

Новини Нейросимпозіуму-2017: етодолак у лікуванні дискогенної поперекової радикулопатії

12-14 вересня в м. Одеса під патронатом Міністерства охорони здоров'я України, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Української асоціації головного болю, Міжнародної асоціації головного болю та Міжнародної академії медичної освіти (ГО «МАМО») відбулася міжнародна неврологічна конференція «Нейросимпозіум». У рамках заходу розглядалися гострі кути в діагностиці та лікуванні больового синдрому, були проведені інтерактивні засідання та практичні майстер-класи під керівництвом видатних учених з України, Франції, Великої Британії, Австрії, Іспанії, країн Балтії.



Серед наукових доповідей особливий інтерес у слухачів викликала презентація **ректора ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доктора медичних наук, професора, нейрохірурга Володимира**

Івановича Смоланки на тему «Дискогенна поперекова радикулопатія. Коли і кого оперувати?». Починаючи виступ, спікер дав дефініцію радикулопатії та підкреслив, що при цій патології біль зазвичай однобічний, більш виражений у нижній кінцівці, ніж у хребті, часто іррадіює в стопу. Серед типових ознак радикулопатії – позитивний симптом Ласега, неврологічні прояви обмежуються, як правило, одним корінцем.

Доповідач навів статистичні дані: щорічно у світі виконується більш ніж 1,5 млн дискотомій; успішний післяопераційний результат спостерігається в 70-90% випадків, а **10-30% пацієнтів не відзначають покращення стану після хірургічного втручання та продовжують відчувати біль.** Чому це відбувається, якою має бути тактика ведення таких пацієнтів?

Згідно з чинними рекомендаціями лікування дискогенної поперекової радикулопатії може бути консервативним та оперативним. Консервативна терапія допускає фізичне втручання: мануальне та тракційне лікування, фізіотерапію, призначення медикаментів (м'язових релаксантів, нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), опіоїдних аналгетиків, епідуральні ін'єкції стероїдів). Характеризуючи ефективність медикаментозного лікування, **В.І. Смоланка звернув увагу слухачів на етодолак (селективний інгібітор ЦОГ-2, який має оптимальний профіль ефективності та безпеки).** Доповідач зауважив, що етодолак безпечніший для шлунково-кишкового тракту, ніж диклофенак, оскільки при прийомі етодолаку диспепсія та абдомінальний біль виникають відповідно у 9 та 7 разів рідше, ніж при застосуванні відомого стандартного НПЗЗ.

Швидкий аналгетичний ефект етодолаку (Етол Форт) спостерігається через 30 хв, тобто він починає діяти в 4 рази швидше, ніж диклофенак, а тривалість дії становить 12 год. При цьому етодолак має потужний аналгетичний вплив.

Відповідно до рекомендацій Американської асоціації з вивчення болю при спондилоартриті (ASAS) застосування етодолаку в дозі 600 мг (1,5 таблетки Етол Форт) еквівалентне максимальній добовій дозі диклофенаку 150 мг, 200 мг ацеклофенаку, 90 мг еторикоксибу, 15 мг мелоксикаму, 2400 мг ібупрофену, 150 мг індометацину, 200 мг кетопрофену.

На сьогодні в Україні представлено тільки етодолак виробництва компанії Nobel – у вигляді таблеток по 400 мг (**Етол Форт**) і таблеток пролонгованої дії по 600 мг

(Етол SR). **Для усунення гострого болю Етол SR застосовують по 1 таблетці на добу.**

Протягом останніх 20 років було проведено низку масштабних рандомізованих контрольованих досліджень, в яких зазвичай формували 2 групи: одні хворі з радикулопатією отримували хірургічне лікування, інші – консервативне. Пацієнти, які брали участь у цих випробуваннях, страждали на радикулопатію та мали велику грижу диска (понад 6 мм).



Р. н. UA/3962/01/01 із 20.08.2015

Лектор сфокусував увагу присутніх на даних із досліджень Н. Weber та Maine Lumbar Spine Study. Результати випробування Н. Weber (n=280, 10 років спостереження) показали кращий результат у групі хірургії через 1 рік (різниця статистично значуща). На четвертий рік пацієнти з групи хірургічного лікування все ще мали кращий результат лікування, проте він уже не був статистично достовірним. Лише незначні зміни відбулись у хворих упродовж наступних 6 років.

Згідно з даними Maine Lumbar Spine Study (n=507, 10 років катмнезу) серед пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання, рівень задоволеності результатом терапії був вищим порівняно з таким серед хворих, котрі отримували консервативне лікування. Через 10 років 70% пацієнтів із групи хірургічного втручання були задоволені своїм станом, у терапевтичній групі цей показник становив 55%. Зафіксований ефект переважання хірургічного лікування над консервативною терапією утримувався протягом усіх 10 років спостереження. При порівнянні динаміки симптомів у підгрупах пацієнтів, що страждали від сильного больового синдрому, міжгрупова різниця була ще істотнішою.

Результати дослідження SPORT також підтвердили перевагу хірургічного методу лікування (міжгрупова різниця стала статистично достовірною вже через 3 міс та залишалася такою впродовж 2 років). W.C. Peul і співавт. – автори дослідження за участю пацієнтів з ішіасом (n=283, 2 роки спостереження) – показали, що рання хірургія (6-12 тижнів) гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта сприяє швидкому відновленню та ефективнішому регресу радикулярного синдрому порівняно з консервативною терапією. «Хірургічне лікування показане пацієнтам, у котрих консервативна терапія не продемонструвала ефекту протягом 6-8 тижнів», – констатував доповідач. При довготривалій оцінці результатів хірургічного та консервативного лікування різниці між двома групами немає, але хірургічне втручання забезпечує більш швидке досягнення клінічного ефекту та кращий регрес радикулярного синдрому.

У наступній частині виступу професор В.І. Смоланка розкрив особливості лікування синдрому кінського хвоста, який може ускладнювати перебіг післяопераційного періоду: «На жаль, після хірургічного втручання у 22-50% пацієнтів не відновлюється сечовипускання. Ця проблема може зберігати актуальність навіть через декілька років». Лектор повідомив результати декількох міжнародних досліджень, у яких узяли участь хворі із синдромом кінського хвоста. Автори цих досліджень констатували значні переваги у відновленні пацієнтів, прооперованих протягом перших 48 год, на відміну від стану хворих, котрим здійснили втручання через ≥48 год після появи клінічних ознак. Виконання декомпресії в перші 48 год сприяло значному покращенню сенсорної та моторної функції, нівелюванню тазових порушень у пацієнтів порівняно з проведенням оперативного втручання пізніше 48 год. Важливим індикатором несприятливого прогнозу відновлення сечовипускання, на думку вчених, є сенсорні порушення в ділянці промежини.

«Таким чином, синдром кінського хвоста – показання до проведення хірургічного втручання, цей стан можна вважати ургентним; оптимальним часом для оперативного лікування є перші 48 год, проте найкращий результат досягається в пацієнтів, прооперованих протягом 24 год», – резюмував професор В.І. Смоланка.

Ще одним проблематичним моментом після проведення хірургічного лікування міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта є питання відновлення м'язової сили. В одному дослідженні, присвяченому встановленню ймовірності відновлення м'язової сили після хірургічного втручання (n=450), майже в половині прооперованих хворих (n=240) відзначали парез стопи. Контрольні огляди проводилися перед хірургічним втручанням, через 6 міс та 1 рік. Встановлено, що у хворих із помірним парезом (3-4 бали) його регрес фіксували через 6 міс після операції в 70%; а в пацієнтів із вираженим парезом (2 бали) регрес мав місце тільки в 40% випадків. Час виникнення парезу, вага пацієнта

та рівень ураження не мали значення. Автори дослідження не зафіксували кореляційного зв'язку між тривалістю парезу перед операцією та відновленням м'язової сили в післяопераційному періоді, але зауважили, що в пацієнтів із вираженим парезом шанси на відновлення в 4 рази нижчі, ніж у хворих із легкими порушеннями. Таким чином, пацієнти з парезом стопи при грижах міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта мають кращі шанси на відновлення, якщо парез легкий або помірний, а прогресуючий парез є показанням до ургентного хірургічного втручання через низьку ймовірність відновлення.

Підсумовуючи сказане, В.І. Смоланка зазначив, що варто пам'ятати декілька важливих моментів.

Незважаючи на те, що обидві стратегії демонструють приблизно однаковий терапевтичний результат через 1 рік, хірургічне лікування порівняно з консервативною терапією забезпечує більш швидке зменшення болю та повернення до нормального життя.

Показаннями до хірургічного втручання є:

- відсутність ефекту на тлі консервативного лікування впродовж 6-8 тижнів;
- нестерпний біль;
- синдром кінського хвоста;
- парез стопи.

Остаточне рішення щодо проведення операції приймає пацієнт після обговорення з лікарем.

При консервативному лікуванні пацієнтів із радикулопатією для усунення больового синдрому використовують НПЗЗ.

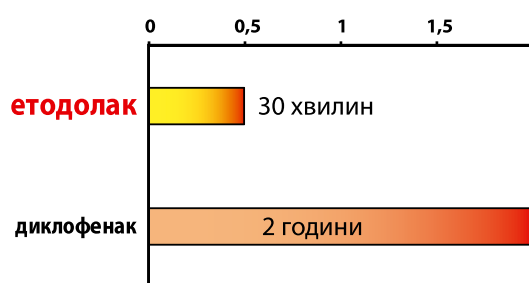
Слід віддавати перевагу селективним інгібіторам ЦОГ-2, які мають оптимальну ефективність та профіль безпеки. Таким препаратом є **Етол Форт** (етодолак), який зарекомендував себе як дієвий і безпечний засіб для усунення гострого болю при зазначеній патології. Важливою перевагою засобу **Етол Форт** порівняно з іншими НПЗЗ є швидкий початок анальгезії – після перорального прийому препарату в дозі 400 мг виражений аналгетичний ефект спостерігається вже через 30 хв. Завдяки численним перевагам **Етол Форт** можна рекомендувати для широкого застосування в лікуванні дискогенної радикулопатії з вираженим больовим синдромом.

Підготувала **Тетяна Можина**



Етол Форт

Етодолак знеболює в 4 рази швидше диклофенака



Baumert W.P. Postgraduate Med. Vol., 1997 Etodolac, Mosby's GenRx, 11th edi., 2001