



Неврологические аспекты и принципы купирования боли при шейно-плечевом синдроме (цервикобрахиалгии)

М.Н. Дадашева, Б.В. Агафонов, Н.Н. Шевцова

Адрес для переписки: Марина Николаевна Дадашева, donveles777@inbox.ru

Шейно-плечевой болевой синдром является актуальной проблемой в общеврачебной клинической практике. Для него характерны боль, мышечный спазм в шее с иррадиацией в руку. Данная патология имеет социально-экономическое значение, поскольку этому болевому синдрому подвержены лица, чья профессия связана с длительным нахождением в вынужденной позе. Курс лечения с использованием локальной инъекционной терапии с включением суспензии 1,0 мл пролонгированного действия бетаметазона (Дипроспан®) и высокоселективного ингибитора ЦОГ-2 эторикоксиба (Аркоксиа®) способствует уменьшению боли, позволяет сократить сроки лечения, уменьшить риск побочных симптомов, повысить качество жизни больных.

Ключевые слова: шейно-плечевой болевой синдром (цервикобрахиалгия), Дипроспан, бетаметазон, эторикоксиб, Аркоксиа

Анатомо-физиологические предпосылки и патогенетические механизмы шейно-плечевого синдрома

Актуальность проблемы шейно-плечевого синдрома определяется возросшей в последние десятилетия его распространенностью у лиц трудоспособного возраста. По статистике, цервикобрахиалгией страдает

65% людей, при этом заболеваемость увеличивается с возрастом. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра боль в шее и верхних конечностях не висцеральной этиологии, обусловленная дегенеративно-дистрофическим процессом, относится к рубрике М.53.1 «Шейно-плечевой синдром» раздела «Дорсопатия»

класса «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» [1–3].

Благодаря особенностям своего анатомо-физиологического строения шейный отдел позвоночника обладает повышенной подвижностью, что позволяет ему выполнять очень важные функции в организме – удерживать голову и обеспечивать ее различные движения. Небольшие размеры шейных позвонков, узкий позвоночный канал в этой области, большая нагрузка на шейный отдел создают предпосылки для развития в нем дегенеративно-дистрофического процесса уже в молодом возрасте. Боль может быть локализована только в шее или иррадиировать в руку. Появлению боли способствуют самые разные факторы, среди которых не всегда можно выделить наиболее значимые. Именно в шейном отделе позвоночника достаточно часто отмечаются различные врожденные или приобретенные пороки развития. Самыми распространенными из них яв-



ляются аномалия Киммерле (17,2%), седловидная гиперплазия атланта (17,3%), гиперплазия реберно-поперечных отростков С7 (шейные ребра) (23%), щели дуг позвонков (13%), незарастание задней дуги атланта (3,3%), конкреция второго-третьего шейных позвонков (2,4%). Имеют клиническое значение и другие аномалии: симптом Крювелье – подвывих атлантоосевого сустава, болезнь Шпренгеля и синдром Клиппеля – Фейля, для которых характерны конкреция нескольких позвонков, резкое укорочение шеи и ограничение ее подвижности [4–9].

Результатом дистрофических и метаболических изменений в хряще межпозвонкового диска и дугоотростчатых (фасеточных) суставов, представляющих собой нарушение катаболических и анаболических процессов в матриксе хряща, становятся изменения не только в хряще, но и в субхондральной кости, синовиальной оболочке, связках, капсуле, околоуставных мышцах, что в свою очередь ведет к подвывиху позвонков, разрыву капсулы суставов, микроперелому в них. Болевой синдром может быть вызван межпозвонковой протрузией или грыжей. Со временем хрящ теряет воду, трескается и утрачивает амортизирующую функцию. Пульпозное ядро медленно смещается к периферии, фиброзное кольцо диска истончается, меняет форму, из округлого превращается в овальное кольцо, и образуется протрузия диска, которая раздражает рецепторы задней продольной связки и вызывает боль. В дальнейшем под действием какого-либо фактора возможно нарушение целостности задней продольной связки, выход содержимого фиброзного кольца в спинномозговой канал с формированием грыжи диска, размер которой даже 2–4 мм считается клинически значимым для этой локализации.

Провоцирующим фактором шейно-плечевого синдрома может быть значительная физическая

нагрузка или, наоборот, гиподинамия, а также длительное нахождение в фиксированной позе, общее или местное переохлаждение, резкое движение, неудобная поза во время сна, подъем тяжести, рывковые движения или резкие наклоны и повороты головы в сторону с запрокидыванием. Существует связь между развитием шейно-плечевого синдрома и профессиональной деятельностью, благодаря чему данная патология имеет социально-экономическое значение. Пациенты, характер работы которых связан с перегрузкой шейного отдела позвоночника, плечевого пояса и верхних конечностей, – парикмахеры, маляры, стоматологи, оперирующие офтальмологи – подвержены большему риску развития шейно-плечевого синдрома [6–9].

Клинические аспекты и диагностика шейно-плечевого синдрома

Шейно-плечевые синдромы – группа неврологических синдромов, проявляющихся болью, парезами мышц, мышечно-тоническими, нейроциркуляторными и вазомоторными расстройствами в области шеи, плечевого пояса и рук. В зависимости от локализации и клинического течения выделяют наиболее клинически значимые синдромы: цервикальный, плечелопаточный, синдром «плечо – кисть», эпикондилез плеча и др.

Цервикальный синдром характеризуется болью и мышечным спазмом преимущественно в задней части шеи, ограничением движения головы. При определенных обстоятельствах наблюдается цервикокраниалгия. Хроническое течение в области максимальной болезненности мышц ведет к формированию триггерных гипервозбудимых точек, при компрессии которых появляется не только локальная, но и отраженная боль.

Боль при плечелопаточном болевом синдроме, или плечелопаточном периадрозе, локализуется

в плече, надплечье, плечевом суставе, лопаточной области, окружающих мышцах. При активном движении в плечевом суставе боль усиливается и появляется хруст. При хроническом течении отмечается нейроциркуляторное поражение связок, синовиальных сумок, сухожилий мышц плечевого пояса.

Синдром «плечо – кисть», или синдром Стейнброккера, отличается от плечелопаточного болевого синдрома вовлечением шейных симпатических ганглиев. Это приводит к нейрососудистым и нейротрофическим изменениям в области кисти и лучезапястного сустава. Клинически это проявляется цианозом кожи, отеком, тугоподвижностью пальцев или всей кисти, изменением температуры кожи, гипо- или гипергидрозом дистальных отделов руки. Эпикондилез плеча, или локтевой периадроз, характеризуется болью в области одного или обоих надмыщелков плеча, которая может усиливаться при движении в локтевом суставе. При длительном течении отмечается гипотрофия мышц плеча и предплечья.

Диагноз шейно-плечевого синдрома устанавливается на основании данных анамнеза, клинического осмотра, рентгенологического исследования. Рекомендуется функциональная рентгенография, включающая снимки в боковой проекции в положении больного сидя и при полном сгибании и разгибании шеи. На снимке можно определить пространственное расположение позвонков, наличие аномалий и выраженность дегенеративно-дистрофического процесса. Так, спондилоартроз рентгенологически характеризуется сужением и деформацией межпозвонковой и суставной щели, субхондральным склерозом сочленяющихся поверхностей суставных отростков, краевыми костными разрастаниями. При необходимости для проведения дифференциальной диагностики или уточнения характера патологического процес-

Неврология



са проводят электронейромиографию, магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника или суставов [10–13].

Принципы купирования боли. Результаты международных клинических исследований

Лечение шейно-плечевого синдрома (цервикобрахиалгии) направлено на купирование боли, снятие воспалительного процесса, усиление обменных процессов, предупреждение хронизации болевого синдрома, проведение полноценного курса реабилитационных мероприятий и профилактику рецидива обострений.

Патогенетически обоснованным для купирования боли при шейно-плечевом синдроме считается назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и локальной инъекционной терапии или лечебных медикаментозных блокад. Согласно общепринятому мнению, для минимизации побочных симптомов состав инъекционной смеси не должен включать большое количество компонентов. Два компонента – анестетик и глюкокортикоид – считаются оптимальными. Из анестетиков предпочтительно использовать новокаин или лидокаин.

Новокаин впервые был синтезирован в 1898 г. немецким химиком Альфредом Эйнхорном

вместо популярного в те годы кокаина. Новокаин – местное анестезирующее средство с умеренной анестезирующей активностью – препятствует проведению импульсов по нервным волокнам, подавляет проведение болевых импульсов. Кроме того, новокаин оказывает анальгезирующее, противошоковое, гипотензивное и антиаритмическое действие, в больших дозах может нарушать нервную мышечную проводимость. Обладает короткой анестезирующей активностью (продолжительность инфильтрационной анестезии составляет 0,5–1 час). Для локальной инъекционной терапии используют 5 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Небольшая доза анестетика не вызывает побочных симптомов, которые при больших дозах могли бы проявиться в виде головной боли, головокружения, сонливости, изменения артериального давления.

Другой анестетик – лидокаин в несколько раз сильнее по действию, чем новокаин, его эффект развивается быстрее и сохраняется дольше – до 75 минут. При отсутствии аллергической реакции на этот препарат возможно применять 2%-ный лидокаин в дозе 4,0 мл. При назначении большой дозы лидокаина возможны снижение артериального давления, головокружение, головная боль, тревожность, шум в ушах.

При проведении блокад наиболее эффективным является глюкокортикоидный препарат Дипроспан® (бетаметазон), выпускаемый в виде пролонгированной комплексной суспензии. Противовоспалительное действие Дипроспана обусловлено угнетением высвобождения медиаторов воспаления. Препарат состоит из 2 мг бетаметазона динатрия фосфата и 5 мг бетаметазона дипропионата, благодаря комбинированию этих солей обеспечивается уникальный двойной механизм действия. Будучи хорошо раствори-

мым соединением бетаметазона, динатрия фосфат оказывает выраженный и быстрый местный анальгезирующий эффект. Бетаметазона дипропионат имеет более медленную абсорбцию и обеспечивает общее пролонгированное действие в среднем в течение семи дней. В этой связи препарат назначается один раз в неделю. Как правило, три блокады позволяют купировать выраженный болевой синдром. При проведении блокады пальпаторно в скелетной мышце определяют одну или несколько областей локального мышечного гипертонуса, обладающих интенсивной болезненностью. Введение Дипроспана проводится в область максимальной болезненности, в так называемое ядро триггерной точки, диаметр которого составляет в среднем 2–3 мм, как правило, на глубину верхней или средней трети мышцы под углом 45–90 градусов в зависимости от прикрепления мышцы таким образом, чтобы струя опережала продвижение иглы шприца. Обычно Дипроспан® разводят анестетиком в дозе 1,0 мл. В настоящее время появилась новая форма Дипроспана в одноразовом стерильном шприце по 1,0 мл, не требующая разведения анестетиком. Шприц с Дипроспаном более удобен для применения, позволяет не только ускорить проведение манипуляции с соблюдением правил асептики и антисептики, но и избежать развития побочных симптомов [14, 15].

С целью купирования болевого синдрома патогенетически обоснованным считается назначение НПВП, механизм действия которых заключается в ингибировании циклооксигеназы (ЦОГ). В настоящее время выделены две разновидности, или два изофермента, ЦОГ первого и второго типа (ЦОГ-1 и ЦОГ-2). Согласно современной концепции ЦОГ-1 является структурным ферментом, присутствует во многих тканях, ответствен

Пиковая концентрация эторикоксиба (Аркоксиа®) в крови достигается через один – три часа после перорального приема, практически эффект отмечается уже через 20–30 минут, в среднем через 24 минуты после приема. Таким образом, учитывая скорость действия, эторикоксиб можно назначать для ургентного обезболивания



за физиологическую активность простагландинов и регулирует различные процессы в организме. ЦОГ катализирует реакции превращения арахидоновой кислоты сначала в простагландин G₂, затем в простагландин H₂, который является предшественником простагландинов E и F, а также простаглицлина и тромбоксанов A₂ и B₂. Изофермент ЦОГ-2 продуцируется главным образом под воздействием повреждающего фактора и несет ответственность за патологические простагландины, которые вызывают боль, воспаление и лихорадку. Простагландин E является одним из основных медиаторов воспаления, приводит к нарушению микроциркуляции, появлению отека, болевой чувствительности, развитию лихорадочной реакции. Именно ингибирование ЦОГ-2 рассматривается как один из важнейших механизмов противовоспалительной, анальгетической активности, а ингибирование ЦОГ-1 – как механизм развития большинства побочных эффектов. С подавлением ЦОГ-1-зависимого синтеза простагландинов связывают развитие основных побочных эффектов НПВП: поражение желудочно-кишечного тракта, нарушение агрегации тромбоцитов, функции почек, негативное влияние на систему кровообращения и др.

Таким образом, при назначении НПВП велика вероятность развития различных гастроинтестинальных нежелательных явлений, включая кровотечение, язвенное поражение и перфорацию со стороны желудочно-кишечного тракта. Однако высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2 рассматриваются как эффективные и безопасные лекарственные средства этой группы. Одним из таких препаратов является Аркоксиа® (эторикоксиб), который в настоящее время зарегистрирован более чем в 75 странах мира. Его особенностью является высокий

анальгезирующий и противовоспалительный эффект. Благодаря приближающейся к 100% биодоступности пиковая концентрация эторикоксиба в крови достигается через один – три часа после перорального приема, практически эффект отмечается уже через 20–30 минут, в среднем через 24 минуты после приема. Таким образом, учитывая скорость действия, эторикоксиб можно назначать для ургентного обезболивания. Период его полувыведения составляет 22 часа, благодаря этому стабильный обезболивающий и противовоспалительный эффект сохраняется в течение 24 часов после приема. Это позволяет применять препарат один раз в сутки, что повышает комплаентность и снижает количество и выраженность побочных симптомов. Аркоксиа® имеет оптимальный профиль безопасности, что было доказано многочисленными клиническими исследованиями [16–18].

По результатам многочисленных международных плацебо-контролируемых исследований препарата эторикоксиба в сравнении с другими НПВП, частота возникновения побочных симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта в виде перфорации, язвы или кровотечения была существенно ниже, чем у 150 мг диклофенака (0,67 против 0,97).

Метаанализ десяти клинических исследований, в которые были включены пациенты с остеоартрозами, остеоартритами, ревматоидным артритом и хронической болью в спине, показал, что риск желудочно-кишечных перфораций, изъязвлений и кровотечений был на 50% ниже при приеме эторикоксиба, чем при приеме неселективных НПВП. Коэффициент селективности у эторикоксиба равен 106, то есть эторикоксиб ингибирует в 106 раз больше ЦОГ-2, чем ЦОГ-1. Частота отмены терапии из-за симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта и нежелательных явлений также

Глюкокортикоидный препарат Дипроспан® состоит из 2 мг бетаметазона динатрия фосфата и 5 мг бетаметазона дипропионата, благодаря комбинированию этих солей обеспечивается уникальный двойной механизм действия. Как правило, три инъекционные блокады с Дипроспаном позволяют купировать выраженный болевой синдром

была ниже при приеме эторикоксиба, чем при приеме неселективных НПВП.

С целью изучения влияния эторикоксиба на ЦОГ-1 было проведено рандомизированное плацебоконтролируемое двухэтапное перекрестное исследование. В нем сравнивали действие эторикоксиба в дозе 120 мг/сут и напроксена в дозе 1000 мг/сут *ex vivo* в биоптате желудка на синтез гастропротектора простагландина E₂. Через пять дней напроксен снижал синтез простагландина E₂ в желудке примерно на 78% ($p < 0,001$ по сравнению с плацебо), что свидетельствует о значительном ингибировании ЦОГ-1. Эторикоксиб в дозе 120 мг незначительно ингибировал ЦОГ-1, о чем говорит уровень ингибирования примерно 2%. На основании полученных результатов был сделан вывод, что эторикоксиб является селективным ЦОГ-2 препаратом [16–19].

Исследовательская программа MEDAL явилась наиболее крупномасштабным и длительным исследованием НПВП в мире. Пациенты ($n = 34\,701$) с остеоартрозом и ревматоидным артритом были разделены на несколько групп. В течение полутора лет непрерывно одна группа принимала эторикоксиб в дозе 60 или 90 мг/сут, другая – диклофенак 150 мг/сут. Больные с коморбид-



Использование локальной инъекционной терапии с включением суспензии пролонгированного действия Дипроспана и высокоселективного ингибитора ЦОГ-2 Аркоксия® при цервикобрахиалгии позволяет купировать боль, сократить сроки лечения, уменьшить риск побочных эффектов, повысить качество жизни больных

ной патологией принимали гастропротекторы, а также аспирин в низкой дозе. Полученные результаты подтвердили лучшую переносимость эторикоксиба. Общая частота осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта при использовании этого препарата оказалась существенно ниже, чем у диклофенака, – 1,0 и 1,4% соответственно ($p < 0,001$). Число отмен терапии из-за осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта также было значительно ниже при использовании эторикоксиба и достигало в среднем 8,6%, в то время как в группе, принимавшей диклофенак, – до 11,2% ($p < 0,001$). На основании исследовательской программы был сделан вывод о возможности назначения эторикоксиба при боли на фоне дегенеративно-дистрофического процесса [17–20]. Подтверждением безопасности эторикоксиба в отношении развития НПВП-гастропатии стали два клинических исследования, продолжавшихся три месяца и охвативших около 700 человек. Проводилась оценка частоты развития эндоскопических язв у пациентов с болью на фоне ревматоидного артрита и остеоартроза. Испытуемые принимали 120 мг эторикоксиба, 2400 мг ибупрофена, 1000 мг напроксена или плацебо. Суммарная частота язв желудка и двенад-

цатиперстной кишки на фоне приема эторикоксиба составила 8,1% у больных ревматоидным артритом и 7,4% при остеоартрозе, что оказалось более чем в два раза меньше по сравнению с ибупрофеном и напроксеном (17 и 25,3%, $p < 0,001$), но выше в сравнении с плацебо (1,9 и 1,4%). Полученные результаты убедительно доказали, что прием эторикоксиба не увеличивал выделение крови с калом, в то время как на фоне приема ибупрофена кровопотеря возрастала более чем в три раза (3,26, $p < 0,001$) [18–20].

При исследовании эффективности 60 мг эторикоксиба и 150 мг диклофенака было показано, что оба препарата уменьшали скованность ко второй неделе лечения и этот эффект сохранялся до шести недель исследования. К окончанию исследования величины скованности по шкале тяжести остеоартрита WOMAC снизились с исходного уровня на 28,8 мм для эторикоксиба и на 28,4 мм для диклофенака. На основании этого был сделан вывод, что эторикоксиб в минимальной дозе 60 мг/сут более эффективен, чем диклофенак в максимальной суточной дозе 150 мг.

По данным шкалы общей оценки ответа пациента на терапию PGART, эторикоксиб в дозе 60 мг вызывал более быстрое развитие эффекта, чем диклофенак 50 мг. Через четыре часа после первоначальной дозы препарата в первый день 32% испытуемых, получавших эторикоксиб, сообщили о хорошем результате.

Одним из наиболее показательных критериев эффективности лекарства является число больных, прерывающих лечение из-за неэффективности. Оценке этого показателя был посвящен специальный анализ. Испытуемые с болевым синдромом на фоне остеоартроза принимали цефекоксид в дозе 200/400 мг, эторикоксиб 30/60 мг, ибупрофен 2400 мг, напроксен 1000 мг или плацебо. Наиболее эффективным оказался напрок-

сен: прием этого препарата прервали 4% больных, в то время как цефекоксид и эторикоксиб – 8%, ибупрофен – 13%, плацебо – 19% [17–20].

По результатам многочисленных международных плацебо-контролируемых исследований кардиоваскулярного риска, нежелательные явления, связанные с артериальной гипертензией, в виде задержки жидкости, отеков и подъема артериального давления зависели от дозы Аркоксия® и были существенно ниже, чем у диклофенака. Тромботические сердечно-сосудистые осложнения отмечались с той же частотой, что и при приеме 60 мг эторикоксиба или 150 мг диклофенака в сутки. Однако, как было показано в другом клиническом исследовании, эторикоксиб вызывал подъем артериального давления у лиц с артериальной гипертензией. Так, при приеме эторикоксиба и диклофенака среднее повышение систолического/диастолического давления составило 3,4–3,6/1,0–1,5 и 0,9–1,9/0,0–0,5 мм рт. ст. соответственно. В целом 2,2–2,5% больных, получавших эторикоксиб, и 0,7–1,6% принимавших диклофенак прервали курс лечения из-за дестабилизации артериальной гипертензии [17–20].

Учитывая, что боль при шейно-плечевом синдроме развивается на фоне дегенеративно-дистрофического процесса, препарат Аркоксия® в дозе 60–90 мг может быть рекомендован для купирования боли. Препарат выпускается в покрытых оболочкой таблетках разного цвета: таблетки по 60 мг имеют зеленый цвет, по 90 мг – белый, по 120 мг – светло-зеленый. Эторикоксиб обладает дозозависимым эффектом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60–90 мг и назначается независимо от приема пищи на срок не более 28 дней. Комплексное лечение шейно-плечевого болевого синдрома (цервикобрахиалгии) с использованием локальной инъекци-

СИЛА ДВИЖЕНИЯ

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта^{1,2*}

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**



ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ²

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острая боль после стоматологических операций	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг ^b

на правах рекламы

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^aПрепарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток^a.

1 РАЗ В СУТКИ

Аркоксия®

(эторикоксиб, MSD)

В рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n=75), 120 мг (n=76), 180 мг (n=74) и 240 мг (n=76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n=48) или плацебо (n=49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

Ключевая информация по безопасности для препарата АРКОКСИА®

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛСР-009511/08 от 28.11.2008. ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: АРКОКСИА®. МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 60 мг, 90 мг, 120 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). Эторикоксиб является селективным ингибитором ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Селективное подавление ЦОГ-2 эторикоксибом сопровождается уменьшением выраженности клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом, при этом отсутствует влияние на функцию тромбоцитов и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическая терапия: остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, болей и воспалительной симптоматики, связанной с острым подагрическим артритом, терапия умеренной и выраженной острой боли после стоматологических операций. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Остеoarтроз: Рекомендуемая доза составляет 60 мг один раз в день. Ревматоидный артрит; анкилозирующий спондилит; острая боль после стоматологических операций: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. Острая боль после стоматологических операций: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день, не более 8 дней. Острый подагрический артрит: Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60 мг в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, активное желудочно-кишечное кровотечение; цереброваскулярное или иное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность (NYHA II-IV); выраженная печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ишемическая болезнь сердца; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст., при неконтролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции Helicobacter pylori, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующий прием некоторых препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды и др.). У пациентов с печеночной недостаточностью (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Прием препарата АРКОКСИА® требует тщательного контроля артериального давления, а также показателей функции печени и почек. Не следует применять препарат одновременно с другими НПВП. Применение препарата может отрицательно влиять на фертильную функцию у женщин и не рекомендуется женщинам, планирующим беременность. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и скорости психомоторных реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1 или 2 блистера в картонной упаковке вместе с инструкцией по применению. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: Хранить при температуре не выше 30 °С. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту врача. ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: «Мерк Шарп и Доум Б.В.», Нидерланды. Представительство в России «Мерк Шарп и Доум Идеа, Инк.», Швейцария

Литература:

1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004;26(5):667-679.
2. С изменениями из Friesen RW. Bioorg Med Chem Lett. 1998; 8(19):2777-2782; Riendeau D, et al. J Pharmacol Exp Ther. 2001;296(2):558-566; Agrawal NGB, et al. J Clin Pharmacol. 2003;43(3):268-276.



ООО «МСД Фармасьютикалс» Россия, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94, www.merck.com.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

MUSC-1015771-0055, 02. 2014



онной терапии с включением суспензии 1,0 мл пролонгированного действия Дипроспана и высокоселективного инги-

битора ЦОГ-2 Аркоксиа® точно эффективно. Этот курс лечения способствует уменьшению боли, позволяет сократить

сроки лечения, уменьшить риск побочных эффектов, повысить комплаентность терапии и качество жизни больных. *

Литература

1. Цурко В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии. М.: Ньюдиамед, 2004.
2. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 8. www.con-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-08-2004/diagnostika_i_lechenie_nevrologicheskikh_proyavleniy_osteokhondroza_pozvonochnika/
3. Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М., 2001.
4. Задворнов Ю.Н. Варианты врожденного недоразвития дуг верхних шейных позвонков и их клиническое значение // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. Т. 80. № 5. С. 690–694.
5. Задворнов Ю.Н. Краниовертебральные аномалии // Вопросы нейрохирургии. 1980. Т. 1. С. 30–38.
6. Кипервас И.П., Шмидт И.Р. Шейный остеохондроз и шейные ребра // Ортопедия, травматология и протезирование. 1965. № 10. С. 21–24.
7. Кипервас И.П., Шмидт И.Р., Заславский Е.С. О Shina bifida occulta шейного отдела позвоночника и шейном остеохондрозе // Ортопедия, травматология и протезирование. 1968. № 10. С. 56–57.
8. Кирьяков В.А. Клиника и диагностика краниовертебральных аномалий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. Т. 80. № 11. С. 1647–1652.
9. Кирьяков В.А. Клинико-рентгенологические сопоставления при аномалии синдрома Клиппеля – Фейля // Советская медицина. 1980. № 3. С. 79–82.
10. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. М.: Медицина, 1993.
11. Луцки А.А., Раткин И.К., Никитин М.Н. Краниовертебральные повреждения и заболевания. Новосибирск: Издатель, 1998.
12. Mooney V., Robertson J. The facet syndrome // Clin. Orthop. Relat. Res. 1976. Vol. 115. P. 149–156.
13. Кремер Ю. Заболевания межпозвоночных дисков: пер. с англ. / под общ. ред. В.А. Широкова. М.: МЕДпрессинформ, 2013.
14. Моржов В.Ф., Моржова Е.В. Применение паравертебральных блокад с Дипроспаном в медицинской реабилитации больных с грыжами межпозвоночных дисков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. № 2. С. 55–57.
15. Холопов А.В., Агаркова Л.А. Эпидуральные блокады в лечении острого корешкового болевого синдрома у женщин // Сибирский медицинский журнал. 2003. № 1. С. 87–89.
16. Карамеев А.Е., Барскова В.Г. Критерии выбора нестероидного противовоспалительного препарата // Справочник практического врача. 2007. № 5. С. 13–17.
17. Насонов Е.Л. Кардиоваскулярные осложнения ингибиторов ЦОГ-2 – вопросов больше, чем ответов // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13. № 7. С. 383–391.
18. Van der Heijde D., Baraf H.S., Ramos-Remus C. et al. Evaluation of the efficacy of etoricoxib in ankylosing spondylitis: results of a fifty-two-week, randomized, controlled study // Arthritis Rheum. 2005. Vol. 52. № 4. P. 1205–1215.
19. Agrawal N.G., Matthews C.Z., Mazenko R.S. et al. The effects of modifying in vivo cytochrome P450 3A (CYP3A) activity on etoricoxib pharmacokinetics and of etoricoxib administration on CYP3A activity // J. Clin. Pharmacol. 2004. Vol. 44. № 10. P. 1125–1131.
20. Hunt R.H., Harper S., Watson D.J. et al. The gastrointestinal safety of the COX-2 selective inhibitor etoricoxib assessed by both endoscopy and analysis of upper gastrointestinal events // Am. J. Gastroenterol. 2003. Vol. 98. № 8. P. 1725–1733.
21. Van der Heijde D., Baraf H.S., Ramos-Remus C. et al. Evaluation of the efficacy of etoricoxib in ankylosing spondylitis: results of a fifty-two-week, randomized, controlled study // Arthritis Rheum. 2005. Vol. 52. № 4. P. 1205–1215.

Neurological Issues and Principles for Pain Relief during Cervicobrachial Syndrome (Cervicobrachialgia)

M.N. Dadasheva, B.V. Agafonov, N.N. Shevtsova

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute

Contact person: Marina Nikolayevna Dadasheva, donveles777@inbox.ru

Cervicobrachial syndrome is a pressing issue in general practitioner's clinical practice. It is characterized by pain, neck muscle spasm radiating into the arm. Persons whose job involves prolonged forced posture succumb to such pain syndrome that underlies its socio-economic significance. A course treatment with local injection therapy by including 1.0-ml sustained-release betamethasone suspensions (Diprospan®) and a highly selective COX-2 inhibitor etoricoxib (Arcoxia®) contributes to lowering pain, allows to shorten treatment duration, reduce risk of adverse symptoms and improve quality of patients' life.

Key words: cervicobrachial syndrome (cervicobrachialgia), Diprospan, betamethasone, etoricoxib, Arcoxia