиника №2, г. Тараз, Жамбылская область

**Б**олевой синдром является основным проявлением заболевания и приоритетной причиной обращения к врачу. В нашей выборке болевой синдром различной интенсивности регистрировался на момент обращения у 100% больных. В неврологической практике борьба с различными формами болевых синдромов является повседневной проблемой. Среди всех нейрогенных болевых синдромов наиболее частыми являются головные боли, распространенность которых составляет до 60%. В свою очередь среди них первичные головные боли, несомненно, доминируют: головная боль напряжения встречается до 40%. Еще одной частой формой являются боли в спине – около 40% взрослого населения страдают от периодически повторяющихся болей в спине длительностью более 3 дней, из них у 20% боли длятся более 1 мес и приобретают хронический характер. Не менее острой проблемой является и мышечная боль (30%). При этом миалгии могут сопровождать вертеброгенные боли в спине, но могут носить и первичный характер.

Многообразие клинических характеристик нейрогенных болевых синдромов во многом обусловлено различиями патофизиологических механизмов их формирования. Эти различия и определяют наиболее приоритетные способы борьбы с болью, которые могут включать разные классы фармакологических агентов: наиболее часто используются простые анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Практический опыт показывает, что наиболее эффективным для купирования болевых проявлений в настоящее время является этодолак (Этодин форт, Нобел Алматинская фармацевтическая фабрика, Казахстан).

**Этодолак** – селективный ингибитор ЦОГ-2, оказывающий выраженный анальгетический и противовоспалительный эффект; кроме того, этодолак проявляет активность в отношении пероксидных, супероксидных, гидроксидных, нитроксидных радикалов и пероксинитроксидных анионов, оказывая таким образом антиоксидантный эффект, что наиболее актуально в патогенетической терапии головной боли. Применение препарата Этодин форт эффективно снижает все показатели болевого синдрома при обострении остеохондроза, улучшает функциональное состояние позвоночника и обеспечивает более быстрое возвращение пациентов к активной жизни и работе, что позволяет сократить длительность пребывания на больничном листе вдвое и купировать острую боль за 6 дней.

Особенностью препарата Этодин форт является тот факт, что анальгетический эффект наступает уже через 20-30 минут после применения per os и сохраняется до 12 часов, что позволило назначать препарат 2 раза в сутки и повышать преимущество проводимой терапии. Назначается препарат внутрь в суточной дозе 800-1200 мг, разделенной на 2 приема. Для пациентов с массой тела 60 кг и менее общая суточная доза составляет не более 20 мг/кг массы тела. Пациентам пожилого возраста коррекция дозы не требуется.

Этодин форт нами назначался 250 неврологическим больным по следующим нозологиям:

- вертеброгенные и миофасциальные болевые синдромы – 42% пациентов;
- головные боли напряжения (ГБН) – 30% больных;

- невралгия тройничного нерва – 4% больных;
- нейропатическая боль – 14% больных;
- мигренозные боли – 10%.

Самую многочисленную группу составили пациенты (105 человек – 42%) с вертеброгенными заболеваниями и корешковыми синдромами. Чаще отмечалась классическая клиническая картина: пациент испытывал острейшую боль в пояснице, которая возникала немедленно или через некоторое время после воздействия иницирующего фактора. Характер боли был разным: ноющим, ломящим, тянущим, жгучим. Обычно такие боли возникали в одной ноге. Боль усиливалась при движении, натуживании, подъеме тяжести, сидении в глубоком кресле, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании и ослабевала в покое. Кроме того, усиление боли происходило при выполнении следующих приемов: сгибании головы (из-за натяжения твердой мозговой оболочки); сгибании, разгибании и ротации больной ноги (из-за натяжения корешка). Интенсивность болевого синдрома была различной: от более слабой интенсивности, которые существенно не отражаются трудоспособности больного, до настолько резко выраженных, что малейшее движение приводило к возникновению боли, пациенты были не в состоянии не только ходить, но даже переворачиваться в постели.

Длительность применения препарата Этодин форт составляла 14 – 21 дней. Частота побочных действий при приеме Этодин форт была значительно ниже, а противовоспалительная эффективность значительно выше, нежели при приеме других НПВС с неселективным типом действия (диклофенак, кетопрофен и т.д.). Регресс болевого и рефлекторно-тонического синдрома у наших пациентов в целом отмечался в большинстве случаев (65%) на 3-5 сутки, а у остальных – на 7-10 сутки после применения данного препарата.

Головные боли напряжения (ГБН) – 75 больных (30%), по данным нашего наблюдения, являются наиболее распространенной формой головных болей. Ранее для обозначения ГБН существовало много синонимов. Их называли стрессогенными головными болями, идиопатическими, эссенциальными, простыми, головными болями напряжения мышц скальпового апоневроза, «невротической каской». В целом, ГБН определяют как головную боль, возникающую в ответ на психическое перенапряжение, которое является результатом острого или хронического стресса. Психическое напряжение может сопровождаться повышением тонуса лобных, височных, затылочных, трапециевидных мышц. Напряженные мышцы спазмируют расположенные в них сосуды, что приводит к ишемии и отеку и усиливает болевые ощущения. Головные боли подобного характера могут возникать практически в любом возрасте. Несколько чаще ГБН страдают женщины. Применение Этодина форт у наблюдаемых больных привело к уменьшению интенсивности боли через 40 минут, начиная с первой таблетки, и полному купированию приступов в течение 5 дней.

Невралгия тройничного нерва (10 больных по данным нашего наблюдения – 4%) описывается как одна из самых мучительных болей, известных человечеству. Обычно эта боль охватывает нижнюю часть лица и челюсть, однако иногда она может поражать также область вокруг носа и над глазами. Боль при невралгии тройничного нерва

сильная, напоминает удар током. Причиной ее служит раздражение тройничного нерва, который дает веточки к области лба, щёк и нижней челюсти. Обычно боль возникает в какой-либо определенной половине лица. Хотя невралгия тройничного нерва не всегда излечима, в настоящий момент существуют методы, позволяющие значительно облегчить боль при этом заболевании. Современный подход к лечению невралгии тройничного нерва практически обязательно предполагает назначение анальгетиков, НПВП, антиконвульсантов, антидепрессантов и других препаратов. При назначении препарата Этодин форт в комплексном лечении болевой синдром купировался быстрее, чем другими средствами из группы НПВС. Препарат назначался в дозе 400 мг 3 раза в день в течение 5 дней с постепенным снижением дозы каждые 5 дней на 200 мг до поддерживающей дозы 200 мг в сутки в течение недели.

Чрезвычайно широка и распространённость мигрени (25 человек – 10%), по данным нашего наблюдения) с мучительным характером приступов, приводящей к резкому снижению работоспособности человека. Как известно, мигрень проявляется эпизодическими приступами пульсирующей, односторонней интенсивной боли, которая сопровождается тошнотой, рвотой, свето- и звукобоязнью. Частота мигренозных приступов варьирует в широких пределах. Следует заметить, что значительно преобладают случаи редкой (менее 2 раз в месяц) мигрени, требующие лишь подбора адекватного средства для купирования болевого приступа. При лечении приступов мигрени применяют 4 класса препаратов: анальгетики, НПВС, производные эрготамина и триптаны. Доказано, что для купирования головной боли при острых мигренозных приступах НПВП являются отличной альтернативой эрготаминовым производным. Этодин форт – представитель наиболее безопасной группы НПВП. Целесообразность применения Этодина форт при лечении мигрени основывается на его способности ингибировать синтез простагландинов в области воспаления и, таким образом, снижать чувствительность болевых рецепторов к медиаторам воспаления (гистамину, серотонину и кининам). Этодолак ингибирует фермент циклооксигеназу и предотвращает синтез простагландина из арахидоновой кислоты, а также обладает антиоксидантной активностью, снижающей порог болевой чувствительности субстанций, относящихся к потенциальным медиаторам мигренозной боли. Частичное или полное купирование мигренозной боли и других важнейших симптомов мигрени было достигнуто на 15-20 мин после приёма Этодина форт у 20 пациентов. Среди пациентов, получавших другие НПВС, аналогичный эффект был достигнут только у 5 человек. Кроме того, Этодин форт проявил более отчетливый купирующий эффект и на такие симптомы мигрени, как тошнота и светобоязнь. Таким образом, клинический опыт указывает на высокую эффективность и хорошую переносимость Этодина форт в лечении мигренозных болей. По частоте проявления анальгетического эффекта Этодин форт превосходит традиционные анальгетики и не уступает высокотехнологичным современным противомигренозным препаратам из группы триптанов (золмитриптан).

Изучение клинической эффективности Этодина форт (800 мг/сут) в профилактическом (курсовом) лечении мигрени (в течение 14 дней) показало некоторые его особенности. Наряду со снижением интенсивности болевых приступов отмечено незначительное снижение их частоты, наибольшим изменениям подвергся показатель длительности приступа цефалгии. Изучение влияния боли на жизнедеятельность пациентов также показало

снижение на фоне лечения не только уровня интенсивности боли, но показателей по шкале аффективного дистресса. После проведенного лечения отмечена динамика и некоторых вегетативных показателей, которая носила «нормализующий» характер.

Нейропатическая боль – болевой синдром, обусловленный поражением соматосенсорной нервной системы вследствие разных причин. Согласно нашим наблюдениям, с нейропатической болью за помощью обратилось 35 пациентов (14%). По локализации поражения выделяют периферическую и центральную нейропатическую боль.

Нейропатическая боль возникает в результате повреждения нервов. Нервы могут оказаться поврежденными в результате многих причин, таких как сахарный диабет, герпесная инфекция, травмы рук и ног, нарушения в позвоночнике, инсульты, онкологические заболевания и др.

Характерные ощущения при нейропатической боли:

- онемение;
- стреляющие боли;
- жжение;
- «прохождение электрического тока»;
- покалывание;
- «ползание мурашек».

Нейропатическая боль нарушает повседневную жизнь!

Клинический опыт показывает, что выбор препарата Этодин форт пациентам с нейропатической болью оправдан не только с точки зрения купирования болевых эпизодов, но и для курсового назначения. Клинико-экспериментальное изучение эффективности Этодина форт в дозе 800 мг/сут в течение 12 дней показывает снижение не только интенсивности болевого синдрома, но и степени отрицательного влияния боли на жизнедеятельность пациентов, повышение порогов восприятия боли, а также снижение выраженности сопутствующих болевых проявлений.

Учитывая вышеуказанные преимущества препарата Этодин форт на основе собственного клинического опыта, мы считаем это средство препаратом выбора среди многочисленных лекарственных форм НПВС и рекомендуем его широкое применение в клинической неврологической практике.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Шеметов Д.А. Клинико-гемодинамические показатели при спондилезе (спондилоартрозе), осложненном болями в нижней части спины, и их динамика в процессе терапии // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Москва, 2001; 2. Valat J.P., Accardo S., Reginster J.Y., et al. A comparison of the efficacy and tolerability of meloxicam and diclofenac in the treatment of patients with osteoarthritis of the lumbar spine // *Inflammation Research*, 2001, suppl 1, Vol. 50, 30-34; 3. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. Geneva, 1999, 152 p.; 4. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. и др. Боль и обезболивание. М. Медицина, 1997; 277; 5. Вознесенская Т.Г. Журнал невропатологии и психиатрии, 1999, 1; 6. Карлов В.А., Яхно Н.Н. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения. Болезни нервной системы. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. М. Медицина. 1995; 2:325-37; 7. Табеева Г.Р. Лечение нервных болезней. 2000; 2: 20–2.

### Т У Ж Ы Р Ы М

**АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ ЭТОДИН ФОРТ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ**

**Д.И. Жабасова**  
 №2 қалалық емхана,  
 Тараз қ., Жамбыл облысы

**SUMMARY**  
**ETHODIN FORTE APPLICATION IN NEUROLOGICAL PRACTICE OF OUTPATIENTS**

**D.I. Zhabasova**  
 City Clinic No. 2, Taraz c., Zhambyl Region

Этодин форт дәрісінің неврологиялық ауруларының әртүрлі аурулық синдромдарының емдеуінде қолданылуы бұл ауруларда қарсыласатын өткір ауруның алдын алуына, көптеген аурулардың ремиссия уақытының ұзалуына ертіп әкелді. Неврологиялық тәжірибеліде қолдануға ұсынылып жатыр.

Use of the drug Etodin fort to treat various pain syndromes in neurological patients has led to rapid relief of acute pain, a longer period of remission for many diseases. It is recommended for use in neurological practice.

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН

**Б.К. ЖАРКИМБЕКОВ, А.А. БЕКМУХАНБЕТОВ, Х.Б. БАУБЕКОВА**  
 РНЦ НМП, Анестезиолого-реанимационное отделение, г. Астана

**Ц**ентральные вены – внутренняя яремная, подключичная и бедренная традиционно катетерируются по анатомическим ориентирам путем чрескожного прокола. Между тем такой подход не лишен недостатков ввиду опасности развития известных более или менее тяжелых осложнений, частота которых варьирует от 5 до 20% согласно разным авторам и типу венозного доступа.

Чтобы ограничить частоту непосредственных механических осложнений, наблюдаемых при традиционных чрескожных доступах, было предложено использование двухмерного УЗИ. Опираясь на недавний метаанализ, National Institute for Clinical Excellence (Великобритания) распространил 4 следующих рекомендации:

1. Катетеризация центральных вен у взрослых и детей производить под контролем УЗИ;
2. Обеспечить возможность проведения УЗИ при катетеризации центральных вен в urgentных ситуациях;
3. Обеспечить подготовку врачей анестезиологов-реаниматологов для катетеризации центральных вен под контролем УЗИ;
4. Использование эхо-Допплера как метода УЗ-контроля при катетеризации центральных вен не рекомендовано.

У пациентов отделения гепатологии и портальной гипертензии, в силу имеющейся у них патологии, риск возникновения осложнений, ассоциированных с пункцией и катетеризацией центральных вен, особенно повышен. В первую очередь это касается таких осложнений, как образование компрессионных гематом, вследствие пункции артерий и сквозного прокола вен на фоне системной гипокоагуляции. Нередко у пациентов данной группы выявляются эмфизема легких и пневмосклероз, что увеличивает опасность возникновения постпункционного пневмоторакса и гемопневмоторакса. У пациентов с циррозом печени и варикозным расширением вен пищевода, осложняющихся периодическим кровотечением, катетеризация центральных вен может проводиться многократно в течение года, часто с коротким интервалом. При этом каждая последующая катетеризация сопряжена с возможными техническими трудностями и повышенным риском возникновения осложнений ввиду наличия изменений катетеризированной ранее вены (тромбоз, склероз стенок и т.д.). С подобной ситуацией мы столкнулись также у пациента, находящегося на длительном парэнтеральном питании вследствие наличия

синдрома «короткой кишки» (после резекции тонкого и части толстого кишечника). При анестезиологическом обеспечении операции ортотопической трансплантации печени во внутреннюю яремную вену на разном уровне устанавливаются 4-канальный центральный венозный катетер и интрадусер для проведения катетера Сван-Ганца диаметром 8,5 Fr, что у пациентов, находящихся в терминальной стадии заболеваний печени, значительно повышает риск возникновения перечисленных выше осложнений, которые ввиду характера предстоящей длительной операции могут иметь самые драматические последствия. Кроме этого, эхолокционная пункция центральных вен позволяет избежать травмирования венозных клапанов при пункции с последующей их фиксацией катетером, что создает условия к раннему тромбозу вены. В связи с этим, в целях минимизации возможных осложнений, связанных с катетеризацией центральных вен, с конца ноября 2010 года мы системно используем эхоскопию при пункции и катетеризации центральных вен у наших пациентов.

#### Физические предпосылки

Ультразвук – это звук с частотой колебания более 20 КГц (не улавливаемый человеческим ухом). В медицинской практике используется ультразвук с частотой от 3-х до 15 МГц. Ультразвук генерируется кристаллами, находящимися в датчике, и отражается в зависимости от импеданса (сопротивления) проходимых тканей. Распространение ультразвука в биологические среды настолько уменьшается, насколько его частота увеличивается, таким образом, ультразвук высокой частоты предназначен для исследований поверхностных структур. Датчики, используемые при исследовании сосудов, имеют частоту от 5 до 10 МГц, тогда как датчики с частотой 3,5 МГц предназначены, в принципе, для исследования органов брюшной полости. Воздух препятствует распространению ультразвука, поэтому для исключения его наличия между кожей и датчиком используется гель. Датчик получает УЗ-волны, отраженные от тканей и структур, и трансформирует их в электрические сигналы, которые и составляют основу эхографического изображения. Яркость каждой точки изображения прямо пропорциональна отражающей способности тканей (эхогенность). Сосуды имеют низкую эхогенность и отображаются на экране в виде темных структур, легко дифференцируемых от соседних органов (изображение 1). Вены отличаются от артерий их податливостью при компрессии датчиком и отсутствием пульса-