

ефективність за даними багатьох досліджень при різних суглобових синдромах від 5 до 10%, і про це слід повідомляти пацієнтів. Інше питання: що безпечніше — НПЗП чи хондропротектори? Пацієнта можна запевнити, що лікування Піаскледином буде безпечним. Окрім того, на відміну від НПЗП, Піаскледин має доведені трофічні властивості — підвищує експресію факторів росту хрящової й кісткової тканини. При цьому пригнічується низка прозапальних цитокінів і молекул пошкодження хрящової тканини — інтерлейкіни 1, 6 та 8, колагеназа, стромелізін, простагландин E_2 . Отже, терапія Піаскледином сприяє відновленню балансу катаболічних і анаболічних процесів у хрящовій тканині, що може застосовуватися в терапії артропатій різного походження. Зазначені механізми дії зумовлюють власний протибольовий ефект препарату.

У відкритому рандомізованому дослідженні Н.А. Шостака та Н.Г. Правдюка (2008) вивчали ефективність і безпечність препарату Піаскледин 300 у комбінації з НПЗП порівняно з НПЗП у двох паралельних групах пацієнтів із хронічним боєм у нижній частині спини, що був пов'язаний зі спондилоартрозом. На тлі комбінованої терапії з використанням Піаскледину спостерігали зменшення виразності больового синдрому, який пацієнти оцінювали за візуальною аналоговою шкалою. Протибольовий ефект зростає у міру збільшення тривалості прийому препарату. З третього місяця лікування достовірне зменшення болю відзначали лише в групі комбінованої терапії, а на шостому місяці виразність болю була практично в 3 рази меншою в групі Піаскледин + НПЗП порівняно з групою, де застосовували лише НПЗП (рис. 2). Клінічну ефективність відзначено у 89,2% хворих: у них значно знизилися показники болю в спині, покращився функціональний стан хребта, що поєднувалося з доброю переносимістю препарату.

Повертаючись до розгляду клінічного випадку, лектор зазначив, що скарги та результати обстеження пацієнтки не задовольняють діагностичним критеріям ЦГБ. Для цього типу болю не типовий пульсуючий характер, про який говорить пацієнтка. Рухи ший, за словами хворої, не посилюють біль. До того ж, незважаючи на різноманітні методи лікування, больовий синдром не зник протягом 3 міс, і пацієнтка зазначає, що хворіє вже протягом року.

Зрештою можна було запідозрити міофасціальний синдром (МФС) — варіант неспецифічного м'язово-скелетного болю з тригерними точками в м'язах і фасціях ший. Він є причиною близько половини всіх випадків ЦГБ. Типові локалізації тригерних точок — у m. sternocleidomastoideus, верхній частині трапецієвидного м'яза, косих м'язів ший. Для кожної групи м'язів описано характерні патерни іррадіації болю в різні ділянки голови.

Діагностичні критерії МФС поділяють на «великі» (обов'язкові) та «малі» (додаткові).

До великих критеріїв належать:

- скарги на регіональний біль;
- наявність тугого тяжу в м'язі при пальпації;
- ділянки підвищеної чутливості в межах тяжу;
- характерний патерн відображеного болю чи розладів чутливості (парестезій);
- обмеження обсягу рухів;

Малі критерії (можуть змінюватися, але необхідна наявність хоча б одного з трьох):

- виникнення болю чи розладів чутливості під час стимуляції (пальпації) тригерних точок;
- локальне м'язове скорочення під час пальпації тригерних точок;
- зменшення болю при розтягненні м'яза чи при ін'єкції в тригерну точку.

Проте діагноз МФС також відкинули, тому що наявна симптоматика не відповідала обов'язковим критеріям. Хвора скаржитися на регіональний біль, але не виявлено спастичного тяжу в м'язах під час пальпації. Знайдено болючі точки в м'язах ший, спини та верхніх кінцівок, але немає характерного для МФС патерну іррадіації болю.

Розглядали також синдром Barre-Lieou («шийна мігрень»), що, як вважалося раніше, виникає при подразненні вертебральної артерії. Це застарілий діагноз, правомірність якого ставлять під сумнів експерти ІНС. У експериментальних дослідженнях показано, що вертебральна артерія дуже слабо реагує на електростимуляцію вертебрального нерва Франка (N. Bogduk et al., 2008) і на введення вазоактивних речовин (G.N. Lambert et al., 1984). Тобто якщо немає значної механічної компресії вертебральної артерії, то будь-яке її подразнення не зумовлює порушень мозкового кровообігу.

Із даних анамнезу звертає на себе увагу те, що пацієнтка вважає себе хворою протягом року, а 1,5 року тому перенесла ДТП. Тому є всі підстави пов'язати симптоми з хлстовою травмою ший. Це різновид гострої травми, яка спричиняє миттєве перерозтягнення в м'язах, зв'язках, сухожиллях, нервах та інших структурах ший внаслідок раптового неочікуваного імпульсу, який викликає ривок голови спочатку назад (гіперекстензія), а потім уперед (гіперфлексія). Хлстова травма ший типова для незначних ДТП при поштовху нерухомого автомобіля ззаду, а також для деяких видів спорту (бокс, дзюдо, карате, регбі).

Довготривалі прогнози щодо частоти виникнення й тяжкості розладів, пов'язаних із хлстовою травмою, дуже неоднозначні. За даними A.L. Young і співавт., лише 12% людей, які перенесли хлстову травму, залишаються безсимптомними протягом 10 років. Відсутні чіткі визначення синдрому, радіологічні критерії та специфічна терапія. Спочатку травма може бути не поміченою. Кілька діб триває «світлий проміжок». Згодом можуть спостерігати різноманітні симптоми. Описано також пізній синдром хлстової травми, який розвивається через кілька місяців.

R. Ferrari і співавт. (2005) вивчали частоту різних симптомів у осіб, які перенесли хлстову травму в ДТП, а також окремо в жінок і чоловіків. Найбільш стійким і повторюваним виявився біль у ший чи в плечі (100%), за ним — головний біль, на який дещо частіше скаржилися жінки (86,1 проти 78,4% у чоловіків). Цікаво, що після хлстової травми ший багато учасників дослідження почали скаржитися на біль у попереку (62-65%). Інші симптоми (парестезії в кінцівках, запаморочення, нудота, дзвін у вухах) траплялися з частотою менше 50% і практично однаково в чоловіків і жінок.

Тривалість симптомів та ймовірність хронізації наслідків хлстової травми визначається комплексною взаємодією біологічних, психосоціальних, економічних, юридичних факторів (можливість отримати страхове відшкодування).

Стратегія лікування передбачає усунення гострого нападу болю та профілактику хронізації больового синдрому й психоемоційних розладів. Для фармако-терапії застосовують анагетика, НПЗП, опіоїди, інші препарати зі знеболювальним ефектом (міорелаксанти, триптани при мігренозному характері болю).

Для фізіотерапії цервікокраніалгії використовують холодні та гарячі компреси, електронейростимуляцію, гідротерапію, комірці Шанца (не більш як на 7 днів для уникнення хронізації), постізометричну релаксацію, ін'єкції в тригерні точки, остеопатію (але мануальну терапію протипоказано!). Пацієнту слід рекомендувати рухати шиєю як зазвичай,

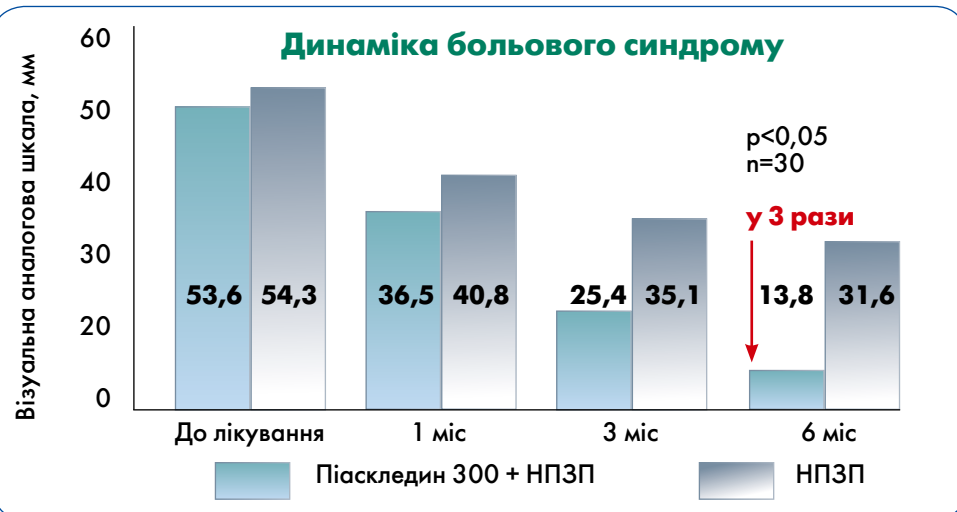


Рис. 2. Ефективність лікування препаратом Піаскледин у комбінації з НПЗП пацієнтів із хронічним боєм унаслідок спондилоартрозу

наскільки це можливо для запобігання закріпленню больової поведінки.

Профілактика хлстової травми полягає в правильному регулюванні підголівників у автомобілі: верхній край підголівника має бути на 6 см нижче маківки голови; сидіння слід регулювати таким чином, щоб підголівник був якомога ближче за головою. За даними американських авторів, які досліджували різні аспекти хлстової травми, три з чотирьох підголівників мають неоптимальне положення відносно голови, тому не запобігають травмі ший, хоча спеціально для цього призначені.

Цілком імовірно, що больовий синдром у пацієнтки з клінічного прикладу являє собою віддалені наслідки хлстової травми ший. Прицільна рентгенографія C1-C2-сегментів виявила асиметрію між зубом і латеральними масами атланта, а також асиметрію просторів міжхребцевих суглобів, що підтверджує наявність травми. Проте не можна виключити

й коморбідність із мігренню, на що вказує згадування про напади мігрени в молодості. Характеристики болю та тривалість нападів цілком укладаються в діагностичні критерії мігрени. Тобто, можливо, в цьому випадку легка травма ший (яка минула непоміченою для пацієнтки) стала тригерним фактором для поновлення мігренозних атак. Тому для усунення нападів обґрунтовано застосування триптанів, а для лікування наслідків травми — фізіотерапевтичних методів.

Отже, цей клінічний приклад демонструє, що причина ЦГБ не завжди очевидна, клінічна картина може нагадувати специфічні цефалгії, не виключено співіснування двох і більше механізмів розвитку та хронізації больового синдрому, в тому числі з віддаленими наслідками травм, які здавалися пацієнту незначними.

Підготував Дмитро Молчанов

39

ПІАСКЛЕДИН 300

комплекс неомыляемых соединений авокадо и сои ASU

ЖИЗНЬ БЕЗ БОЛИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ¹

Курс приема — 3-6 месяцев¹⁴

- Мировой лидер оригинальных ASU
- Обладает болезнь-модифицирующим потенциалом¹
- Доказано замедляет прогрессирование остеоартроза^{2,3}
- Обладает обезболивающим и противовоспалительным действием^{4,5}
- Уменьшает длительность приема и дозу НПВП⁶
- Имеет благоприятный профиль переносимости^{2,7}

Краткая характеристика препарата
 Состав лекарственного средства. Масло авокадо неомыляемые соединения; масло сои неомыляемые соединения. Форма выпуска. Капсулы. Фармакотерапевтическая группа. Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства. Код АТС M01AX26. Показания для применения. В ревматологии симптоматическое лечение остеоартрита коленных и тазобедренных суставов. Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата. Использование в период беременности или кормления. Не рекомендуется. Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с другими механизмами. Не имеет известного влияния на способность управлять автотранспортом или работать с другими механизмами. Дети. Препарат не стоит использовать детям до 18 лет. Способ применения и дозы. Применять взрослым внутрь 1 капсулу 1 раз в сутки. Капсулу не разжевывать. Длительность курса лечения определяет врач. Предостережения. Не описано. Побочные эффекты. Со стороны пищеварительной системы очень редко — отрыжка с жирообразным вкусом, диарея, боль в эпигастрии. Со стороны лечения и лечения выходящий путь очень редко — повышение трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина. Со стороны иммунной системы очень редко — реакции гиперчувствительности. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Отсутствует информация относительно взаимодействия Пиаскледин с другими лекарственными средствами. Упаковка. По 15 капсул в ПВХ/алюминиевом блистере; по 1 блистеру в коробке. Отпуск. Без рецепта. Информация о лекарственном средстве. Информация для специалистов здравоохранения для использования в профессиональной деятельности.

044119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404, тел.: (044) 538-01-26, факс: (044) 538-01-27

EXPANSIENCE LABORATOIRES