ZU_2012_Nevro_2.qxd 03.07.2012 17:33 Page 51

Эффективность и безопасность этодолака в лечении вертеброгенных болевых синдромов

По материалам XIV Международной конференции «Возрастные аспекты неврологии» (АР Крым, г. Судак, 18-20 апреля)

Патология пояснично-крестцового отдела позвоночника составляет около 30% общей заболеваемости, 20-30% всех заболеваний нервной системы и более 80% заболеваний периферической нервной системы. Ежегодно она регистрируется у 15-25% взрослого населения планеты. Около 84% мирового населения хотя бы раз в жизни переживали относительно длительный эпизод боли в спине (М.В. Путилина, 2009).
Вопросам выбора лекарственных средств для купирования вертеброгенной боли посвятил доклад доцент курса профессиональных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук Сергей Геннадиевич Сова.

– Одной из наиболее частых причин потери трудоспособности лицами 30-45-летнего возраста являются вертеброгенные болевые синдромы. Около 80% населения планеты хотя бы однажды в жизни испытывали боль в спине. Вместе с тем за медицинской помощью обращается около 40% больных. У трети пациентов острая боль переходит в хроническую.

Чаще болеют женщины, но показатель выхода на пенсию по инвалидности и процент пациентов, оперированных по поводу грыж межпозвонковых дисков, выше среди мужчин.

Основой фармакотерапии вертеброгенных болевых синдромов остаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Согласно статистическим данным врачи ежегодно выписывают около 500 млн рецептов на НПВП и 30 млн людей в мире ежедневно принимают эти препараты. При этом 2-2,5 тыс. пациентов в год умирают вследствие осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, обусловленных приемом НПВП (Deeks J.J., 2002). Приблизительно столько же больных ежегодно умирают от СПИДа (Singh G., Triadafilopoulos G., 2001). Прием НПВП становится причиной 20% всех побочных эффектов фармакотерапии в Англии, 25% – в США, 46,5% – в Украине (Викторов А.П., 2005).

Следует отметить, что 58% НПВП-ассоциированных гастродуоденальных язв манифестируют осложнениями, а 50-60% пациентов, госпитализированных по причине желудочно-кишечного кровотечения, ранее принимали НПВП.

Обеспечение безопасности при применении НПВП является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Высоким уровнем противовоспалительной и аналгетической активности при низкой частоте желудочно-кишечных осложнений в сравнении с классическими НПВП характеризуется селективный ингибитор циклооксигеназы второго типа (ЦОГ-2) этодолак (Этол Форт).

Этодолак относится к умеренно селективным ингибиторам ЦОГ-2 (к высокоселективным ингибиторам ЦОГ-2 относятся коксибы), но в то же время превосходит по селективности мелоксикам. Помимо ингибирования синтеза простагландинов, этодолак блокирует синтез брадикинина и тем самым оказывает двойной аналгетический эффект.

Этодолак обладает хорошей гастроинтестинальной переносимостью, что связано с минимальной энтерогепатической рециркуляцией, коротким периодом полувыведения и преимущественным ингибированием синтеза ЦОГ-2 (Rothstein R., 1998). Существует гипотеза, что меньшая степень повреждения слизистой оболочки желудка этодолаком обусловлена менее выраженным ингибированием синтеза цитопротекторных простагландинов.

E. Fernandes et al. (2004) провели эндоскопическую оценку повреждения слизистой оболочки желудка после приема НПВП в течение 14 дней при лечении остеоартроза. По окончании приема этодолака эрозий не обнаруживали либо выявляли не более одной, тогда как терапия напроксеном или ибупрофеном приводила к образованию более трех эрозий. После применения индометацина отмечались множественные эрозии слизистой оболочки желудка (рис. 1).

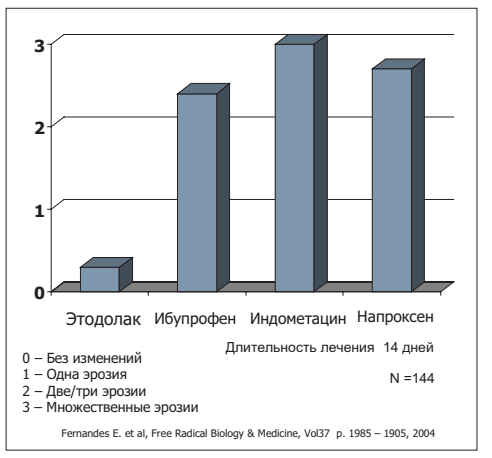

Рис. 1. Эндоскопическая оценка побочных действий на слизистую желудка после приема НПВП для лечения остеоартроза

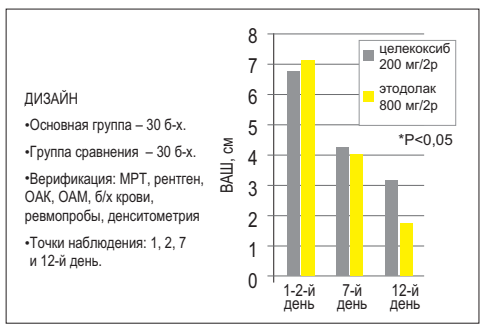

Рис. 2. Результаты сравнительного исследования Этодолака и Целекоксиба в лечении пояснично-крестцового радикулита (оценка боли по ВАШ)

Также установлено, что прием высокоселективного ингибитора ЦОГ-2 рофекоксиба у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), увеличивает риск повторного ИМ в 4,26 раза. Применение этодолака у пациентов, перенесших ИМ, не увеличивает риск повторного тромбоза коронарных артерий. По результатам ретроспективного когортного исследования (38 601 пациент, 1998-2004 гг.) был сделан вывод о том, что этодолаку следует отдавать предпочтение у пациентов с повышенным риском НПВП-ассоциированных гастроинтестинальных и кардиоваскулярных осложнений (Warner J.J., Weideman R.A., Kelly K.C. et al., 2008).

Этодолак отличается от большинства других НПВП способностью поддерживать целостность матрикса гиалинового хряща при воспалительных заболеваниях суставов (Balfour J.A., Buckley M.M., 1991), поскольку блокирует негативное влияние интерлейкинов (ИЛ-1) на метаболические процессы в костной и хрящевой ткани, что было показано в экспериментах in vitro и in vivo, а также в исследованиях с участием пациентов, страдающих артритом (Goldring et al., 1990). Применение этодолака улучшает прогноз при ревматических заболеваниях за счет увеличения синтеза коллагена II типа, тогда как кетопрофен и индометацин не влияют или же ухудшают его синтез.

Аналгетический эффект после приема этодолака наступает в течение 30 мин, обезболивающее действие длится 12 ч. Прием пищи и антацидов не уменьшает биодоступность препарата, которая составляет 80-100%. Этодолак быстро проникает в синовиальную жидкость, где достигается более высокая концентрация, чем в плазме крови (Baumert W.P., 1995).

Препарат Этол Форт содержит 400 мг этодолака и применяется в стандартной дозе 400 мг 2 раза в сутки после еды. При остром воспалении и боли Этол Форт назначают в дозе 400 мг 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Для больных с массой тела менее 60 кг суточная доза препарата составляет 20 мг/кг.

Нами было проведено сравнительное исследование эффективности этодолака и целекоксиба в лечении вертеброгенного поясничнo-крестцового радикулита. Основную группу исследования составили 30 пациентов, которые получали лечение этодолаком по 400 мг 2 раза в сутки, а группу сравнения – 30 больных, которые принимали целекоксиб по 200 мг 2 раза в сутки. В ходе исследования пациентам проводились рентгенография позвоночника в прямой и боковой проекциях и денситометрия, а также рутинные лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, ревмопробы). Пациентов обследовали на 1, 2, 7 и 12-й дни. В первый, второй и седьмой дни наблюдения пациенты основной и контрольной группы оценивали интенсивность боли и ее динамику по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) одинаково. На 12-й день исследования пациенты основной группы оценивали интенсивность болевых ощущений значительно ниже, чем больные группы сравнения ($p<0,05$) (рис. 2). Побочные эффекты наблюдались у пяти пациентов основной группы (16,7%) и у четырех больных из группы сравнения (13,3%) Таким образом, в нашем исследовании Этол Форт в дозе 800 мг/сут по количеству побочных реакций практически не уступал высокоселективному ингибитору ЦОГ-2 целекоксибу в дозе 400 мг/сут, а по выраженности и длительности аналгетического эффекта достоверно превосходил его.

Подготовила ***Елена Украинец***