НПВП И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ТЕРАПИИ ЦЕРВИКОКРАНИАЛЬНОЙ БОЛИ

Л. Медведева, кандидат медицинских наук РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва **E-mail:** ludmila.medvedeva@gmail.com

Рассматриваются возможности повышения эффективности лечения болей цервикокраниальной локализации. Доказаны эффективность и безопасность комплексной терапии НПВП, лечебных блокад затылочного нерва и триггерных точек цервикокраниальной области, рефлексотерапии у пациентов с цервикогенной головной болью и невралгией затылочного нерва.

Ключевые слова: цервикогенная головная боль, невралгия затылочного нерва, ксефокам, лечебные блокады, рефлексотерапия.

По данным ВОЗ, болевые синдромы составляют одну из основных причин (от 11 до 40%) обращений к врачу в системе первичной медицинской помощи. Основное место в структуре хронической боли занимают боли в спине, шее и головная боль [6]. Боли цервикокраниальной локализации встречаются в популяции с частотой до 85% [13, 17, 19], приобретая в 5–30% случаев хроническое течение [5, 18].

По данным отечественных авторов, частота цефалгий среди населения превышает 70% [1]. Однако многие пациенты не обращаются за медицинской помощью, поэтому не менее 86—90% людей периодически испытывают боли в области головы и шеи.

Вследствие актуальности и широкой распространенности эта проблема становится не только медико-биологической, но и социально-экономической. Затраты на лечение головной боли в Европе в 2000 г. выше, чем на лечение эпилепсии, рассеянного склероза и болезни Паркинсона, и уступали лишь таковым при деменции, травмах и психоневрологических расстройствах [15]. Оценка стоимости лечения пациентов с головной болью в Европе в 2004 г. составила 27 млрд евро, превысив расходы на все неврологические заболевания [14].

При описании болевых синдромов головы, лица, полости рта, шеи наиболее широко используется Международная классификация головной боли 2-го пересмотра (МКГБ, 2004), которая предусматривает выделение первичной и вторичной головной боли [12]. Лечение первичной головной боли проводится в 2 этапа: купирование отдельных болевых пароксизмов и лечение в межприступный период; терапия вторичной головной боли предусматривает лечение основного заболевания и обезболивание отдельных болевых эпизодов.

Принципы купирования отдельных эпизодов головной боли остаются практически неизменными, и на протяжении десятилетий не теряет актуальности симптоматическая терапия с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). При всех типах головной

боли (как первичной, так и вторичной) в системе стратифицированного подхода к обезболиванию присутствуют средства из группы НПВП, которые используются для купирования острых или эпизодически повторяющихся болей, а также при обострении хронической боли. Чаще (во всех случаях первичной и в большинстве случаев вторичной головной боли) применение НПВП носит симптоматический характер, но при вторичной боли, обусловленной патологией шейного отдела позвоночника (цервикогенная головная боль — ЦГБ, невралгия затылочного нерва — НЗН), их применение патогенетически обоснованно [10, 11, 16].

Механизм действия НПВП связан с торможением синтеза простагландинов. При повреждении тканей под влиянием фосфолипазы А, арахидоновая кислота в большом количестве выделяется из фосфолипидов клеточных мембран и окисляется циклооксигеназой (ЦОГ) до циклических эндопероксидов, которые под влиянием ферментов простагландинизомеразы, тромбоксансинтетазы и простациклинсинтетазы превращаются соответственно в простагландины, тромбоксан А2 и простациклины. НПВП ослабляют синтез простагландинов из арахидоновой кислоты посредством торможения активности ЦОГ как в периферических тканях, так и в структурах центральной нервной системы (ЦНС). Существуют по крайней мере 2 изоформы ЦОГ – тканевая, или конституциональная, – ЦОГ1, и индуцибельная – ЦОГ2, продукция которой возрастает при воспалении. Обе изоформы ЦОГ обнаруживаются и в периферических тканях, и клетках ЦНС [4]. Различия в выраженности противовоспалительного, анальгетического эффектов и токсического действия препаратов этого класса связаны с их различной способностью влиять на изоформы ЦОГ1 и ЦОГ2. Общепринятыми являются представления, что анальгетический и противовоспалительный эффекты НПВП связаны с ингибированием ЦОГ2, а развитие побочных эффектов – с подавлением ЦОГ1. Выбор конкретного средства для купирования болевого синдрома - задача непростая и основывается на учете 2 важнейших принципов: выраженности анальгетического эффекта и контроля побочных действий. В соотношении эффективность-безопасность, несомненно, приоритет отдается наиболее безопасному препарату [8].

В настоящее время на фармацевтическом рынке известно более 50 лекарственных форм НПВП, что наглядно демонстрирует актуальность выбора максимально эффективного и безопасного препарата.

В современной клинической практике Ксефокам рассматривается как одно из наиболее эффективных лекарственных средств, в основе механизма действия которого лежит сбалансированное подавление синтеза простагландинов и ЦОГ2 [3, 7]. Ксефокам (лорноксикам) относится к классу оксикамов; в организме человека он быстро и полностью всасывается после перорального или внутримышечного введения, активно (более 99%) связывается с белками плазмы. Период выведения составляет около 4 ч, что может обеспечить восстановление уровня простагландинов, необходимого для защиты слизистой оболочки желудка и поддержания нормального кровотока в почках. Анальгетические свойства Ксефокама связаны с мощным ингибированием ЦОГ2, а также торможением образования интерлейкина (ИЛ) 6 и синтеза индуцибельного оксида азота (ON). Кроме того, лорноксикам стимулирует выработку эндогенного динорфина и эндорфина, что спо-

		Таблица 1	
Клиническая характеристика пациентов			
Тип болевого синдрома			
Характеристика	ЦГБ (n=86)	H3H (n=74)	
Длительность заболевания	От 3 дней до 8 лет	От 2 дней до 1 мес	
Возраст пациентов, годы	29–57	18–52	
Мужчины/женщины	37/49	39/35	

Основные клинические характ	геристики пацие	Таблица 2 нтов с ЦГБ
	Частота встреч	
Клиническая характеристика	подгруппа 1А	подгруппа 1Б
Характер и лока	лизация боли	
Шейно-затылочная область	43 (100)	43 (100)
Височно-лобно-глазничная область	23 (53,5)	19 (44,2)
Односторонняя	43 (100)	43 (100)
Приступообразная	43 (100)	43 (100)
Пульсирующая	39 (90,7)	35 (81,4)
Фотофобия, фонофобия	12 (27,9)	15 (34,9)
Слезотечение на стороне боли	7 (16,3)	4 (9,3)
Интенсивность боли	ı (по ВАШ), баллы	
4	7 (16,3)	8 (18,6)
5	9 (20,9)	3 (6,9)
6	19 (44,2)	21 (48,8)
7	8 (18,6)	11 (25,6)
Провоцирующ	ие факторы	
Движения в шейном отделе позвоночника	43 (100)	43 (100)
Пальпаторное исследование цервикокраниальной зоны	43 (100)	43 (100)
Нейроортопедически	<i>не характеристики</i>	
Ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника	43 (100)	43 (100)
Ограничение объема движений в плечевом поясе	41 (95,4)	42 (97,7)
Наличие функциональных блоков: сегмент C_0-C_1 сегмент C_{VII} — Th_1 сегмент C_{V} — C_{VI}	43 (100) 43 (100) 14 (32,6)	43 (100) 43 (100) 17 (39,5)
Пальпаторная болезненность мышц цервикокраниальной зоны: паравертебральных трапециевидной ременной полуостистой грудиноключично-сосцевидной Болезненность при пальпации точек выхода затылочного нерва	43 (100) 39 (90,7) 21 (48,8) 9 (20,9) 24 (55,8) 37 (86,1)	43 (100) 41 (95,4) 17 (39,5) 12 (27,9) 32 (74,4) 34 (79,1)

собствует физиологической активации антиноцицептивной системы [9].

В многоцентровом контролируемом исследовании (1011 больных) показаны высокая эффективность и безопасность ксефокама (лорноксикама) при лечении острой боли, обусловленной воспалительным или дегенеративно-дистрофическим поражением опорно-двигательного аппарата, посттравматическим болевым синдромом или почечной коликой. Пациенты получали метамизол натрия (2 мл 50% раствора внутримышечно — B/M) или ревалгин (5,0 мл B/M), или диклофенак натрия (3 мл 75 мг в/м), или кеторолак (30 мг в/м), или лорноксикам (8 мг в/м). Наиболее быстрое отчетливое обезболивающее действие отмечалось при применении лорноксикама и кеторолака (в среднем - через 12 мин после инъекции). При этом лорноксикам отмечен как самый безопасный из исследуемых препаратов [2].

В настоящее исследование были включены 86 больных с ЦГБ и 74 пациента с НЗН, находившихся на лечении в 2005-2008 гг. в отделении терапии болевых синдромов РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Для отбора пациентов использовали диагностические критерии МКГБ 2-го пересмотра (2004). Критериями исключения явились: декомпенсированная соматическая патология, острые респираторные вирусные инфекции, ранний реконвалесцентный период после перенесенных вирусных инфекций, гемодинамически значимые врожденные сосудистые мальформации брахиоцефальных сосудов, очаговые поражения нервной системы и наличие травматических костных дефектов черепа и шейного отдела позвоночника. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Обследование пациентов включало: анализ анамнестических данных с использованием оригинального опросника особенностей болевого ощущения (характер боли, локализация, сопутствующие симптомы, частота приступов, провоцирующие и облегчающие боль факторы, связь болезни с физическими и психоэмоциональными факторами, наличие сопутствующих заболеваний, ранее применявшиеся методы лечения, их эффективность); неврологического и нейроортопедического статуса (объем активных и пассивных движений в шейном отделе позвоночника, выявление функциональных блоков шейного отдела позвоночника, оценка состояния мышц спины и перикраниальной мускулатуры), альгологическое тестирование (10-балльная визуальная аналоговая шкала боли – ВАШ, болевой опросник Мак-Гилла). Инструментальные методы исследования включали рентгенологическое исследование с функциональными пробами и магнитно-резонансную томографию (МРТ) шейного отдела позвоночника.

Для оценки эффективности лечения пациентов каждой группы разделили на 2 сравнительные подгруппы – А и Б (парные сравнения). Для обеспечения равномерности распределения использован метод случайного отбора (метод «конвертов»).

Для лечения пациентов с ЦГБ в подгруппе A (n=43) применяли НПВП Ксефокам в дозе 16 мг/сут в течение 7–14 дней; в подгруппе 1Б (n=43) дополнительно применяли лечебные блокады. Проводили от 1 до 5 блокад (затылочного нерва, фасеточных суставов и триггерных точек цервикокраниальной области) с интервалом 1-3 дня.

Лечение пациентов с НЗН в подгруппе 2A (n=37) также включало применение Ксефокама в дозе 8-16 мг/сут в течение 7–14 дней и антиконвульсанта карбамазепина по 200–1200 мг/сут (дозу титровали индивидуально, подбирая минимальную эффективную) в течение 1–3 мес. В подгруппе 2Б (п=37) дополнительно применяли лечебные блокады и рефлексотерапию. Начинали с блокад затылочного нерва и триггерных точек цервикокраниальной зоны. Выполняли от 1 до 5 процедур с интервалом 2–3 дня. После купирования острой боли проводили классическую акупунктуру по точкам: GI14(2), GI10(2), VG14(13), V60(2), V10(2), VB20(2), VB14(2), V12 (2), V7 (2), VG(20), V62(2). Курс лечения включал 7–14 процедур, проводили 2–3 курса с интервалом 20–30 дней.

Фиксировали все нежелательные явления и побочные эффекты, которые возникали у пациентов на фоне лечения. Полученные результаты анализировали с помощью пакета статистических программ SPSS 11.0. Для парных сравнений использовали t-критерий с двусторонним 5% (р<0,05) уровнем значимости. Для анализа результатов лечения в динамике (повторные измерения) применяли критерий Фридмана также с 5% уровнем значимости. В таблицах приведены средние результаты с 95% доверительным интервалом.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ЦГБ

Подгруппу 1А составили 43 пациента с ЦГБ — 18 (41,9%) мужчин и 25 (58,1%) женщин в возрасте от 29 до 54 лет (средний возраст — 41,3 \pm 2,4 года). Длительность заболевания составляла от 3 дней до 7 лет, при этом у 29 (67,4%) пациентов была острая фаза заболевания, у 14 (32,6%) — обострение хронического. Все больные жаловались на од-

носторонние боли в шейно-затылочной области, иррадиирующие в височно-лобно-глазничную область на одноименной стороне. Интенсивность боли варьировала от 4 до 7 баллов (средний балл $-5,7\pm0,3$). Подробная клиническая характеристика болевого синдрома представлена в табл. 2. Длительность отдельных болевых пароксизмов была от нескольких минут до нескольких часов (средняя длительность $-2,4\pm0,8$ ч). Все больные жаловались на скованность в мышцах шеи и спины, ограничение движений в шейном отделе позвоночника. У 21 (48,8%) пациента подгруппы 1А в анамнезе была травма шейного отдела позвоночника или черепно-мозговая травма (без указаний на вовлечение шейного отдела); 14 (32,6%) больных связывали заболевание с длительной позиционной нагрузкой, 8 (18,6%) отмечали появление боли после физической нагрузки, а 18 (41,9%) после ночного сна.

В подгруппу 1Б вошли 43 пациента — 19 (44,2%) мужчин и 24 (55,8%) женщины в возрасте от 31 года до 57 лет (средний возраст — 41,2±7,5 года) с длительностью заболевания от 2 дней до 8 лет. Острое заболевание было у 38 (88,4%) больных, обострение хронического — у 5 (11,6%). Боли у всех носили пароксизмальный характер, были односторонней локализации, умеренной или высокой интенсивности в диапазоне 4—7 баллов (средний балл — 5,8±1,0) (см. табл. 2). Кроме того, все больные отмечали скованность и ограничение движений в цервикокраниальной зоне. В качестве провоцирующих факторов у 15 (34,9%) обследованных выступала физическая нагрузка, у 17 (39,5%) — длительное пребывание в одном статическом положении, 7 (16,3%) пациентов отметили появление боли после ночного сна, у 4 (9,3%) причина не выявлена. У 12 (27,9%)





Мощный и быстрый НПВП для лечения острого болевого синдрома



- Мощный анальгетический эффект болеутоляющее действие, эквивалентное 20 мг морфина¹
- Удобная форма применения (per os, в/м, в/в)
- Короткий период полувыведения 4 часа²
- Высокая безопасность, хорошая переносимость у различных групп пациентов, а также у пожилых^{3,4}
- Ксефокам Рапид новая таблетированная быстрорастворимая форма. Время начала обезболивания сокращается до 10–15 минут⁵
- Ксефокам Рапид действует так же быстро и эффективно, как и внутримышечная инъекция!

 Norholt S.E. et al. Pain: 1996, 67 (2-3), 335-343. 2. Hitzenberger G. et al. Postgraduate Medical Journal; 1990, 66, Suppl. 4, S22-S26. 3. Петрова В.В., Осилова Н.А. и совет. Анестезиология реаниматология № 5, 2005.
 Homdrum E.M. et al. Eur Surg; 2006, 38 (5), 342-352. 5. Cooper S.A. et al. Advances in Therapy; 1996, 13 (1), 67-77.

ООО «Никомед Дистрибъюшн Сентэ»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр.1, т.: (495) 933 5511, ф.: (495) 502 1625, www.nycomed.ru, www.xefocam.ru, www.painclinic.ru, Информация для специалистов адравоохранения. Рег. номера МЗ РФ: П №01486501-2003, ЛС-ОООЗЗД, П №011189. Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению. больных в анамнезе отмечена травма головы или шейного отлела позвоночника.

В неврологическом статусе пациентов с ЦГБ очаговой симптоматики в обеих подгруппах не выявлено.

По результатам опросника Мак-Гилла определены сенсорные, эмоциональные и оценочные дескрипторы, при этом в обеих подгруппах на первый план выступали сен-

Таблица 3 Показатели опросника Мак-Гилла у пациентов с ЦГБ до лечения (M±m)

* * *			
Illyana annaawwa	Подгруппа		
Шкала опросника —	1A	1Б	
Сенсорный ИЧВД	3,23±1,04	3,16±1,04*	
Аффективный ИЧВД	1,79±0,64	1,95±0,62*	
Суммарный ИЧВД	5,14±0,64	5,12±1,55*	
Сенсорный РИБ	4,81±0,91	5,05±0,84*	
Аффективный РИБ	2,81±0,39	2,69±0,56	
Суммарный РИБ	7,63±1,13	7,74±1,29*	
Эвалюативный РИБ	2,75±0,45	2,94±0,25*	

Примечание. ИЧВД — индекс числа выделенных дескрипторов; РИБ — ранговый индекс боли; * р<0,05 по сравнению с подгруппой А (здесь и в последующих таблицах).

Таблица 4

Инструментальные характеристики состояния шейного отдела позвоночника v пациентов с ЦГБ

у пацисттов с ці в			
V THUMBOOKOG VODOKTODNOTHKO	Частота встречаемости, n (%)		
Клиническая характеристика	подгруппа 1А	подгруппа 1Б	
Рентгенологически	е изменения		
Выпрямление шейного лордоза	19 (44,2)	22 (51,2)	
Снижение высоты межпозвонковых дисков: $C_{II}-C_{III}$ $C_{V}-C_{VII}$	13 (30,2) 36 (83,7)	7 (16,3) 41 (95,3)	
Гипермобильность в шейном отделе: С _{II} -С _{III} С _{III} -С _{IV}	7 (16,3) 4 (9,3)	6 (13,9) 6 (13,9)	
Ротационное смещение С _{IV}	3 (6,9)	_	
Явления спондилоартроза	28 (65,1)	32 (74,4)	
Унковертебральный артроз	30 (69,8)	27 (62,8)	
МРТ шейного отдела позвоночника			
Протрузии межпозвонковых дисков: $C_{II} - C_{III}$ $C_{III} - C_{IV}$ $C_{IV} - C_{V}$ $C_{V} - C_{VI}$ $C_{VI} - C_{VII}$	3 (6,9) 8 (18,6) 23 (53,5) 28 (65,1) 10 (23,3)	2 (4,7) 11 (25,6) 18 (41,9) 30 (69,8) 7 (16,3)	
Полисегментарное поражение	29 (67,4)	21 (48,8)	

сорные расстройства и наиболее тяжелые регистры интенсивности (табл. 3).

Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника позволило выявить органические изменения у всех пациентов обеих подгрупп. При этом выпрямление шейного лордоза определено у 19 (44,2%) больных подгруппы 1А и у 22 (51,2%) - подгруппы 1Б, снижение высоты межпозвонковых дисков на уровне С_п-С_п - соответственно у 13 (30,2%) и 7 (16,3%) больных, на уровне $C_V - C_{VII} - y$ 36 (83,7%) и 41 (95,3%), гипермобильность позвонков C_{II} — C_{III} — y 7 (16,3%) и 6 (13,9%), C_{III} — C_{IV} — y 4 (9,3%) и 6 (13,9%). У 3 (6,9%) больных подгруппы 1А обнаружено ротационное смещение позвонка C_{IV} . Явления спондилоартроза определены соответственно у 28 (65,1%) и 32 (74,4%) больных, унковертебрального артроза - у 30 (69,8%) и 27 (62,8%).

При МРТ выявлены дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника у всех пациентов обеих подгрупп (табл. 4), при этом у 29 (67,4%) обследованных подруппы 1А и 21 (48,8%) подгруппы 1Б имелось полисегментарное поражение.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С НЗН

Все пациенты с болевым синдромом, обусловленным НЗН, также были разделены на 2 подгруппы. В подгруппу 2А (n=37) вошли 21 (56,8%) мужчина и 16 (43,2%) женщин в возрасте от 19 до 52 лет (средний возраст $-34,1\pm1,6$ года) с длительностью заболевания от 2 дней до 1 мес (средняя длительность — 7.9 ± 1.0 дня). Все пациенты подгруппы 2A жаловались на острые (пульсирующие или стреляющие) боли в шейнозатылочной области с заинтересованностью одной из сторон (у 32,4% больных – правосторонняя локализация, у 67,6% – левосторонняя). Интенсивность боли варьировала от 4 до 8 баллов по ВАШ (средний балл -6.6 ± 1.1). Длительность отдельных болевых пароксизмов составила 0,14±0,08 ч. Заболеванию предшествовали: переохлаждение — у 17 (46,0%) больных, длительная позиционная нагрузка – у 12 (32,4%), психоэмоциональный стресс – у 8 (21,6%). Подробные клинические характеристики болевого синдрома у пациентов подгруппы 2А представлены в табл. 5.

Подгруппу 2Б (n=37) составили 19 (51,4%) мужчин и 18 (48,6%) женщин в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст — 32,7±1,6 года) с длительностью заболевания от 1 дня до 2 мес (средняя длительность -8.9 ± 2.0 дня). У всех больных отмечались умеренные или выраженные боли в области шейного отдела позвоночника, распространяющиеся на одноименную затылочную область. Боли были приступообразными, умеренной или высокой интенсивности и составляли 4-8 баллов по ВАШ (средний балл -6.6 ± 0.2). Средняя длительность отдельных болевых пароксизмов достигала 0,21±0,10 ч. Клинические характеристики болевого синдрома представлены в табл. 5. Этиологическими факторами в подгруппе 2Б были: переохлаждение - у 12 (32,4%) пациентов, позиционная нагрузка — у 10 (27,0%), психоэмоциональный стресс – у 8 (21,6%), физическая нагрузка — у 7 (18,9%).

Очаговой неврологической симптоматики при осмотре пациентов обеих подгрупп не выявлено.

При анализе результатов, полученных с помощью опросника боли (Мак-Гилла), у пациентов обеих подгрупп установлены выраженные сенсорные расстройства при

незначительно выраженных аффективных, а также регистры боли, соответствующие умеренным и интенсивным (табл. 6).

Рентгенологическое исследование ного отдела позвоночника позволило выявить дегенеративно-дистрофические изменения у 26 (70,3%) пациентов подгруппы 2A и 25 (67,6%) — подгруппы 2Б. При этом выпрямление шейного лордоза имелось соответственно у 14 (37,8%) и 18 (48,6%) больных, снижение высоты межпозвонковых пространств - у 29 (78,4%) и 26 (70,3%), явления спондилоартроза — y 21 (56,8%) и 25 (67,6%), унковертебрального артроза – у 15 (40,5%) и 11 (29,7%). При функциональных пробах гипермобильность в сегменте $C_{II}-C_{III}$ выявлена соответственно у 1 (2,7%) и 4 (10,8%) пациентов, в сегменте $C_{III}-C_{IV}-y$ 8(21,6%) и 5(13,5%) больных, $C_{IV}-C_V-y$ 7(18,9%)и 9 (24,3%).

МРТ шейного отдела позвоночника позволила определить наличие дегенеративно-дистрофических изменений у 23 (62,2%) и 21 (56,8%) больного рассматриваемых подгрупп (табл. 7).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦГБ

В подгруппе 1А на фоне лечения позитивная динамика в виде уменьшения интенсивности боли по ВАШ на 2-3 балла зарегистрирована к 3-му дню лечения у 7 (16,3%) пациентов. К 7-му дню интенсивность боли составила 2 балла у 15 (34,9%) обследованных, 3 балла – у 18 (41,9%) и 4 балла — у 7 (16,3%) больных. По окончании 7-дневного курса лечения болевые ощущения полностью регрессировали у 3 (6,98%) пациентов подгруппы 1А. К 14-му дню лечения болевые пароксизмы полностью регрессировали у 23 (53,5%) пациентов, а значимое улучшение состояния отметили еще 8 (18,6%). Несмотря на терапию, у 12 (27,9%) пациентов сохранялись умеренно выраженные боли (3-4 балла по ВАШ).

Выбранная тактика лечения ЦГБ в подгруппе 1Б доказала целесообразность применения лечебных блокад затылочного нерва, фасеточных суставов и триггерных точек цервикокраниальной зоны. У 52,9% больных отмечено уменьшение боли на 2-3 балла по ВАШ в 1-е сутки после блокады, у 47,1% — значимое улучшение на 2-е сутки (табл. 8). У пациентов подгруппы 1Б снизились потребность в количестве НПВП и длительность их приема. Среднесуточные дозы ксефокама у пациентов этой подгруппы были достоверно ниже ($12,7\pm3,9$ мг в подгруппе 1A и $7,34\pm2,5$ мг — в подгруппе 1Б; p<0,05).

По окончании лечения все пациенты подгруппы 1Б не испытывали боли, в то время как в подгруппе 1А сохранялись болевые ощущения интенсивностью $1,1\pm0,12$ балла по ВАШ (различия показателей до и после лечения — p<0,01), что подтверждает более высокую эффективность лечения в подгруппе 1Б.

Таблица 5 Основные клинические характеристики пациентов с НЗН			
V	Частота встречаемости, n (%)		
Клиническая характеристика	подгруппа 2А	подгруппа 2Б	
Характер и локализаци	я боли		
Односторонняя: правосторонняя левосторонняя	12 (32,4) 25 (67,6)	16 (43,2) 21 (56,8)	
Затылочно-теменная локализация	37 (100)	37 (100)	
Распространение боли по типу гемикрании	26 (70,3)	23 (62,2)	
Иррадиация боли в шею и/или лопатку: ипсилатерально ипси- и контралатерально	8 (21,6) 11 (29,7)	13 (35,1) 7 (18,9)	
Острая	37 (100)	37 (100)	
Пульсирующая	24 (64,9)	26 (70,3)	
Стреляющая	34 (91,9)	37 (100)	
«Жгучая»	12 (32,4)	14 (37,8)	
Сопровождающие сим	ПТОМЫ		
Боли в области глаза на ипсилатеральной стороне	6 (16,2)	4 (10,8)	
Слезотечение на высоте боли	7 (18,9)	6 (16,2)	
Диффузная межприступная головная боль	17 (45,9)	26 (70,3)	
Интенсивность боли (по ВАШ), баллы			
4	6 (16,2)	4 (10,8)	
5	9 (24,3)	11 (29,7)	
6	14 (37,8)	15 (40,5)	
7	8 (21,6)	7 (18,9)	
Провоцирующие фак	торы		
Движения в шейном отделе позвоночника	37 (100)	37 (100)	
Кашель, чихание	37 (100)	37 (100)	
Сенсорное раздражение кожи головы	21 (56,8)	26 (70,3)	
Психоэмоциональные	10 (27,0)	17 (45,9)	
Пальпаторное исследование цервикокраниальной зоны	37 (100)	37 (100)	
Нейроортопедические хара		,	
Ограничение объема движений в краниовертебральном сегменте	37 (100)	37 (100)	
Ограничение объема движений в плечевом поясе	32 (86,5)	36 (97,3)	
Вынужденное положение головы	19 (51,4)	15 (40,5)	
Наличие функциональных блоков: сегмент C_0 — C_1 сегмент C_{VII} — Th_1 сегмент $C_{\text{V}-\text{I}}$ — C_{VI}	37 (100) 8 (21,6) 6 (16,2)	35 (94,6) 11 (29,7) 4 (10,8)	
Пальпаторная болезненность мышц цервикокраниальной зоны: паравертебральных трапециевидной ременной полуостистой грудиноключично-сосцевидной Болезненность	37 (100) 34 (91,9) 30 (81,1), 26 (70,3) 16 (43,2)	37 (100) 33 (89,2) 25 (67,6) 19 (51,4) 18 (48,6)	
при пальпации затылочного нерва	37 (100)	37 (100) 	

4'2011

По данным опросника Мак-Гилла у пациентов с ЦГБ после лечения позитивная динамика была определена прежде всего по дискрипторам сенсорных расстройств (как ИЧВД, так и РИБ) и оказалась более выраженной в подгруппе 1Б (табл. 9). Переносимость лечения была хорошей; побочных эффектов и нежелательных реакций на фоне терапии не зафиксировано.

Таблица 6 Показатели опросника Мак-Гилла у пациентов с НЗН до лечения (М±m)		
Illyana annaawwa	Подг	руппа
Шкала опросника	2A	2Б
Сенсорный ИЧВД	4,57±0,50	4,59±0,86*
Аффективный ИЧВД	1,62±0,49	1,32±0,47
Суммарный ИЧВД	6,19±0,97	5,92±1,06*
Сенсорный РИБ	3,92±0,68	3,95±0,81*
Аффективный РИБ	2,70±0,46	2,43±0,50
Суммарный РИБ	6,62±1,09	6,38±1,26*
Эвалюативный РИБ	3,84±0,37	3,76±0,43*

Таблица 8 Зффективность лечения у пациентов с ЦГБ (M±m)			
V	Подгруппа		
Клинические показатели	1A	1Б	
Время достижения значимого (снижение интенсивности боли на 2–3 балла по ВАШ) положительного эффекта, дни	6,7±2,8	2,2±0,6*	
Интенсивность боли по ВАШ к 3-му дню лечения, баллы	5,7±1,6	2,1±0,6*	
Длительность применения НПВП, дни	10–14	3–5	
Длительность лечения, дни	12–18	3–5	

Таблица 9 Показатели опросника Мак-Гилла у пациентов с ЦГБ после лечения (M±m)		
Подгруппа		
Шкала опросника	1A	15
Сенсорный ИЧВД	0,40±0,09	0,02±0,02*
Аффективный ИЧВД	0,39±0,08	0,05±0,03*
Суммарный ИЧВД	0,69±0,14	0,07±0,05*
Сенсорный РИБ	0,33±0,07	0,07±0,04*
Аффективный РИБ	0,37±0,07	0,07±0,04*
Суммарный РИБ	0,70±0,12	0,14±0,08*
Эвалюативный РИБ	0,13±0,09	0

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЗН

На фоне терапии к 5-му дню уменьшение болевого синдрома на 2,5-3 балла по ВАШ отметили 12 (32,4%) пациентов подгруппы 2A, при этом сохранялась пальпаторная болезненность точек выхода затылочного нерва и перикраниальных мышц. К 10-му дню лечения у 18 (48,6%) больных был полностью купирован болевой синдром, од-

Инструментальные ха состояния шейного отдел у пациентов с	ла позвоночни	Таблица 7 І Ка
	Частота встречаемости п (%)	
Клиническая характеристика	подгруппа 2A	подгруппа 2Б
Рентгенологические	е изменения	
Выпрямление шейного лордоза		
Снижение высоты межпозвонковых дисков: $\begin{array}{c} C_{II} - C_{III} \\ C_{V} - C_{VII} \end{array}$	14 (37,8) 11 (29,7) 18 (48,6)	18 (48,6) 7 (18,9) 19 (51,4)
Гипермобильность в шейном отделе $C_{\text{II}}-C_{\text{III}}$ $C_{\text{III}}-C_{\text{IV}}$ $C_{\text{IV}}-C_{\text{V}}$	1 (2,7) 8 (21,6) 7 (18,9)	4 (10,8) 5 (13,5) 9 (24,3)
Явления спондилоартроза	21 (56,8)	8 (48,6)
Унковертебральный артроз	15 (40,5)	11 (29,7)
МРТ шейного отдела	позвоночника	
Протрузии межпозвонковых дисков: $C_{II} - C_{III}$ $C_{III} - C_{IV}$ $C_{IV} - C_{V}$ $C_{V} - C_{VI}$ $C_{VI} - C_{VII}$	12 (32,4) 7 (18,9) 14 (37,8) 8 (21,6)	9 (24,3) 8 (21,6) 17 (45,9) 21 (56,8) 10 (27,0)
Полисегментарное поражение	19 (51,4)	21 (56,8)

Таблица 10 Показатели опросника Мак-Гилла у пациентов с НЗН после лечения			
Подгруппа		руппа	
Шкала опросника	2A	2Б	
Сенсорный ИЧВД	0,14±0,06	0,03±0,03*	
Аффективный ИЧВД	0,11±0,05	0,05±0,04	
Суммарный ИЧВД	0,24±0,11	0,08±0,06*	
Сенсорный РИБ	0,22±0,07	0,00±0,00*	
Аффективный РИБ	0,30±0,09	0,03±0,03*	
Суммарный РИБ	0,51±0,15	0,03±0,03*	
Эвалюативный РИБ	0,16±0,06	0	

нако у 11 (29,7%) из них сохранялись умеренно выраженные мышечно-тонические расстройства цервикокраниальной зоны, с сохранением сторонности. Еще 4 (10,8%) пациента отметили регресс боли к концу 2-й недели лечения, а 15 (40,5%) — трансформацию острой боли в диффузную головную (интенсивностью 1—2 балла). Через 3 нед лечения все пациенты этой подгруппы констатировали отсутствие приступообразных болей, но у 14 (37,8%) сохранялась диффузная головная боль.

В подгруппе 2Б значимое улучшение после 1-й блокады затылочного нерва (уменьшение боли до 2—3 баллов по ВАШ) отметили 19 (51,4%) пациентов, однако спустя 1—2 дня интенсивность боли вновь несколько нарастала, что определило необходимость повторных блокад у 11 (29,7%) пациентов, при этом более 2 блокад проведено 8 (21,6%) больным. Таким образом, в подгруппе 2Б на фоне лечения болевые ощущения полностью регрессировали через 3 дня у 5 (13,5%) пациентов, через 5 дней — еще у 12 (32,4%), к 10-му дню — у остальных 20 (54,1%) больных. К концу 2-й недели лечения у всех пациентов удалось отменить медикаментозную терапию и перейти к методикам активного восстановления — массажу, лечебной физкультуре.

При анализе показателей многомерной оценки боли (опросник Мак-Гилла) выявлен регресс сенсорных, эмоциональных и оценочных дискрипторов к концу 1-й недели лечения у пациентов подгруппы 2Б, тогда как в подгруппе 2А аналогичная динамика отмечена только к 10—14-му дню терапии. По окончании курса лечения сенсорные и аффективные расстройства были купированы в обеих подгруппах (табл. 10).

На фоне терапии у 7 (18,9%) больных подгруппы 2А появились головокружения на начальных этапах лечения, что, вероятнее всего, связано с приемом противосудорожных средств, но их отмены не потребовалось. В подгруппе 2Б у 2 (5,4%) пациентов зафиксировано появление общей слабости и у 1 (2,7%) больного — головокружений на этапе титрования дозы карбамазепина.

Таким образом, полученные результаты позволяют утверждать, что применение ксефокама как препарата выбора из группы НПВП позволяет эффективно купировать болевой синдром при ЦГБ и НЗН. Ксефокам имеет высокий профиль безопасности, хорошо переносится и может быть рекомендован в качестве патогенетического средства в комплексной терапии при ЦГБ и НЗН.

Применение лечебных блокад и рефлекторных воздействий у пациентов с ЦГБ и НЗН позволяет повысить эффективность и безопасность терапии.

Выбор тактики лечения должен определяться интенсивностью и длительностью болевого синдрома. При обращении в первые 3 дня заболевания с интенсивностью боли по ВАШ 5 баллов и выше считаем целесообразным начинать терапию с лечебных блокад с местными анестетиками и назначения ксефокама в дозе 8—16 мг/сут коротким курсом (5—10 дней). При выраженности болевого синдрома <5 баллов по ВАШ целесообразно применение ксефокама (суточная доза 8—16 мг; курс — 7—14 дней) и рефлекторных воздействий.

Литература

- 1. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. и др. Головная боль. М., 1994. 286 с.
- 2. Верткин А.Л., Тополянский А.В. Алгоритм выбора анальгетика при лечении некоторых болевых синдромов на догоспитальном этапе // Consilium medicum. 2005; 7 (2): 122—124.
- 3. Гришаева Т.П., Балабанова Р.М. Применение Ксефокама (лорнокси-кама) для купирования острого и хронического болевого синдрома // Русс. мед. журн. 2005; 13 (15): 1009—1011.
- 4. Кукушкин М.Л. Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли // Русс. мед. журн. 2007; 15 (10): 827—832.
- 5. Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р. Эпидемиология первичной головной боли (по данным популяционного исследования взрослого населения г. Ростова-на-Дону) // Боль. 2004; 4 (5): 25—31.
- 6. Павленко С.С. Эпидемиология боли // Неврол. журн. 1999; 1: 41-46.
- 7. Румянцева С. А. Современные концепции терапии Ксефокамом радикулярных болевых синдромов // Рус. мед. журн. — 2003; 11 (25): 1385— 1389.
- 8. Табеева Г.Р. Гетерогенность мигрени: роль нестероидной противовоспалительной терапии // Consilium Medicum. Неврология/Ревматология. — 2007; 9 (8): 34–39.
- 9. Berg J., Fellier H., Christoph T. et al. The analgesic NSAID lornoxicam inhibits cyclooxygenase (COX)-1/-2, inducible nitric oxide synthase (iNOS), and the formation of interleukin (IL)-6 in vitro // Inflammation Research. 1999; 48: 369-379
- 10. Bogduk N., Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment // J. Lancet Neurol. 2009; 8 (10): 959–968.
- 11. Codispoti J., Prior M., Fu M. et al. Efficacy of nonprescription doses of ibuprofen for treating migraine headache: a randomized controlled trial # J. Headache. 2001; 41: 665–679.
- 12. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edition // J. Cephalalgia -2004; 24 (1): 1-160.
 - 13. John E. Headache // Americ. J. Neuroradiology. 2007; 28: 1824–1826.
- 14. Lars J., Colette A. and On behalf of the Eurolight Steering Committee. Impact of headache in Europe: a review for the Eurolight project // J. Headache Pain. 2008; 9 (3): 139–146.
- 15. Olesen J., Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe // Eur. J. Neurol. 2003: 10 (5): 471–477.
- 16. Peloso P., Gross A., Haines T. et al. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders: a Cochrane systematic review // J. Rheumatol. 2006; 33 (5): 957–967.
- 17. Smith L., Louw Q., Crous L. et al. Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors # J. Cephalalgia. 2009; 29 (2): 250–259.
- 18. Stovner L., Hagen K., Jensen R. et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // J. Cephalalgia. -2007; 27 (3): 193-210.
- 19. Wheeler A. Myofascial pain disorders: theory to therapy // Drugs. $-\,2004;\,64$ (1): $45\!-\!62.$

NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS AND ADDITIONAL POSSIBILITIES IN THERAPY FOR CERVICOCRANIAL PAIN

L. Medvedeva, Candidate of Medical Sciences

Acad. B.V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper considers the possibilities of enhancing the efficacy of treatment for cervicocranial pains. It proves the efficiency and safety of combination therapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, medical block of the occipital nerve and the trigger points of the cervicocranial area, and reflex therapy in patients with cervicogenic headache and occipital neuralgia.

Key words: cervicogenic headache, occipital neuralgia, xefocam, medical blocks, reflex therapy.

4'2011 **BPAY** 79