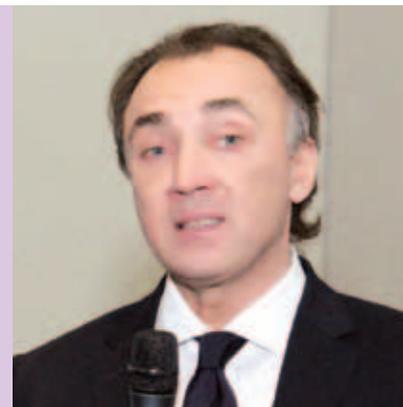




Трудный пациент с болью. Клинические разборы

В рамках симпозиума, прошедшего при поддержке компании «Такеда», обсуждались интересные и трудные случаи из практики, где одним из главных симптомов был болевой синдром. Проводя клинические разборы, эксперты рассматривали важнейшие аспекты болезни в целом (этиологию, патогенез, дифференциальную диагностику, лечение и прогноз), а также раскрывали индивидуальное значение обнаруживаемых симптомов, без чего невозможно поставить диагноз и назначить терапию конкретному больному. Модератором симпозиума выступил д.м.н., профессор, председатель Совета экспертов Ассоциации междисциплинарной медицины Андрей Борисович ДАНИЛОВ (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).



Профессор, д.м.н.
Г.Р. Табеева

Профессор, д.м.н., президент Российского общества по изучению головной боли Поэзьяль Рафкатовна ТАБЕЕВА (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) представила клинический случай орофациальной боли у женщины 45 лет. На момент обращения пациентка в течение пяти лет страдала пароксизмальными болями, локализующимися в орбитальной и периорбитальной области справа, с распространением в область височно-нижнечелюстного сустава, теменную область. Боль носила преимущественно стреляющий характер («удары электрическим током») и имела высокую интенсивность (7–8 баллов по Визуальной аналого-

Трудный пациент с лицевой болью

вой шкале). Эпизоды были краткосрочными (2–4 секунды), спонтанными и частыми (40–60 приступов в день), при этом стимул-зависимая боль отмечалась крайне редко. Обострения и ремиссии длились по несколько месяцев. Получала карбамазепин 600 мг/сут в течение четырех лет с неполным эффектом. На момент обращения атаки стали более интенсивными (9–10 баллов по Визуальной аналоговой шкале) и начали сопровождаться слезотечением из правого глаза и его покраснением, появилась боль в жевательных мышцах. Результаты дополнительных обследований: магнитно-резонансная томография и ангиография – без патологии. Общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи – в норме, маркеры, которые бы позволяли заподозрить системную патологию или интракраниальный процесс, отсутствовали.

Дифференциальная диагностика – один из самых сложных и трудных этапов в ведении пациентов с лицевой болью. Профессор Г.Р. Табеева отметила, что при постановке диагноза были последова-

тельно рассмотрены возможные типы лицевой боли, согласно классификации Американской академии по изучению орофациальной боли:

- тригеминальные вегетативные цефалгии (кластерная, пароксизмальная гемикрания, кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headache Attacks with Conjunctival Injection and Tearing), кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли с краниальными вегетативными симптомами (Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headache Attacks with Cranial Autonomic Symptoms));
- невралгии и невропатии (тригеминальная, глоссофарингеальная, затылочная, посттравматическая, постгерпетическая невралгия, синдром пылающего рта);
- мышечно-скелетные (дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, миофасциальная боль);
- идиопатические (идиопатическая персистирующая лицевая боль).



Сателлитный симпозиум компании «Такеда»

Тригеминальные вегетативные цефалгии фенотипически схожи: их объединяют высокая интенсивность, короткая продолжительность и вегетативные проявления (слезотечение, покраснение конъюнктивы, отек века, заложенность носа или ринорея, иногда птоз, миоз). Основное отличие состоит в продолжительности болевых атак¹. Так, длительности кратковременных односторонних невралгических болей с инъекированием конъюнктивы и слезотечением составляет 5–240 секунд, пароксизмальной гемикрании – 2–30 минут, кластерной (пучковой) головной боли – 15–180 минут. Наиболее эффективный способ лечения кластерной головной боли – ингаляции кислорода (уровень доказательности А). Доказанной эффективностью обладают быстродействующие формы суматриптана в виде подкожных инъекций и назального спрея (уровень доказательности А), а также золмитриптан в виде назального спрея и таблеток (уровень доказательности В). Пароксизмальные гемикрании отвечают на терапию индометацином.

Идиопатическая персистирующая лицевая боль – боль в лице и/или полости рта, носящая хронический характер и не имеющая специфических характеристик. Она часто сопровождается депрессивной и ипохондрической симптоматикой. У большинства пациентов отмечается стрессогенный дебют, а психогенные факторы оказывают провоцирующее воздействие. С эффектом используются антидепрессанты и когнитивно-поведенческая терапия.

Тригеминальная невралгия – наиболее частый тип невралгии в области лица (2–5 случаев на 100 тыс. человек). Приступы характеризуются односторонней (острой, стреляющей, ланцинирующей) болью в зонах иннервации третьей, второй и крайне редко первой ветвей

тройничного нерва. Атаки провоцируются неболевыми стимулами в специфических испилатеральных зонах. Длительность болевой приступа составляет от нескольких секунд до одной-двух минут. После приступа возникают рефрактерные периоды, когда стимуляция не вызывает боль. В лечении невралгии тройничного нерва используются антиконвульсанты (карбамазепин 600–800 мг/сут) и другие противосудорожные средства, антидепрессанты. Если консервативная терапия не приносит желаемого эффекта, врач может принять решение о хирургическом лечении.

Говоря о мышечно-скелетных болях, следует обратить внимание на миофасциальный болевой синдром, в том числе вызванный дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный болевой синдром – локальная неспецифическая мышечная боль, обусловленная возникновением в мышце фокусов повышенной раздражимости – триггерных точек. К обязательным клиническим признакам миофасциальной боли относятся напряженная болезненная мышца, в которой при пальпации четко определяются зоны еще большего болезненного мышечного уплотнения – активные триггерные точки. Если на них надавить, боль ощущается не только в самой точке, но и иррадирует в отдаленные от этой точки зоны – зоны отраженных болей.

В приведенном клиническом случае в дебюте боль не сопровождалась вегетативными симптомами – обязательным признаком тригеминальных вегетативных цефалгий, поэтому пациентке был поставлен диагноз «тригеминальная невралгия первой ветви тройничного нерва. Вторичный миофасциальный болевой синдром с вовлечением жевательной и крыловидных мышц справа». Слезотечение (конъюнктивальная инъекция) – редкий

симптом, который наблюдается, как правило, при вовлечении первой ветви тройничного нерва и сильных приступах – как в рассматриваемом случае.

Пациентке был назначен окскарбазепин в высокой дозе – 1800 мг/сут. Ввиду наличия мышечно-скелетного компонента (миофасциального болевого синдрома) в схему лечения был также включен нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) – лорноксикам (Ксефокам) 16 мг/сут и для дополнения рациона БАД Келтикан комплекс по одной капсуле в течение 20 дней.

Профессор Г.Р. Табеева пояснила, почему были выбраны лорноксикам (Ксефокам) и Келтикан комплекс. Ксефокам (лорноксикам) – сбалансированный ингибитор циклооксигеназы 1 и 2 с изученными противоболевыми эффектами на многих моделях, высоким профилем безопасности и хорошей переносимостью. Это единственный оксикам с коротким периодом полувыведения, что исключает его накопление в плазме, снижая риск дозозависимых побочных реакций. Ксефокам (лорноксикам) имеет различные формы выпуска – для парентерального введения (лиофилизат для приготовления раствора для в/м и в/в инъекций) и перорального приема (стандартные таблетки и быстро абсорбируемые таблетки Ксефокам Рапид). Ксефокам Рапид был разработан специально для быстрого и эффективного лечения острой боли. Обезболивание начинается приблизительно через 30 минут после приема, что сопоставимо со скоростью наступления эффекта при внутримышечной инъекции Ксефокама. Еще одним аргументом в пользу назначения лорноксикама (Ксефокама) стал тот факт, что в отечественном исследовании Ксефокам эффективно купировал болевой синдром при цервикокраниальной боли и невралгии затылочного нерва².

Неврология

¹ Осипова В.В., Табеева Г.Р., Тринитатский Ю.В., Шестель Е.А. Первичные головные боли: клиника, диагностика, терапия: Информационное письмо (для неврологов, терапевтов, врачей общей практики). Ростов-на-Дону, 2011.

² Медведева Л. НПВП и дополнительные возможности в терапии цервикокраниальной боли // Врач. 2011. № 4. С. 73–79.



XIV Вейновские чтения

В состав БАД Келтикан комплекс входят нуклеотид уридинмонофосфат (50 мг), витамин В₁₂ (3 мкг) и фолиевая кислота (400 мкг). Уридинмонофосфат (состоит из урацила, моносахарида и фосфатной группы) – нуклеотид, который играет центральную роль в синтезе в клетках нервной ткани всех остальных необходимых пиримидиновых нуклеотидов. В экспериментальных исследованиях на крысах с индуцированным травматическим повреждением нерва было показано значимое увеличение аксона и миелиновой оболочки через 60 дней применения нуклеотидов ($p < 0,01$) и значимое

увеличение средней скорости проведения в афферентном нерве через 40 дней применения нуклеотидов³. Витамин В₁₂ – необходимый кофермент различных метаболических реакций, вовлечен в этапы синтеза пуриновых и пиримидиновых нуклеиновых оснований, нуклеиновых кислот и белков. Фолиевая кислота выступает в качестве кофермента в метаболизме белка и нуклеиновых кислот, в частности вовлечена в синтез пурина, ДНК, сборку и разборку различных аминокислот. Участвует в биосинтезе нейротрансмиттеров, фосфолипидов, гемоглобина. Согласно результатам клиническо-

го исследования, применение БАД Келтикан комплекс способствовало сокращению выраженности болевого синдрома у пациентов с периферическими туннельными невропатиями. Совокупно 77,4% пациентов полностью отказались от анальгетиков или стали принимать их в меньшей дозе⁴. Таким образом, Келтикан комплекс способствует восстановлению поврежденных нервных волокон при заболеваниях позвоночника и периферических нервов. В заключение профессор Г.Р. Табеева отметила, что тщательный анализ симптомов и адекватное лечение позволили достичь успеха в приведенном клиническом случае.



Профессор, д.м.н.
А.П. Рачин

На долю позвоночно-спинно-мозговой травмы (ПСМТ) в структуре общего травматизма приходится 0,7–8% случаев. Летальность при ПСМТ высока: до 37% на догоспитальном этапе и от 8 до 58,3% – в стационаре. Инвалидность в результате ПСМТ получают от 57,5 до 100% пациентов⁵. Профессор, д.м.н. Андрей Петрович РАЧИН, заведующий отделением эволюционной неврологии и нейрофизиологии Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии, отметил, что врачи могут испытывать

Дифференцированный подход в терапии спинальной травмы

трудности с ведением пациентов с ПСМТ, приведем пример из клинической практики.

Пациент В., 45 лет, в 2014 г. перенес сочетанную травму с повреждением позвоночника, спинного мозга и ребер. Через полтора месяца ему было проведено несколько последовательных хирургических вмешательств: ламинэктомия Th6–Th7, субтотальная корпорэктомия Th6, декомпрессия спинного мозга, устранение патологического кифоза, комбинированной транспедикулярно-крючковой фиксации Th4, Th5–Th7, Th8. После первой операции появились неприятные ощущения в области стоп. Пациент на протяжении нескольких последующих лет неоднократно проходил реабилитацию в центрах Москвы и ближнего Подмосковья с некоторой положительной динамикой: регресс тазовых нарушений, нарастание мышечной силы в нижних конечностях, однако он оставался прикованным к постели и инвалидной коляске.

В июле 2017 г. пациент прошел первый курс медицинской реабилитации (16 дней) в Национальном медицинском исследовательском центре реабилитации и курортологии, в октябре 2017 г. – второй курс (60 дней). При повторном поступлении предъявлял жалобы на выраженную слабость в ногах (особенно в правой), выраженное нарушение ходьбы из-за слабости в ногах, нарушение чувствительности и жгучие боли в области стоп, нарастание мышечного тонуса в нижних конечностях.

В курс реабилитации входили эрготерапия и роботизированная механотерапия: Pegasus (комплексная диагностика и реабилитация позвоночника с последующим назначением программы тренировок), S-Mill (тренировка баланса), CON-TREX (пассивное накопление и увеличение мышечной массы), а также гидрокинезитерапия (индивидуальные занятия в бассейне) и лазеропунктура. Было назначено медикаментозное лечение: тизанидин 4 мг два раза в день, Ксефокам рапид 8–16 мг

³ Wattig B., Schalow G., Heydenreich F. et al. Enhancement of nerve fibre regeneration by nucleotides after peripheral nerve crush damage. Electrophysiologic and morphometric investigations // *Arzneimittelforschung*. 1992. Vol. 42. № 9. P. 1075–1078.

⁴ Negrão L., Nunes P. Uridine monophosphate, folic acid and vitamin B12 in patients with symptomatic peripheral entrapment neuropathies // *Pain Manag*. 2016. Vol. 6. № 1. P. 25–29.

⁵ Богданова Л.П. Восстановительное лечение больных с травматической болезнью спинного мозга при осложненных переломах позвоночника // Тезисы докладов VI Всероссийского съезда физиотерапевтов. СПб., 2006. С. 188.



Сателлитный симпозиум компании «Такеда»

(при боли в области спины), БАД Келтикан комплекс по одной капсуле раз в сутки.

Ксефокам рапид пациент использовал эпизодически для купирования болей, которые возникали из-за непривычной нагрузки, вызванной лечебной физкультурой и занятиями на тренажерах. Применение НПВП в этой ситуации (мышечно-скелетная боль) оправданно. Известно, что лорноксикам – эффективное средство в терапии острой послеоперационной и мышечно-скелетной боли⁶. N. Rawal и соавт. установили, что по выраженности противоболевого эффекта лорноксикам (8 мг два раза в сутки) не уступал другим анальгетикам или НПВП в виде монотерапии либо комбинированной терапии. Кроме того, переносимость лорноксикама была как минимум

не хуже таковой других анальгезирующих препаратов⁷. Достаточная противоболевая эффективность и хорошая переносимость препарата Ксефокам рапид обеспечили высокую удовлетворенность пациента уровнем обезболивания.

Пациент также получал в качестве дополнения БАД Келтикан комплекс по одной капсуле раз в сутки на протяжении двух месяцев. Комплексный подход к ведению пациента привел к положительному результату: исчезла мучительная боль в области стоп, вероятно имевшая невропатическую природу. Профессор А.П. Рачин отметил, что ряд рекомендаций и экспериментальные данные обосновывают использование БАД Келтикан комплекс при болевых ощущениях у пациентов со спинальной травмой⁸.

Двухмесячный курс реабилитации был успешен. Еще в январе 2017 г. пациент не мог передвигаться без опоры, у него отсутствовала фланговая походка, была выраженная слабость в проксимальных отделах нижних конечностей. А к концу второго курса (декабрь 2017 г.) у пациента выросла мышечная сила, в январе 2018 г. он мог стоять без опоры. Таким образом, комплексная медицинская реабилитация с применением различных методов, направленных на укрепление паравертебральных мышц спины, выработку мышц передней брюшной стенки, косые мышцы живота, а также лекарственная терапия (Ксефокам для уменьшения выраженности боли и Келтикан комплекс для купирования невропатического компонента боли) позволили достичь хороших результатов.

Тревожный пациент с болью в спине – сложная задача для врача

Профессор, д.м.н., заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского государственного медицинского университета Эдуард Закирьянович ЯКУПОВ, прежде чем провести клинический разбор, подчеркнул, что боль – это междисциплинарная проблема и нередко помочь пациенту с болевым синдромом можно только при консолидации усилий.

Пациент обратился с жалобами на постоянные боли в грудном отделе позвоночника, особенно при физических нагрузках, с иррадиацией в грудную область, сердце, боль в левом подреберье, которая провоцирует приступы сердцебиения, одышки, чувство тревоги и страха смерти. Приступы возникают с частотой от трех раз в день до двух-трех раз в неделю и сопровождаются оз-

нободобной дрожью, головными болями, иногда гиперемией лица. Фиксируется подъем артериального давления до 140/90 мм рт. ст. Жалобы на головные боли сжимающего и распирающего характера. Слабость в ногах: до болезни поддерживал хорошую физическую форму, пробегал по 20 км в день, теперь расстояние в 2 км проходит с трудом. Частое мочеиспускание по ночам. Постоянно мерзнут ноги, в них возникают боль и судороги, немеют руки. Нарушилось засыпание, появились угнетенное настроение, «упадок сил», «отсутствие интереса к жизни». Пациент считает себя больным с 2001 г., когда произошло падение с девятиметровой высоты. Непосредственно после падения чувствовал оглушенность, боли и переломов не было. Лежа в больнице на вытяжении, резко почувс-



Профессор, д.м.н.
Э.З. Якупов

твовал боль в области сердца, сердцебиение, страх, данное состояние повторялось около раза в неделю. Через три месяца после выписки, когда усилились приступы болей в области сердца, снова был госпитализирован. С этого времени неоднократно лечился в неврологическом и кардиологическом отделениях с диагнозом «дорсалгия с выраженным болевым синдромом,

⁶ Hillstrom C., Jakobsson J.G. Lornoxicam: pharmacology and usefulness to treat acute postoperative and musculoskeletal pain a narrative review // Expert Opin. Pharmacother. 2013. Vol. 14. № 12. P. 1679–1694.

⁷ Rawal N., Krøner K., Simin-Geertsen M. et al. Safety of lornoxicam in the treatment of postoperative pain: a post-marketing study of analgesic regimens containing lornoxicam compared with standard analgesic treatment in 3752 day-case surgery patients // Clin. Drug Investig. 2010. Vol. 30. № 10. P. 687–697.

⁸ Miras-Portugal M.T., Gomez-Villafuertes R., Gualix J. et al. Nucleotides in neuroregeneration and neuroprotection // Neuropharmacology. 2016. Vol. 104. P. 243–254.



обусловленная посттравматическим компрессионным переломом тел Th8–Th9 позвонков с псевдокардиологическим синдромом. Последствия черепно-мозговой травмы в виде двусторонней пирамидной недостаточности, синдромом вегетативной дисфункции с частыми висцеро-вегетативными пароксизмами, синдромом интракраниальной гипертензии с цефалгиями. Астено-депрессивный синдром». Выведен на третью группу инвалидности в 2003 г.

Тот факт, что болевой синдром появился в сочетании с паническими атаками, был оставлен без внимания, врачи сосредоточились на жалобах пациента на боли в груди. В 2003 г. пациент прошел полное кардиологическое обследование, был поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца, безболевая форма». По результатам обследования в Межрегиональном клиническом диагностическом центре в 2008 г. (электрокардиография, эхокардиография, холтеровское мониторирование и тредмил-тест), патологии не обнаружено. Как отметил профессор Э.З. Якупов, длительное и объемное кардиологическое обследование, направленное на поиск несуществующей патологии, завершилось у тревожного пациента формированием «кардиоипохондрического синдрома», о котором писал А.М. Вейн.

С целью поиска причин боли в вертеброгенной патологии пациенту была выполнена магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника и головного мозга, несмотря на то что доказано отсутствие прямой связи между выраженностью дегенеративных изменений в позвоночном столбе и тяжестью болевого синдрома⁹. Согласно европейским и российским клиническим рекомендациям, рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография не показаны для рутинного обследования больного

с неспецифической болью в пояснично-крестцовой области.

Первое стационарное обследование и лечение в отделе неврологии пациент получил в декабре 2004 г., куда поступил с дорсалгией с выраженным болевым синдромом.

Таким образом, с момента травмы в 2001 г. состояние пациента не улучшилось, качество жизни существенно снизилось, боль перешла в хроническую форму. Профессор Э.З. Якупов напомнил, что среди причин хронизации боли могут быть наследственная предрасположенность, биомеханические изменения в позвоночно-двигательных сегментах, регионарные нейродистрофические изменения мышц, связок, суставных капсул, неадекватная анальгетическая терапия в остром периоде, присоединение невропатического компонента боли. Однако наиболее значимую роль в хронизации боли играют психосоциальные факторы. Авторитетный специалист в области изучения боли R. Baron акцентирует внимание на том, что при хронической боли любой локализации обязательным этапом обследования является диагностика нарушений в эмоциональной сфере, а программы по лечению хронических болей в спине, в которые не входит адекватный компонент, относящийся к психическому здоровью, обречены на провал¹⁰. Среди психологических факторов, способствующих хронизации боли, выделяют депрессию, тревогу, беспокойство, агитацию, страх, неправильное представление пациента о боли (катастрофизация), «болевого» тип личности. К социальным факторам относят низкий уровень образования, неудовлетворенность работой, конфликты на рабочем месте, тяжелый физический труд, желание пассивного лечения. В данном клиническом случае из анамнеза известно, что наследственность пациента не отягощена психическими заболеваниями.

Однако он не женат, личную жизнь всегда оставлял на потом, на первое место ставя работу и заботу о родных. Тяжело переживал собственную болезнь, отчасти из-за сильной боли, отчасти из-за невозможности помочь родным. Пытался занять себя домашним хозяйством, но не справился с нагрузкой. Живет с 85-летней матерью. Этот психологический фон, безусловно, оказал влияние на течение заболевания.

В истории болезни пациента имеется выписка из отделения неврозов, где в 2007 г. он находился с диагнозом «хроническое соматоформное болевое расстройство с частыми вегетативными пароксизмами» и ему была назначена соответствующая терапия, но время уже было упущено. Результатом шестилетнего «хождения по мукам» стало получение пациентом второй группы инвалидности в отсутствие реальной органической патологии. Профессор Э.З. Якупов перечислил основные ошибки, которые привели к печальному исходу, подчеркнув прежде всего отсутствие комплексного подхода и недооценку личностных характеристик пациента. В дебюте заболевания паническая атака была неверно расценена как болевой пароксизм. Длительное кардиологическое обследование усугубило ситуацию, сформировав стойкое тревожное расстройство. Неврологическое обследование выявило умеренные «вертеброгенные проблемы», и дальнейшая терапия проводилась только с учетом этого компонента, а коррекция эмоционально-аффективных расстройств была начата слишком поздно и осуществлялась без комплексного неврологического подхода.

Докладчик напомнил алгоритм лечения неспецифической боли в спине. Перед врачом стоит задача уменьшить боль, чтобы пациент мог в скорейшем времени вернуться к активному образу жизни. Необходимо информировать пациента о добро-

⁹ Jensen M.C., Brant-Zawadzki M.N., Obuchowski N. et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain // N. Engl. J. Med. 1994. Vol. 331. № 2. P. 69–73.

¹⁰ Baron R., Förster M., Binder A. Subgrouping of patients with neuropathic pain according to pain-related sensory abnormalities: a first step to a stratified treatment approach // Lancet Neurol. 2012. Vol. 11. № 11. P. 999–1005.

Келтикан® КОМПЛЕКС

НЕРВНЫЕ КЛЕТКИ
ВОССТАНАВЛИВАЮТСЯ

Способствует регенерации нервных волокон



Удобный режим дозирования:

1 капсула в день!

Необходим курсовой прием*

* Курс приема – 20 дней, при необходимости повторить.

СГР № RU.77.99.11.003.E.005541.04.15 от 10.04.2015 г.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов, беременность, кормление грудью.

Gallai V et al. Acta Neurol Scand 1992; 86:3-7; Muller D. Fortschr Med Orig. 2002; 120:131-3; Martinez T. et al. Proteomics 2012 Jan; 12(1): 145-56

ООО «Такеда Фармасьютикалс»: ул. Усачева, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625; www.takeda.com.ru

Дата выпуска рекламы: август 2017. Информация для специалистов здравоохранения. На правах рекламы



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.



качественном характере заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения. Постельный режим замедляет выздоровление и отрицательно влияет на процесс реабилитации, поэтому рекомендуется сохранять активный образ жизни, что способствует регрессу симптоматики и уменьшает риск трансформации боли в хроническую. При острой и подострой боли (до 12 недель) показаны НПВП, миорелаксанты, эпидуральные инъекции глюкокортикостероидов и анестетики^{11, 12}. Среди множества НПВП профессор Э.З. Якупов также выделил лорноксикам, который не уступает золотому стандарту диклофенаку в лечении острой боли в позвоночнике по таким показателям, как разница в интенсивности боли (PID), суммарная разница в интенсивности боли (SPID) и полное облегчение боли TOTPAR¹³. Интенсивность боли при терапии лорноксикамом с быстрым высвобождением (Ксефокам рапид) была значимо ниже, чем при терапии диклофенаком ($p = 0,0107$). В течение первых 90 минут лорноксикам обеспечивал более выраженное обезболивание, чем диклофенак¹⁴. При хронической боли (свыше 12 недель) рекомендуется назначать НПВП, дулоксетин, трамадол, опиоиды^{11, 12}. Если в течение четырех – восьми недель результат не достигнут, а причина боли не вызывает сомнений, то переходят к комплексному (мультидисциплинарному) лечению. Конечно, при определении тактики терапии следует руководствоваться биопсихосоциальной моделью, рассматривая проблему боли в единстве биологических, психологических и социальных факторов, учитывать личностные качества пациента, особенности клинической картины и фенотип болевого синдрома.

Заключение

Подводя итог симпозиума, его модератор профессор А.Б. Данилов отметил, что были рассмотрены три сложных случая лечения болевого синдрома из клинической практики: боль в области лица, спины и при спинальной травме. Эксперты обсудили постановку диагноза на основе данных анамнеза, клинических симптомов, результатов обследования и предложили схему лечения, аргументировав выбор конкретных лекарственных средств.

Известно, что к препаратам первой линии терапии боли относятся НПВП. По мнению докладчиков, лорноксикам, сбалансированный ингибитор циклооксигеназы 1 и 2, может считаться препаратом выбора для лечения острой и хронической боли. Лорноксикам комплексно подавляет продукцию простагландинов за счет ингибции ключевого фермента их синтеза циклооксигеназы. Кроме того, он стимулирует выработку эндогенного динорфина и эндорфина и уменьшает образование провоспалительных цитокинов (интерлейкина 6) и синтез индукционного оксида азота. В клинических исследованиях показано, что препарат эффективно купировал боль, при этом его прием не сопровождался развитием серьезных побочных эффектов. Следует отметить безопасность лорноксикама в отношении желудочно-кишечного тракта. Отдельного упоминания заслуживает Ксефокам рапид – лорноксикам быстрого действия, который предназначен для быстрого и эффективно лечения острой боли.

Биологически активная добавка Келтикан комплекс содержит важ-

ные компоненты, необходимые для восстановления поврежденных нервных тканей. В состав препарата входят уридинмонофосфат (в форме натриевой соли), витамин B₁₂ и фолиевая кислота, которые стимулируют собственные восстановительные процессы в организме. Уридинмонофосфат имеет особое значение для ускорения восстановления поврежденных нервов. Клинически доказано, что при поражении периферических нервов повышается потребность в пиримидиновых нуклеотидах, таких как уридинмонофосфат. Поэтому его поступление в организм имеет важное значение для процессов восстановления и регенерации нервов. В результате его метаболизма обеспечивается восстановление важных компонентов клеточных мембран нейронов, а также поступление достаточного количества ферментов к поврежденным нейронам. Фолиевая кислота и витамин B₁₂ играют важную роль в поддержании нейронного метаболизма (биосинтеза белка, процессы миелинизации), а также в профилактике или снижении выраженности микроангиопатий. Прием комплекса способствует усилению регенерации нервной ткани и нормализации процессов проведения нервного импульса, что может способствовать снижению выраженности болевого синдрома при полиневропатиях, радикулопатиях, токсическом или травматическом повреждении нервов, недифференцированной боли в спине, шее, бедре. Келтикан комплекс хорошо переносится и не вызывает побочных реакций. *

¹¹ Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M. et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American college of physicians // Ann. Intern. Med. 2017. Vol. 166. № 7. P. 514–530.

¹² Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE Guideline, No. 59. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016.

¹³ Herrmann W.A., Geertsens M.S. Efficacy and safety of lornoxicam compared with placebo and diclofenac in acute sciatica/lumbo-sciatica: an analysis from a randomised, double-blind, multicentre, parallel-group study // Int. J. Clin. Pract. 2009. Vol. 63. № 11. P. 1613–1621.

¹⁴ Yakhno N., Guekht A., Skoromets A. et al. Analgesic efficacy and safety of lornoxicam quick-release formulation compared with diclofenac potassium: randomised, double-blind trial in acute low back pain // Clin. Drug Investig. 2006. Vol. 26. № 5. P. 267–277.