



Стратегия успешного лечения дисфункциональных болевых синдромов различной локализации

Болевые синдромы являются одной из ведущих причин обращений к врачу в системе первичной медицинской помощи. Наиболее серьезную проблему в клинической практике по причине сложностей в диагностике и терапии представляют дисфункциональные боли. Оптимальные схемы терапии дисфункциональных болевых синдромов различной локализации с позиции невролога, уролога, нейрохирурга-алголога были представлены в рамках симпозиума «Клинический практикум клуба экспертов», состоявшегося при поддержке компании «Такеда».



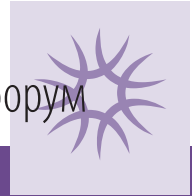
Профессор
М.Н. Шаров

Профессор кафедры нервных болезней стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, заведующий нейростоматологическим отделением ГКБ № 50, д.м.н. Михаил Николаевич ШАРОВ напомнил, что к дисфункциональным болевым син-

Болевая дисфункция височно-челюстного сустава. Результат через преодоление

дромам относятся различные состояния. Это дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, синдром раздраженного кишечника, персистирующая идиопатическая лицевая боль, синдром хронической усталости, интерстициальный цистит, фибромиалгия, головные боли напряжения. Указанные синдромы обусловлены не первичной патологией соответствующего органа или системы, а нейробиологическими – нейрофизиологическими, нейрохимическими и морфологическими – изменениями в центральной нервной системе. В этой связи эффективное лечение дисфункциональной боли – сложная проблема, решить которую невозможно усилиями врачей одной специальности. Междисциплинарный подход к наблюдению пациентов с дис-

функциональными болями успешно реализуется в организованном на базе ГКБ № 50 Центре боли, которым руководит профессор М.Н. Шаров. В схему лечения пациентов в Центре боли включаются не только лекарственные средства, физиотерапия, но и обязательно психологическая помощь пациентам. Это связано с тем, что зачастую длительно существующий болевой синдром вызывает отрицательные эмоции, ограничивает возможности больного, может стать причиной формирования тревоги и депрессивных расстройств. Наибольшие затруднения испытывает врач, сталкиваясь с хроническим затяжным характером соматизированных депрессий (дистимий). Именно при дистимии на первый план в клинической картине выхо-



Сателлитный симпозиум компании «Такеда»

дят хронические болевые синдромы различной локализации. Профессор М.Н. Шаров разобрал клинический случай пациентки, обратившейся в Центр боли.

Пациентка А. 29 лет. Первые симптомы появились в 20-летнем возрасте после лечения зуба у стоматолога. При поступлении пациентка была фиксирована на своих ощущениях, активно и подробно рассказывая о своих болях. Ее беспокоила боль в 5 зубах разного характера и интенсивности, а также боль при надкусывании, при надавливании другими зубами. Мучило ощущение жжения языка при соприкосновении с зубами с левой и правой сторон. Временами появлялось чувство удушья в области шеи, дискомфорт в ушах. Она жаловалась на неправильный прикус, бруксизм, а также на «треск» челюсти при разговоре. Интенсивность болей различной локализации уменьшалась лишь после курсового лечения у психотерапевта. Из-за болезни была вынуждена оставить престижную работу в банке. За 9 лет больная прошла лечение у более двух десятков неврологов, стоматологов и других специалистов. «Пациентка всегда представляла свое видение жалоб и анамнеза заболевания, что ставило в тупик специалистов различного профиля и сделало крайне сложным постановку диагноза и назначение адекватной терапии», – пояснил докладчик.

Результаты параклинических методов исследования позволили установить диагноз: хроническая болевая дисфункция височно-нижнечелюстных суставов со стойким, выраженным болевым синдромом, выраженным сенестопатическим компонентом, тризмом жевательной мускулатуры; синдром жжения в полости рта; синдром дисфункции вегетативной нервной системы; депрессивно-ипохондрический синдром.

Первоначальная комплексная терапия в течение 7 дней не привела

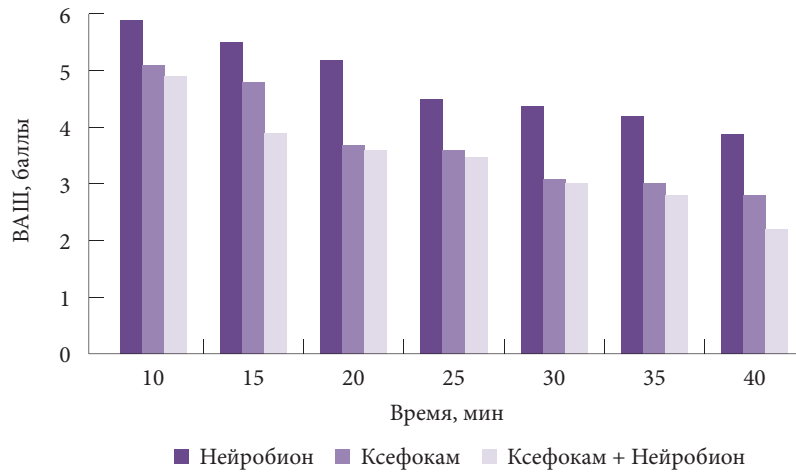


Рисунок. Динамика интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале

к выраженному эффекту, поэтому было принято решение скорректировать ее. Модифицированная схема лечения включала внутривенно-капельное введение амитриптилина с таблетированной поддержкой, нейролептики, психотерапию, физиотерапевтическое лечение, иглорефлексо-терапию. На фоне оптимизированной схемы лечения удалось добиться видимого результата: на 15-й день терапии интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составила 3 балла, на 20-й день – 2 балла. После выписки пациентке была рекомендована длительная терапия нейролептиками и антидепрессантами. Таким образом, немаловажное значение в патогенезе дисфункциональной боли имеют психологические факторы, эмоциональный стресс. Главное же отличие дисфункционального типа боли заключается в том, что традиционное обследование не всегда позволяет выявить причину боли или органические заболевания, вызвавшие ее. В этой связи алгоритму необходимо понимать, какие органы вовлечены в болевой синдром, иметь четкое представление о возможных путях распространения боли, учитывать психологические аспекты боли и возможности терапевти-

ческого воздействия. При этом специалист по боли должен уметь исключать четко определимые заболевания с излечимыми причинами, а также избегать повторных, необязательных, затратных и потенциально опасных исследований или процедур.

Как правило, пациенты обращаются за помощью в момент обострения, и профессор М.Н. Шаров акцентировал внимание участников симпозиума на эффективности и безопасности препаратов, используемых во время exacerbации болевых феноменов. Он отметил, что одним из наиболее перспективных обезболивающих препаратов является лорноксикам (Ксефокам), принадлежащий к оксикамовому классу нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие Ксефокама определяется его фармакокинетическими и фармакодинамическими свойствами. Ксефокам считается наиболее мощным ингибитором обоих изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ) 1 и 2. Ксефокам быстро проникает в периваскулярное пространство, включая синовиальную жидкость, что позволяет быстро купировать обострение болевого синдрома. Благодаря ко-

Неврология



Таблица. Обезболивающий эффект препаратов по шкале субъективных ощущений

Параметры	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Боли полностью регрессировали	10%	30%	85%
Боли уменьшились в значительной степени	10%	40%	15%
Боли уменьшились незначительно	65%	20%	0%
Боли сохранились	15%	10%	0%
Боли усилились	0%	0%	0%

роткому периоду полувыведения (3–4 часа) Ксефокам не накапливается в плазме, что снижает риск дозозависимых побочных реакций и позволяет применять его у пожилых больных с сохраненной функцией почек и печени. Все формы Ксефокама имеют равную высокую биодоступность (97–100%), таким образом, нет необходимости в корректировке дозы при переключении с инъекционной терапии на пероральный прием.

Профессор М.Н. Шаров представил данные собственного рандомизированного открытого сравнительного исследования

по оценке эффективности комбинации препаратов Ксефокам и Нейробион у больных с миофасциальным болевым синдромом лица¹. Все больные были разделены на 3 группы по 10 человек. Пациентам первой группы был назначен Нейробион 3,0 мл внутримышечно, второй – Ксефокам 8 мг внутримышечно 2 р/сут, третьей – комбинация исследуемых препаратов внутримышечно. Максимальный срок терапии составил 10 дней. Проводилась оценка интенсивности боли, также регистрировалась интенсивность болевого синдрома по ВАШ. Достоверное

снижение интенсивности боли в первой группе отмечалось уже к 25-й минуте ($4,50 \pm 1,94$ балла по ВАШ) после приема первой дозы препарата, во второй группе – к 20-й минуте ($3,70 \pm 1,96$ балла по ВАШ), в третьей группе – к 15-й минуте ($3,90 \pm 1,90$ балла по ВАШ) (рисунок). Больным также предлагалось оценить обезболивающий эффект препаратов по шкале субъективных впечатлений (таблица). В целом было показано более быстрое и выраженное снижение болевого синдрома в мышцах лица при добавлении в схему лечения комплексного препарата витаминов группы В Нейробион в первые дни терапии, что особенно важно в период экзацербации прозопагии. «Полученные результаты подтвердили эффективность и безопасность применения комбинации Ксефокама и Нейробиона в лечении миофасциального болевого синдрома лица. Можно утверждать, что сочетание препаратов «анальгетик + витамины группы В» займет одно из достойных мест в терапии болевых синдромов и позволит сократить сроки пребывания больных в стационаре», – констатировал докладчик, завершая выступление.

Неврология



Профессор
А.В. Зайцев

Клинический случай. Тазовая боль. Путешествие во времени. Чей это пациент?

По словам профессора кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Андрея Владимировича ЗАЙЦЕВА, в урологии наиболее изученными дисфункциональными болевыми синдромами являются синдром хронической тазовой боли и хронический простатит, а также

синдром болезненного мочевого пузыря и интерстициальный цистит. Он отметил, что на долю таких пациентов приходится 15% амбулаторных обращений к урологу.

Под синдромом хронической тазовой боли понимают наличие как у мужчин, так и у женщин постоянных или повторяющихся эпизодов боли, воспринимаемой в структурах таза. Боль нередко

¹ Шаров М.Н., Максимова М.Ю., Фищенко О.Н. и др. Эффективность применения нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с витаминами группы В при миофасциальном болевом синдроме лица у больных с сопутствующей соматической патологией // Лечащий врач. 2012. № 9. С. 40–43.



Сателлитный симпозиум компании «Такеда»

бывает ассоциирована с симптомами нижних мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункцией или нарушением функции тазового дна при отсутствии инфекции и другой очевидной патологии.

У женщин, например, хроническая тазовая боль может быть обусловлена эндометриозом, спаечной болезнью, синдромом болезненного мочевого пузыря, интерстициальным циститом и синдромом раздраженной толстой кишки. Причем у одной пациентки могут быть несколько причин одновременно. «Кто должен наблюдать такую пациентку? Она может обратиться с жалобами к гинекологу, проктологу, урологу или другому специалисту. Однако, безусловно, ведение таких пациентов требует единого междисциплинарного подхода», – констатировал докладчик.

Согласно консенсусу Международного общества по изучению синдрома болезненного мочевого пузыря (International Society for the Study of BPS), синдром болезненного мочевого пузыря диагностируется на основании хронической тазовой боли, давления или дискомфорта, которые сопровождаются по крайней мере одним из симптомов нижних мочевых путей. Необходимо также исключить заболевания, имеющие похожие симптомы, а дальнейшее определение и классификация синдрома болезненного мочевого пузыря у этих пациентов могут быть предприняты на основании данных цистоскопии. Нередко интерстициальному циститу и синдрому болезненного мочевого пузыря у женщин сопутствует эндометриоз. По данным специалиста по тазовой боли M. Chung, в США у 70% больных эндометриозом имеют место интерстициальный цистит/синдром болезненного мочевого пузыря². «Это подтверждается и нашими

данными. 84% больных с тазовой болью был установлен диагноз «наружный генитальный эндометриоз», после чего у 44% из них был диагностирован синдром болезненного мочевого пузыря и интерстициальный цистит с помощью одновременно проведенной лапароскопии и цистоскопии», – уточнил профессор А.В. Зайцев.

Как правило, стойкий болевой синдром при хронической тазовой боли обусловлен центральной сенситизацией. Причиной центральной сенситизации могут быть нарушения обработки сенсорных синтезов в мозге, дисрегуляция механизмов нисходящего подавления боли, повышенная активность проводящих боль путей, временное суммирование боли, длительное потенцирование нейронных синапсов в передней поясной извилине и выброс провоспалительных цитокинов. Центральная сенситизация лежит в основе многих синдромов, к которым относится и синдром болезненного мочевого пузыря, и дисменорея, и синдром раздраженной толстой кишки и т.д. Неудивительно, что важным и перспективным направлением, способствующим развитию персонализированного подхода к лечению боли, в том числе и у пациентов с интерстициальным циститом/синдромом болезненного мочевого пузыря, считается нейровизуализация. Значимым методом объективизации является метод качественного сенсорного тестирования (Quantitative sensory testing, QST), который на сегодняшний день применяется в Центре боли при ГКБ № 50.

Профессор А.В. Зайцев отметил, что в настоящее время часто можно встретить неоправданные вариации в лечении, отсутствие единых подходов к обследованию и назначению начальной терапии и предложил рассмотреть несколько клинических примеров.

Ксефокам комплексно подавляет продукцию провоспалительных простагландинов за счет ингибции ключевого фермента их синтеза ЦОГ. Препарат угнетает высвобождение свободных радикалов кислорода из активированных лейкоцитов и стимулирует выработку эндогенного динорфина и эндорфина.

Пациентка 63 лет 6 лет страдает интерстициальным циститом. Ее беспокоит тазовая боль, боль в мышцах тазового дна. Частота мочеиспусканий составляет 100 в сутки и даже больше (накопление 30–50 мл мочи в мочевом пузыре вызывает уже выраженный позыв). В анамнезе длительное лечение антибиотиками, инстилляции препаратов в мочевой пузырь, гидробуживание, лазерная электрокоагуляция гуннеровских поражений в мочевом пузыре, введение ботулинического токсина в мочепузырный треугольник. Больной была показана имплантация нейростимулятора или кишечная пластика мочевого пузыря. Однако учитывая тот факт, что кишечная пластика мочевого пузыря или полное удаление мочевого пузыря не избавляет от боли, причиной которой, как уже говорилось, является центральная сенситизация, пациентке был имплантирован нейростимулятор. Кроме того, рекомендована длительная медикаментозная терапия – прием антидепрессанта, анксиолитика, нейролептика. В результате проведенного лечения частота мочеиспусканий сократилась в 10 раз, качество ее жизни значительно улучшилось. У другой пациентки 62 лет, обратившейся с тазовыми болями,

² Chung M.K., Chung R.R., Gordon D. et al. The evil twins of chronic pelvic pain syndrome: endometriosis and interstitial cystitis // JSLS. 2002. Vol. 6. № 4. P. 311–314.



X Вейновские чтения

тоже находили умеренные признаки цистита при цистоскопии. Помимо тазовых болей она жаловалась на учащенное мочеиспускание (до 20 раз в сутки). Однако, как выяснили сотрудники Центра боли, причиной болей стали множественные остеобластические поражения костной ткани (диффузно-разлитого характера в проекции лонного сочленения), а не морфологически обнаруженный цистит.

Приведенные примеры и клинический опыт в целом свидетельствуют, что больные с хронической тазовой болью не являются гомогенной группой. Хронический простатит, синдромы хронической тазовой боли и болезненного мочевого пузыря, интерстициальный цистит имеют различные этиологические факторы, эти состояния протекают и прогрессируют по-разному, а пациенты индивидуально отвечают на лечение.

В урологической практике для лечения больных с тазовой

болью часто применяют НПВП. По словам докладчика, для эффективного купирования болевого синдрома препарат должен обратимо ингибировать ЦОГ, оказывать быстрое анальгетическое действие при невысоком риске возникновения нежелательных явлений, иметь различные формы выпуска и дозировки, обеспечивая удобство применения и гибкость дозирования. Всем этим критериям полностью отвечает препарат Ксефокам, основной механизм действия которого заключается в комплексном подавлении продукции провоспалительных простагландинов за счет ингибции ключевого фермента их синтеза ЦОГ. Препарат также угнетает высвобождение свободных радикалов кислорода из активированных лейкоцитов и стимулирует выработку эндогенного динорфина и эндорфина.

«Возможности терапии боли расширились с появлением новой, быстродействующей формы

препарата – Ксефокам рапид. Действующее вещество лорноксикам заключено в гранулы, содержащие бикарбонат натрия. Гранулы создают слабощелочное микроокружение в желудке, способствуя скорейшему растворению лорноксикама, без образования осадка, который становится биодоступным для быстрого всасывания и проникновения в кровотоки. Сейчас Ксефокам рапид широко применяется в клинической практике», – пояснил профессор А.В. Зайцев.

Завершая выступление, профессор А.В. Зайцев особо подчеркнул, что только междисциплинарный подход к ведению пациентов, применение современных лекарственных средств, создание междисциплинарных центров боли, взаимодействие с международными организациями и специалистами в пограничных областях медицины позволят, в конечном итоге, сократить число больных, страдающих хронической тазовой болью.



Профессор
А.П. Рачин

Проблема дисфункциональных неврологических расстройств актуальна не только для взрослых пациентов. Профессор кафедры неврологии, физиотерапии, рефлексотерапии ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии, д.м.н. Андрей Петрович РАЧИН рассмотрел специфику

Дисфункциональная боль у детей и подростков

дисфункционального болевого синдрома у детей и подростков. Согласно эпидемиологическим данным, в последние десятилетия дети, так же как и взрослые, все чаще страдают от головной боли. Однако в детской неврологической практике зачастую достаточно сложно бывает выявить истинную причину болевого синдрома, в силу недостаточной степени вербализации болевых ощущений у ребенка, трудности интерпретации жалоб на головную боль с его стороны. Именно поэтому большинство специалистов на современном этапе «не ставят знак равенства между дисфункциональной болью у детей и у взрослых».

«Например, в клинической практике тригеминальная невралгия у детей и подростков фактически не встречается, как и кластерная цефалгия, которая, согласно раз-

личным данным, отмечается лишь в 1% случаев. Трудности возникают и при диагностике миофасциального болевого синдрома лица, который зачастую принимают за головную боль напряжения. Между тем при постановке диагноза специалист должен учитывать тот факт, что при миофасциальном синдроме локализация боли, как правило, односторонняя», – констатировал докладчик. Что же касается диагноза головной боли напряжения, то профессор А.П. Рачин охарактеризовал его как «диагноз-маску», за которым могут скрываться различные типы первичной и вторичной боли.

В большинстве случаев диагностика головной и лицевой боли у детей зависит от правильно собранного анамнеза, учитывающего возраст начала заболевания, продолжительность, динамику и фак-



Сателлитный симпозиум компании «Такеда»

торы, провоцирующие приступ головной боли, время, частоту возникновения и продолжительность приступа, качественную характеристику головной боли, ее локализацию и соответствующие феномены. Диагностика также включает клинико-неврологическое обследование и дополнительные методы (Rh-графия шейного отдела позвоночника, рентгено-компьютерная и магнитно-резонансная томография головного мозга и др.).

«Нами был разработан протокол по объективизации степени боли. Фактически он является протоколом исследования Р 300 на слайд-стимуляцию. Пациенту, страдающему головной болью напряжения, накладывалась электроэнцефалографическая шапочка и через 1,5 метра на экране монитора появлялись вербальные либо невербальные стимулы. Как только пациент видел слово «боль», он должен был нажать на клавишу мышки. Результаты показали, что дети с высокой интенсивностью боли быстрее реагировали на предъявляемый стимул. Таким образом, чем интенсивнее боль, тем быстрее формируется потенциал

Р 300. Этот феномен мы обозначили как феномен стресс-вариации», – пояснил докладчик.

Выбор терапевтической тактики лечения головной и лицевой боли детей и подростков является весьма непростой задачей. Эпизодическую головную боль напряжения рекомендуется купировать короткими курсами анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов или седативных средств. Что касается купирования головной боли напряжения у взрослых, то существует ряд лекарственных препаратов, которые имеют солидную доказательную базу. Среди них профессор А.П. Рачин выделил лорноксикам, который представлен на российском фармацевтическом рынке препаратами Ксефокам и Ксефокам рапид. «Ксефокам рапид отличается мощным анальгетическим эффектом, продемонстрированным разнообразными исследованиями, причем не только при лечении головной боли, но и боли в спине. Доказано, например, что Ксефокам рапид обеспечивает более эффективное обезболивающее действие, чем быстровысвобождаемые таб-

Лорноксикам (Ксефокам рапид) отличается мощным анальгетическим эффектом. В клинических исследованиях подтверждено, что Ксефокам рапид обеспечивает более эффективное обезболивающее действие, чем быстровысвобождаемые таблетки диклофенака.

летки диклофенака³», – уточнил профессор А.П. Рачин. При частой эпизодической головной боли напряжения с сопутствующими невротическими расстройствами следует проводить курсы комплексного медикаментозного лечения. В заключение профессор А.П. Рачин, отметив многообразие методов лечения боли, выразил надежду на то, что в самое ближайшее время специалистами будет определен четкий выбор оптимальной диагностики и терапии дисфункциональных неврологических расстройств у детей и подростков.

Методы нейростимуляции в комплексном лечении сложных болевых синдромов

Нейрохирургия последних десятилетий характеризуется переходом от деструктивных операций к модулирующим и корригирующим методам, в частности к нейромодуляции. Нейромодуляция подразделяется на нейростимуляцию и метод дозированного интратекального введения лекарственных средств. Как отметил научный сотрудник функциональной нейрохирургии НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, нейрохирург-алголог Эмиль Давидович ИСАГУЛЯН, именно методы нейростимуляции (электрости-

муляция периферических нервов, спинного мозга, глубинных структур головного мозга и центральной коры головного мозга) применяются для лечения невропатических болевых синдромов. Важными условиями стабильных положительных результатов являются правильный выбор метода нейростимуляции и соблюдение строгих критериев отбора пациентов. Обычно критериями отбора к таким вмешательствам являются органическая природа боли, связанная с поражением определенного нерва или корешка, отсутствие у боли черт сенес-



Э.Д. Исаев

топатии, отсутствие показаний к прямому хирургическому вмешательству, отсутствие функционального психосоматического

³ 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.



Не существует единого эффективного метода лечения тяжелых болевых синдромов, лечение должно быть индивидуальным, комплексным и проводиться в тесном сотрудничестве неврологов, алгологов, нейрохирургов, психоневрологов и других врачей смежных специальностей.

расстройства, выраженных неврозов и астенодепрессивных состояний, истероидных и психопатоподобных расстройств и пр. Одним из важнейших критериев отбора, по словам докладчика, является желание и способность пациента к сотрудничеству. «Однако зачастую к нам поступают пациенты с тяжелыми психиатрическими проблемами. У таких пациентов болит все, при этом боль не имеет отчетливых границ и описания. Они обращаются к нам, потому что многие специалисты просто не знают, как их лечить, а нам удается им помочь», – констатировал Э.Д. Исагулян.

Заключение

Дисфункциональные боли – сложная междисциплинарная проблема. Традиционно пациенты, у которых болевой синдром вызван соматическим заболеванием, наблюдаются у профильного врача. Однако помочь пациентам с дисфункциональным болевым синдромом возможно только при условии сотрудничества неврологов, алгологов, нейрохирургов, психоневрологов и врачей смежных специальностей. При этом лечение должно быть комплексным и включать медикаментозные и немедикаментозные методы, а также психологическую помощь. Препараты, используемые в купировании

Докладчик привел два примера из клинической практики. В первом случае больная с установленным диагнозом «невропатия второй ветви тройничного нерва» даже после двух операций по высвобождению защемленного нерва и удалению омертвевшего куска в течение двух лет страдала от постоянной боли. Только проведенная специалистами НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко нейростимуляция второй ветви тройничного нерва привела к регрессу болевого синдрома и полному восстановлению трудоспособности пациентки.

Во втором случае пациентка 25 лет с диагнозом «хроническая тазовая боль» длительное время наблюдалась у самых разных специалистов (гинеколог, психотерапевт, невролог), принимала противовоспалительные, обезболивающие препараты, которые не помогали. Для того чтобы смягчить остроту боли при мочеиспускании, пациентка была вынуждена каждый раз производить акт мочеиспускания в ванне, наполненной теплой водой. Только имплантация нейростимулятора позволила купировать болевой синдром и, по словам самой паци-

ентки, «улучшить качество жизни на 85%». Спустя два года, на фоне продолжающейся стимуляции, она даже смогла родить сына естественным путем.

Нейростимуляция, как правило, проводится в несколько этапов, включающих имплантацию тестовых электродов; тестовый период 1–2 недели; имплантацию самого нейростимулятора; подбор индивидуальной программы стимуляции. Доказано, что чем меньше длительность хронического болевого синдрома, тем эффективнее нейростимуляция. По мнению докладчика, при неудовлетворительном результате продолжительность консервативной терапии не должна превышать 6 месяцев, после чего врач должен задуматься о необходимости лечения пациента с помощью нейростимуляции.

В заключение Э.Д. Исагулян отметил, что в лечении тяжелых болевых синдромов не существует единого эффективного метода, оно должно быть индивидуальным, комплексным и проводиться в тесном сотрудничестве неврологов, алгологов, нейрохирургов, психоневрологов и других врачей смежных специальностей.

Ксефокам рапид аналогична инъекционной форме, и поэтому при его применении эффект достигается быстро, что очень важно для купирования острого болевого синдрома. Доказано, что форма препарата с быстрым высвобождением Ксефокам рапид превосходит диклофенак по скорости наступления обезболивающего действия и по профилю безопасности. Ксефокам может применяться как в виде курса монотерапии, так и в комбинированной терапии. Так, например, в комбинации с Нейробионом Ксефокам достоверно эффективно купирует боли в спине. Ксефокам выпускается в различных дозировках и лекарственных формах, что обеспечивает удобство его применения и гибкость дозирования. *