

Ксефокам: паравертебральное лечение болевого корешкового синдрома

Г.Б. Кокшарская

Поликлиника № 38 Департамента здравоохранения Москвы

В практике невролога часто встречаются больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Эти заболевания занимают 2-е место по случаям временной нетрудоспособности среди всех классов болезней и являются социально отягощающими. Наиболее частое проявление опорно-двигательной патологии — болевой корешковый синдром. У пациентов как молодого, так и пожилого возраста боли в позвоночнике часто продолжаются до 2–3 мес и приобретают хроническое течение. Комплексное лечение болевого синдрома включает в себя: физиотерапию, лечебную физкультуру, мануальную и иглорефлексотерапию, массаж, а также лекарственную терапию, которая является основным методом лечения болевого синдрома.

Для купирования болевого синдрома традиционно применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые обеспечивают обезболивающий и противовоспалительный эффект. Однако нередко отмечается резистентность болевого синдрома к НПВП. В течение 7 лет для лечения болевого синдрома мы использовали лорноксикам (ксефокам, «Никомед»), который относится к классу оксикамов и оказывает наиболее сильное обезболивающее действие, эквивалентное действию 20 мг морфина. Механизм действия ксефокама объясняется угнетением синтеза простагландинов и стимуляцией выработки собственных эндогенных морфинов. Ксефокам не подавляет синтез лейкотриена, что стимулирует выработку арахидоновой кислоты липооксигеназными метаболитами, приводя к угнетению поступления болевых импульсов в спинной мозг, т.е. стимулирует собственные механизмы антиноцицептивной системы для физиологического обезболивания. Независимо от пути введения ксефокам быстро всасывается в организме и имеет короткий период полувыведения (до 4 ч), что позволяет восстанавливать исходный уровень простагландинов и снижать побочное действие препарата, в частности раздражение желудочно-кишечного тракта, и максимально увеличивать концентрацию препарата в очаге поражения.

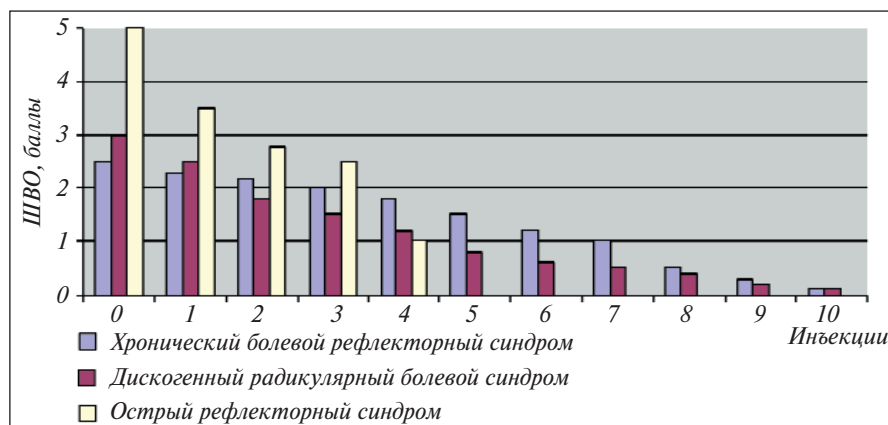
Материалы и методы. Мы использовали метод паравертебрального введения ксефокама в болевые зоны. Клиническое исследование проводилось на базе поликлиники № 2 МПС и поликлиники № 38 Департамента здравоохранения Москвы. Курс лечения получил 51 пациент в возрасте 35–65 лет с выражен-

ным болевым синдромом. Больные были распределены на 3 группы: 31 пациент с дискогенной радикулопатией; 8 больных с острым рефлекторным болевым синдромом; 12 — с хроническим рефлекторным болевым синдромом. Лечение пациентов было начато на 3–4-й день обострения болевого синдрома. После первого паравертебрального введения ксефокама отмечено значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома, что позволило на 6–8 ч прервать хронический стресс, возникший у пациентов на фоне острой боли. В 1 случае при рефлекторном болевом синдроме боли вообще не возобновились.

Паравертебральные инъекции ксефокама проводились в соответствии с локализацией болевого очага медленно, в дозе 8 мг/сут препаратом, разведенным в 2 мл дистиллированной воды. Препарат хорошо всасывался, обезболивающий эффект наступал через 20–40 мин, что позволяло больному самостоятельно доехать до дома. Интенсивность болевого синдрома оценивали по 5-балльной шкале вертебральных оценок (ШВО): 0 баллов — боль отсутствует; 1 балл — слабая боль; 2 балла — умеренная; 3 балла — сильная; 4 балла — нестерпимая (см. рисунок).

Особенностью регресса болевого синдрома после паравертебрального введения ксефокама является «сползающий» в дистальном направлении очаг боли после 2–3-й инъекции, что обусловлено уменьшением вазомоторных и воспалительных изменений. Локализуя источник боли, мы продолжали вводить препарат по ходу нервных корешков.

Результаты исследования. После 5-й инъекции ксефокама полное купирование болевого синдрома наступило у пациентов с острым рефлекторным болевым синдромом. У больных с грыжей межпозвоночного диска



Регресс болевого синдрома при лечении пациентов паравертебральными блокадами ксефокама

после первых 2 инъекций интенсивность болевого синдрома уменьшилась в 2 раза. В последующем болевой синдром регрессировал медленно, поэтому к инъекциям ксефокама была добавлена его таблетированная форма (ксефокам ретард) в дозе 8 мг/сут. Больные принимали таблетки вечером, до еды, запивая стаканом воды. Положительный эффект был достигнут у 95% больных этой группы.

При хроническом вертеброгенном болевом синдроме терапия ксефокамом позволила уменьшить интенсивность болевого синдрома у 10 пациентов до 0,5 балла. У 2 пациентов болевой синдром уменьшился до 1 балла, что позволило в дальнейшем включить в комплекс реабилитационных мероприятий лечебную физкультуру. У 4 пациентов были выявлены побочные эффекты, проявлявшие-

ся гастралгией слабой степени, которая купировалась у 3 больных гастропротекторами. У 1 пациентки терапия ксефокамом позволила отодвинуть на более поздний срок применение опиоидных анальгетиков при метастатическом поражении спинного мозга.

Заключение. Таким образом, наши клинические исследования показали высокую анальгетическую эффективность паравертебрального введения ксефокама при болевом корешковом синдроме. Уменьшение болевого синдрома дает возможность облегчить физические страдания пациентов, снять психологическое напряжение, присоединить к лечению физиотерапию и лечебную физкультуру. Хорошая переносимость и безопасность ксефокама позволяют рекомендовать его для широкого использования в поликлинической практике.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авксентюк А.В. Лорноксикам – новый НПВП класса оксикамов с сильным анальгетическим эффектом. Обзор литературы. Боль и ее лечение 1999; 10:9.
2. Лорноксикам. Новый обезболивающий и противовоспалитель-

тельный препарат. Монография по продукту. Никомед Фарма. JPBergau 1998; июнь.
3. McCormack K. Non-steroidal antiinflammatory drugs and spinal nociceptive processing. Pain 1994; 59: 6–23.

4. Hitznerberger G., Raadhofer-Welte S., Taakacs F. et al. Pharmacokinetics of lornoxicam in man. Postgrad Med J 1990; 4: 22–26.

Акласта – новый стандарт эффективности антирезорбтивной терапии. Одна инфузия в год

А.М. Мкртумян¹, Л.В. Недосугова², Е.В. Бирюкова¹

¹МГМСУ, ²ММА им. И.М. Сеченова

Остеопороз (ОП) – прогрессирующее системное заболевание скелета, характеризующееся снижением плотности и нарушением микроархитектоники костной ткани с постоянным увеличением хрупкости костей и риска переломов. Актуальность проблемы ОП в современной медицине вызвана прежде всего социальными и экономическими последствиями переломов. Женщины подвержены ОП в большей степени. За первые 5 лет после наступления менопаузы потеря костной массы у них может составить до трети костной массы, утраченной за всю жизнь [1, 2]. В постменопаузе почти у 30% женщин отмечается ОП и примерно у 54% – остеопения, что делает их уязвимыми для развития ОП и остеопоротических переломов. Так, для 50-летней женщины риск перелома позвоночника составляет в среднем 15,5%, шейки бедра – 17,5%, костей запястья – 16,0%, а любого их трех участков скелета – 39,7%, и 50% женщин старше 50 лет в последующем перенос-

ят остеопоротический перелом [3]. Переломы тел позвонков, возникающие, как правило, раньше остеопоротических переломов любой другой локализации, являются наиболее частым осложнением ОП, составляя около половины всех переломов. Клинические проявления позвоночных переломов, включающие в себя синдром острой или хронической боли в спине, нарушения осанки и снижение роста, ведут к депрессии, ухудшению качества жизни и инвалидности [2–4]. ОП – основная причина переломов шейки бедра, часто встречающихся у женщин старше 65 лет. В пожилом возрасте 90% переломов шейки бедра, как показали международные исследования, происходят на фоне ОП [1, 2]. К сожалению, наметилась четкая тенденция к увеличению частоты переломов шейки бедра на фоне ОП и в возрастной группе 50–60 лет. Риск переломов данной локализации достигает 15%, что приближается к уровню заболеваемости раком молочной железы, яич-

See you
in New York



5th World
Congress
World
Institute
of Pain -
WIP

New York, USA
March 13-16, 2009



WIP2009

www.kenes.com/pain09

