

12. National Institute of Health Consensus Development Panel: Prevention of venous thrombosis and pulmonary embolism //JAMA. — 1986. — Vol. 256, N 6. — P. 744—749.
13. Nilsson P.E., Fredin H., Bergqvist D. et al. //Orthopedics. — 1997. — Vol. 20, Suppl. 2 — P. 22—25.
14. Planes A., Vochelle N., Fagola M. et al. //Acta Chir. Scand. — 1990. — Suppl. 556. — P. 108—115.
15. Planes A., Vochelle N., Darmon J. et al. //Lancet. — 1996. — Vol. 348 (9022). — P. 224—228.
16. Salzman E.W., Hirsh J. //Basic Principles and Clinical Practice. — 2-d ed. — Philadelphia, 1987. — P. 1252—1265.
17. Spiro T.E., Jonson G.J., Christie M.E. et al. //Ann. Int. Med. — 1994. — Vol. 121, N 2. — P. 81—89.
18. Turpie A.G.J., Levine M.N., Hirsh J. et al. //Engl. J. Med. — 1986. — Vol. 315, N 15. — P. 925—929.

USE OF CLEXANE FOR THE PRESERVATION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS FOLLOWING HIP REPLACEMENT SURGERY

N.I. Arzhakova, V.A. Novoseltseva, E.E. Brovkina, E.E. Biryukova.

In 28 patients (27 hip and 1 knee replacement) Clexane was used in dose 40 mg/day to prevent the development of complications. Clexane («Rhone-Poulenc Rorer», France) is a low molecular weight heparin. The volume of intra- and postoperative blood loss, hemoglobin level, platelets count, coagulogram were analysed in all patients. Efficacy of clexane was evaluated by the absence of clinical signs of deep veins thrombosis and pulmonary embolism, the safety was evaluated by the absence of clinical signs of bleeding. Clexane was determined to give effect on the system of blood coagulation and platelets count (tendency to thrombocytopenia). In no one case clinical signs of deep veins thrombosis and pulmonary embolism as well as the signs of hemorrhagic events were detected.

© Л.М. Ермолина, 1998

Л.М. Ермолина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАСТУМ® ГЕЛЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОКОЛОСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

У 20 пациентов с заболеваниями околоуставных мягких тканей для местного лечения использовали Фастум® гель (фирма «Берлин-Хеми/Группа Менарини») — новую лекарственную форму кетопрофена, обладающего противовоспалительным и анальгезирующим действием. Препарат применяли в сочетании с массажем и лечебной гимнастикой. Курс лечения составлял 10 дней. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Результат лечения оценивали по динамике болевого синдрома (в покое и при движении) и изменению суставного

индекса. Значительное улучшение констатировано в 35% случаев, улучшение — в 60%. Существенных изменений не отмечено у 1 (5%) больной, у которой Фастум гель применялся без сочетания с массажем и лечебной гимнастикой.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) нашли широкое применение при заболеваниях опорно-двигательной системы. В настоящее время существует более 50 различных по химической структуре лекарственных форм НПВП, которые подразделяются на несколько основных подклассов (классификация НПВП по Р.С. Clements, Н.Е. Paulus, 1994 [цит. 5]). Наибольшее распространение получили НПВП, назначаемые перорально или парентерально. Однако их длительное применение часто ограничено из-за побочных явлений, в частности со стороны желудочно-кишечного тракта [6]. Это обстоятельство делает актуальным использование противовоспалительных препаратов в форме мазей и гелей, способных проникать через кожу в области воспаления в терапевтических концентрациях [7].

Фирма «Берлин-Хеми/Группа Менарини» представила новую лекарственную форму кетопрофена — Фастум® гель в специально разработанном наполнителе, который проникает через кожу к очагу воспаления и оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие [7].

Общая абсорбция Фастум геля, нанесенного на кожу, незначительна. При аппликации полоски геля, содержащей от 50 до 150 мг кетопрофена, его концентрация в плазме составляет 0,08—0,15 нг/мл. Общее воздействие препарата на организм, таким образом, минимально.

В нашей клинике Фастум гель был применен у 20 больных с заболеваниями околоуставных мягких тканей. К этой группе заболеваний относятся тендиниты, тендовагиниты, бурситы, тендобурситы, лигаментиты, а также фибромиозиты. Характер процесса может быть воспалительным или дегенеративным. Заболевания эти весьма распространены и чаще возникают у женщин в возрасте 34—54 лет, особенно у лиц физического труда [1—3].

Одним из важнейших механизмов патогенеза фибромиозита считают локальное кислородное голодание тканей, повышение мышечного тонуса, что вызывает болевой синдром, дисфункцию двигательной системы. В дальнейшем это приводит к нейрогенному воспалению, гибели мышечных клеток, образованию болезненных фиброзных узлов, прогрессированию скованности движений.

Полиморфизм патологических изменений обуславливает многообразие клинических проявлений заболеваний околосуставных тканей. Однако основными являются боль и ограничение движений различной локализации, преимущественно вдоль позвоночника, плеча, в локтевом суставе, запястье и кисти, реже в области тазобедренного, коленного сустава, стоп. Локализация поражения околосуставных тканей определяется интенсивностью их функциональной нагрузки. Основными методами лечения являются применение болеутоляющих и противовоспалительных препаратов, физио- и бальнеотерапия, массаж, лечебная гимнастика. В исключительных случаях проводят хирургическое лечение (рассечение апоневроза).

Материал и методы. В обследуемой группе больных с заболеваниями околосуставных мягких тканей было 9 мужчин и 11 женщин в возрасте от 47 до 75 лет. Большинство пациентов в связи с резким обострением процесса лечились в стационаре. У 9 из них диагностирован острый плечелопаточный периартрит, у 5 — хронический анкилозирующий плечелопаточный периартрит, у 2 — периартрит коленного сустава, у 4 — периартрит тазобедренного сустава, трохантерит. У 9 больных заболевание сочеталось со спондилоартрозом шейного и грудного отдела позвоночника с вторичным корешковым синдромом. Давность заболевания составляла от 2 до 5 лет.

Основными клиническими симптомами являлись спонтанно возникающая боль в области шеи, грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника, в области суставов (плечевого, коленного, тазобедренного), усиливающаяся при движении, тугоподвижность суставов. При пальпации определялись боль в области поражения, а также болезненные плотные образования округлой формы в мягких тканях спины, спаянные с подкожной клетчаткой. У 3 больных отмечались плотный отек пальцев рук и кистей, кифосколиотическая деформация.

На рентгенограммах позвоночника и конечностей у 15 больных обнаружен остеопороз головки плечевой кости и большого вертела, кальцификаты по ходу пораженных сухожилий, уплотнения и остеофиты в месте прикрепления сухожилий к кости (тендопериостит).

При исследовании периферической крови и мочи выраженных изменений не выявлено.

Учитывая локальный характер поражения, а также наличие желудочно-кишечных заболеваний (эрозивное поражение слизистой обо-

лочка желудка после применения вольтарена у 3 больных, хронический гастрит у 5 пациентов, хронический колит у 2 и повреждение тонкого кишечника у 1 больного), решено было использовать местно Фастум гель в сочетании с глубоким массажем мышц спины и конечностей, а также корригирующей лечебной гимнастикой. Никакие другие противовоспалительные препараты и физиотерапевтические процедуры в процессе лечения не применялись.

Фастум гель наносили на кожу над пораженным участком (шейного, грудного, поясничного отдела позвоночника, плеча, тазобедренного сустава). Разовая доза равнялась 10-сантиметровой полоске геля, который легко втирали в кожу. Время абсорбции геля составляло 2 мин. У 10 больных после смазывания гелем накладывали на кожу целлофановый лист и оставляли его на 2—3 ч. Такую процедуру проводили 3 раза в день.

Лечебный эффект и переносимость геля оценивали по методике кратковременного испытания НПВП с определением соответствующих клинических параметров до применения геля и в конце 10-дневного курса лечения. Эффективность местного лечения определяли по следующим показателям (в баллах): оценка спонтанных местных болей самим больным (0—3), оценка боли при движении (0—3), местный суставной индекс (0—3). «Динамикой» изучаемых показателей считали изменение их не менее чем на 1 балл.

В понятие *значительное улучшение* вкладывали достижение оптимального значения всех показателей; *улучшение* — положительную динамику всех показателей; *без изменений* — отсутствие динамики или равное число улучшившихся и ухудшившихся показателей; *ухудшение* — превышение числа показателей с отрицательной динамикой на 1 балл и более.

При анализе результатов учитывалась также общая оценка локальной терапии больным.

Результаты и обсуждение. Все больные отмечали хорошую переносимость Фастум геля. Раздражения кожи, зуда и других неприятных ощущений не было ни у одного пациента.

Уменьшение боли в мягких тканях, по словам больных, наступало через 30—40 мин, а продолжительность лечебного действия составляла от 4 до 6 ч (при использовании целлофанового покрытия кожи она увеличивалась на 2 ч).

Глубокий массаж мягких тканей, улучшающий локальную микроциркуляцию и снижающий гипертонус скелетной мускулатуры, а

также специально подобранные комплексы лечебной гимнастики, направленные на растяжение связочного аппарата, несомненно, обостряют болевой синдром. Вот почему так важно в этот период применять анальгетики и противовоспалительные препараты. Фастум гель обладает такими свойствами.

К концу 7-дневного лечения констатировано заметное уменьшение локального болевого синдрома в покое, снижение болевой чувствительности кожи, мышц, фиброзных узлов при пальпации у всех больных. Важно отметить также ослабление боли при движении, уменьшение тугоподвижности, увеличение объема движений в суставах.

По оценке больных, улучшение было достигнуто в 60% случаев, значительное улучшение — в 35%; у одной больной (5%) существенных изменений не наступило (у нее гель применялся без глубокого массажа и лечебной физкультуры). Оценка эффективности лечения врачом полностью совпала с оценкой больных.

Побочных явлений при лечении Фастум гелем ни у одного больного не наблюдалось.

З а к л ю ч е н и е

Фастум гель является эффективным препаратом для местного лечения заболеваний околосуставных мягких тканей. Эффективность и продолжительность лечебного действия Фастум геля значительно возрастают при одновременном применении глубокого массажа мышц пораженной области и индивидуально разработанного комплекса лечебной гимнастики.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Астапенко М.Г., Элярис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата. — М., 1975.
2. Астапенко М.Г. Заболевания мягких околосуставных тканей. //Клиническая ревматология. — М., 1989. — С. 535—568.
3. Бунчук Н.В. Болезни внесуставных мягких тканей //Ревматические болезни: Руководство по внутренним болезням. — М., 1997.
4. Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов //Российский журн. гастроэнтерол. и гепатол. — 1994. — Т. 111, N 1. — С. 11—14.
5. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. — М., 1996.
6. Насонова В.А. Гастропатии, связанные с применением нестероидных противовоспалительных препаратов //Российский журн. гастроэнтерол. и гепатол. — 1994. — Т. 111, N 1. — С. 7—11.
7. Augy S., Poiraud T. //Synoviale. — 1993. — N 25, November.

USE OF FASTUM GELE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PERIARTICULAR SOFT TISSUES DISEASES

L.M. Ermolina

In 20 patients with periarticular soft tissues diseases Fastum® gele («Berlin-Chemi/A.Menarini», Germany) was used for local treatment. It is a new anti-inflammatory, analgesic ketoprofen. Fastum gele was applied in combination with massage and exercise therapy. Treatment course was 10 days. All patients recorded a good tolerability of the medicine. Treatment result was evaluated by dynamics of pain syndrome (at rest and movement) and changes of articular index. Significant improvement was achieved in 35% of cases, improvement - in 60% of cases. No essential improvement was noted in 1 patient (5%) who was treated by Fastum gele without massage and exercise therapy.

© К.А. Теодоридис, 1998

К.А. Теодоридис

О СОСТОЯНИИ ДОРОЖНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Областная больница, г. Птолемаида (Греция)

Работа основана на анализе материалов Комиссии экспертов высшего уровня по европейской политике дорожной безопасности, а также материалов Межпартийной парламентской комиссии Греции. Анализ проведен с учетом установленных Комиссией основных показателей (критериев) состояния дорожной безопасности: числа погибших на 1 млн жителей, числа погибших на 1 млн машин, числа погибших на 1000 млн километров автопробега, динамики числа погибших, распределения погибших по категориям (группам) пользователей дорог, тяжести полученных повреждений, места происшествия транспортного несчастного случая. Показано, что недостаточная дорожная безопасность представляет серьезнейшую угрозу для общественного здоровья, и для снижения этой угрозы необходимо безотлагательное принятие действенных мер. Комиссия предлагает поставить в качестве общей цели уменьшение до 2000 г. числа погибших и тяжелораненых в странах-членах Европейского Союза на 20–30%.

Современная цивилизация характеризуется значительным прогрессом во многих сферах деятельности. В развитых странах снизилась заболеваемость, увеличилась средняя продолжительность жизни, возрос уровень благосостояния населения. В противоположность этому существенного уменьшения числа транспортных несчастных случаев (ТНС)* до сих пор не достигнуто.

Недостаточность дорожной безопасности (ДБ) остается серьезной угрозой для общественного

* Во введенной в РФ с 1998 г. Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в XXI классе предусмотрен большой блок (V01–V99) для шифровки транспортных несчастных случаев (traffic accidents) как причины смерти [2].