

3. Лагода О.В. Значение структурных особенностей атеросклеротических бляшек и степени стеноза внутренней сонной артерии в патогенезе ишемических нарушений мозгового кровообращения: Дис. канд. мед. наук. М.: 1998; 95.
4. Панфилов С.Д. Хирургическая тактика при малых асимптомных атеросклеротических стенозах сонных артерий: Дис. канд. мед. наук. Томск, 1993; 210.
5. Покровский А.В. Первичная профилактика ишемического инсульта и возможности сосудистой хирургии. Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). 2003; 9: 96–98.
6. Покровский А.В., Белоярцев Д.Ф., Орехов П.Ю. Факторы риска рестенозов ВСА после каротидной эндартерэктомии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. 2003; 9: 208.
7. Чельдиев К.В. Выбор метода хирургического лечения стенозированных поражений внутренних сонных артерий. Автореф. дисс. канд. мед. наук. 2008; 47.

8. Чернявский А.М., Виноградова Т.Е. Программа борьбы с инсультом, переходящими нарушениями мозгового кровообращения и дисциркуляторными энцефалопатиями. Методические рекомендации. Новосибирск. 2002; 17.
9. Alsaadi T.M., Koopmans S., Apperson M., Farias S. Levetiracetam monotherapy for elderly patients with epilepsy. *Seizure* 2004; 13: 58–60.
10. Baran M., Stecker M. Epilepsy in a rural elderly population. *Epileptic Disord.* 2007; 9 (3): 256–70.
11. Poza J.J. Management of epilepsy in the elderly. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007 December; 3 (6): 723–728.
12. So E.L., Annegers J.F., Hauser W.A., O'Brien P.C., Whisnant J.P. Populationbased study of seizure disorders after cerebral infarction. *Neurology.* 1996; 46: 350–5.

Случай шейно-черепного синдрома с вегетативными респираторными кризами в неврологической практике

М.Н.Дадашева¹, Л.А.Подрезова¹,
Е.К.Романенко²

¹МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

²Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

В статье описывается случай боли в шее с осложненным течением – иррадиацией в голову и респираторными вегетативными кризами. Наиболее часто подобные симптомы возникают после травмы. Приведенный клинический пример подтвердил факт, что препарат из группы НПВП Дексалгин® заслуженно занимает достойное место в своей группе и его применение позволяет в короткие сроки купировать болевой синдром.

Ключевые слова: боль в шее, головная боль, Дексалгин®, респираторный вегетативный криз.

The case of cervicocranial syndrome with vegetative respiratory crises in neurological practice

M.N.Dadasheva¹, L.A.Podrezova¹,
E.K.Romanenko²

¹M.F.Vladimirsky MRSRCI, Moscow

²I.M.Sechenov First MSMU, Moscow

Article describes the case of neck pain complicated with cranial irradiation and developing of vegetative respiratory crises. Such pathological symptoms often follow by traumatic neck injury. Presented case report of complicated neck pain shows dexalgin benefits. Dexalgin® is supposed to relieve pain as well as other signs of cervicocranial syndrome.

Keywords: neck pain, headache, Dexalgin®, vegetative respiratory crisis.

Проблема боли в шее и голове является одной из актуальных проблем в медицине. Боль в шее не только снижает работоспособность больных, но и ухудшает качество жизни, являясь причиной развития вегетативных расстройств. Известно, что причина появления и развития данной патологии различна, нередко развивается после травмы. В 15–20% случаев боль в шее имеет не только локальный характер, но иррадирует в голову, способствуя развитию цервикогенной головной боли, что усложняет диагностику и ведение такого больного. Это объясняется анатомическим строением шеи, огромной нагрузкой, которую она испытывает, ранним развитием в ней дегенеративного процесса. Как показывает наша практика, пациенты с болью в шее, осложненной цервикогенной головной болью, посещают различных специалистов, но не всегда получают адекватную медицинскую помощь [1–3].

В настоящей работе будет рассмотрен вариант боли в шее травматического генеза, осложненный цервикогенной головной болью с вегетативными пароксизмами, примером чему служит следующее наблюдение.

Больной Л., 44 лет, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на постоянную боль в шее, головную боль упорного, мучительного характера, с периодическими приступами нехватки воздуха, ощущением тревоги, чувством жжения, пульсации, онемения в голове.

Из анамнеза известно, что рос физически слабым, беспокойным, легко возбудимым. По характеру был застенчивым, робким, нерешительным, легко ранимым. В старших классах много времени уделял занятиям, в этот период отмечает появление боли в шее и голове при переутомлении, нарушение сна, однако к врачам не обращался. После окончания института устроился на фирму, где вынужден был длительно сидеть за компьютером, из-за чего нередко отмечались боль в шее и голове.

Сведения об авторах:

М.Н.Дадашева – д.м.н., проф. кафедры общей врачебной практики ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Л.А.Подрезова – д.м.н., проф. кафедры терапии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Е.К.Романенко – аспирант кафедры неврологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

Месяц назад попал в автоаварию, в тот же день в травмпункте был осмотрен врачом. Поскольку головой не ударялся и сознания не терял, был отпущен домой без каких-либо рекомендаций. Однако после травмы боль в шее и голове отмечались постоянно. Воспоминания об автоаварии провоцировали приступ, сопровождающийся сердцебиением, нехваткой воздуха, эмоциональным напряжением, тревогой, страхом. Особенностью были зависимость от положения, усиление ее и появление «хруста» и скованности при длительном нахождении в фиксированной позе. Боль и скованность в шее с ограничением движения головой возникали после ночи или к концу рабочего дня, при этом обычные анальгетики или спазмолитики, которые пациент начал принимать по совету коллег, были малоэффективны.

При обращении к терапевту больной высказал свои жалобы, а также тревожные опасения по поводу своего здоровья. В связи с чем были проведены анализы крови, ЭКГ, ЭХО-КГ, которые патологии не выявили. Учитывая головную боль и вегетативную симптоматику, был назначен курс сосудистой терапии на 2 нед, однако эффекта от лечения получено не было.

Учитывая сохраняющиеся жалобы, была рекомендована консультация невролога. При неврологическом осмотре были выявлены болезненность тригеминальных точек справа. Сглаженность шейного лордоза и ограничение объема движения в шее. Пальпаторно отмечалось напряжение мышц шеи, болезненность остистых отростков и паравертебральных точек на уровне $C_{III}-C_{IV}$, точек выхода большого и малого затылочных нервов, поверхностно расположенных связок (выйной, межостной и надостной связок). Выраженный красный дермографизм, дистальный гипергидроз. Оживление сухожильных рефлексов. Легкая неустойчивость в позе Ромберга.

Результаты обследования. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника: шейный лордоз выпрямлен, смещения позвонков не выявлено, распространенные признаки остеохондроза, более выраженные на уровне $C_{IV}-C_{VI}$ – снижение высоты дисков, неровность замыкательных пластин тел позвонков. Остеофиты в унковертебральной области $C_{III}-C_{VI}$ с двух сторон размером 4–5 мм, задние остеофиты на этом уровне, спондилез.

ЭЭГ: снижение альфа-ритма, небольшая дизритмия и наличие мелких низковольтных медленных волн. Очаговые нарушения отсутствуют.

УЗДГ экстракраниальных сосудов: стенки сосудов не уплотнены, комплекс «интима+медиа» не утолщен, внутренний контур стенок ровный. Просвет исследованных артерий однороден. Диаметр правой позвоночной артерии – 3,2 мм, левой – 3,0 мм. Тенденция к понижению индекса резистентности обеих внутренних сонных и позвоночной артерий. Левая позвоночная артерия S-образно извита.

МРТ шейного отдела позвоночника: протрузия 2 мм на уровне $C_{II}-C_{III}$.

МРА: умеренная извитость левой позвоночной артерии.

Учитывая наличие цервикальной хлыстовой травмы в анамнезе, длительное нахождение в фиксированной позе во время работы за компьютером, а также выявленные изменения в шейном отделе позвоночника и в позвоночных артериях, больному был поставлен диагноз: Дорсопатия. Остеохондроз позвоночника, спондилез. Травматическая вертеброгенная цервикалгия. Шейно-черепной синдром с вегетативными респираторными кризами.

Учитывая, что ведущей жалобой была боль в шее, патогенетически обоснованным при этой патологии считается назначение нестероидных противовоспа-

Информация о препарате

ДЕКСАЛГИН® 25 (Берлин-Хеми АГ/Менарини Групп, Германия)
Декскетопрофен
Таблетки п.о. 25 мг

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Фармакодинамика

Декскетопрофена трометамол – действующее вещество препарата Дексалгин® 25 – нестероидный противовоспалительный препарат, оказывающий анальгезирующее, противовоспалительное и жаропонижающее действия. Механизм действия связан с ингибированием синтеза простагландинов на уровне циклооксигеназ (ЦОГ-1 и ЦОГ-2).

Анальгезирующий эффект наступает через 30 мин после перорального приема, продолжительность терапевтического действия достигает 4–6 ч. При комбинированной терапии с анальгетиками опиоидного ряда декскетопрофена трометамол значительно (до 30–45%) снижает потребность в опиоидах.

Фармакокинетика

Всасывание. Максимальная концентрация в сыворотке после перорального приема декскетопрофена трометамола достигается в среднем через 30 мин (15–60 мин). Одновременный прием пищи замедляет всасывание препарата. Площади под кривой «концентрация–время» после однократного и повторного приемов сходны, что указывает на отсутствие кумуляции препарата.

Распределение. Для декскетопрофена трометамола характерен высокий уровень связывания с белками плазмы крови (99%). Среднее значение объема распределения составляет менее 0,25 л/кг, период полураспределения составляет около 0,35 ч.

Выведение. Главным путем выведения декскетопрофена является конъюгация его с глюкуроновой кислотой с последующим выведением почками. Период полувыведения декскетопрофена трометамола составляет 1,65 ч. У лиц пожилого возраста наблюдается удлинение периода полувыведения в среднем до 48% и снижение общего клиренса препарата.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- купирование болевого синдрома различного генеза (в том числе послеоперационные боли, боль при метастазах в кости, посттравматические боли, боль при почечной колике, альгодисменорея, ишиалгия, радикулит, невралгии, зубная боль и др.);
 - симптоматическое лечение острых и хронических воспалительных, воспалительно-дегенеративных и метаболических заболеваний опорно-двигательного аппарата (в том числе ревматоидный артрит, спондилоартрит, остеоартроз, остеохондроз).
- Препарат предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент применения.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Дексалгин® 25 принимают внутрь во время еды. В зависимости от интенсивности болевого синдрома рекомендуемая доза для взрослых составляет 12,5 мг (1/2 таблетки) каждые 4–6 ч или 25 мг (1 таблетка) каждые 8 ч.

Максимальная суточная доза – 75 мг.

У пациентов пожилого возраста и пациентов с нарушением функции печени и/или почек терапию препаратом Дексалгин® 25 следует начинать с более низких доз. Максимальная суточная доза составляет 50 мг. Дексалгин® 25 не предусмотрен для длительной терапии, курс лечения препаратом не должен превышать 3–5 дней.

Разделы: Противопоказания, С осторожностью, Применение при беременности и лактации, Лекарственное взаимодействие, Побочные эффекты, Передозировка. – см. в инструкции по медицинскому применению препарата.

Дексалгин®

Декскетопрофена трометамол



Скорая помощь при острой боли



Быстрое
начало
действия

Выраженный
обезболивающий
эффект

Хорошая
переносимость

лительных препаратов (НПВП), механизм действия которых заключается в ингибировании циклооксигеназы (ЦОГ), способствующей превращению арахидоновой кислоты в простагландины. Из имеющегося в настоящее время широкого арсенала НПВП необходимо было выбрать такой, который обладал бы быстрым и выраженным обезболивающим эффектом и оптимальным профилем безопасности, имел бы разные формы – как ампулы для инъекций, так и таблетки. Препаратом выбора стал Дексалгин® (декскетопрофен), который представляет собой водорастворимую соль правовращающего изомера кетопрофена и в нашей практике показал высокую эффективность в купировании болевого синдрома при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Дексалгин® оказывает обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие. Преимущество препарата обусловлено двойным механизмом действия, центральным и периферическим, а также тем, что он быстро купирует боль и препятствует хронизации боли, предотвращая тем самым формирование «болевого памяти». Препарат начинает действовать уже через 30 мин после приема. Анальгетический эффект сохраняется 4–6 ч (для таблетированной формы). Дексалгин® выпускается в ампулах по 2 мл (50 мг) и таблетках по 25 мг. Пациенту был назначен стандартный курс: в первые 2 дня в виде инъекций 3 раза в день с последующим переходом на таблетированную форму по 1 таблетке 25 мг 3 раза в день до 5 дней. Дополнительно были назначены немедикаментозные методы лечения – физиотерапия (магнитотерапия, ультразвуковая терапия), мануальная терапия, иглорефлексотерапия, психотерапия.

На фоне комплексной медикаментозной и немедикаментозной терапии больной уже через 10 дней отметил значительное улучшение – уменьшилась боль в шее и голове, головокружение. В конце курса лечения он был направлен на лечебную гимнастику и массаж, оказывающие болеутоляющее, миорелаксирующее и сосудорасширяющее действие.

Таким образом, у пациента после травмы развился шейно-черепной синдром. Еще в 1928 г. Гарольдом Крове предложено называть гиперрефлекторные и гиперэкстензионные травмы шеи, полученные чаще во время дорожно-транспортного происшествия термином «цервикальная хлыстовая травма», при которой после удара в автомобиль сзади туловище пострадавшего совершает движение вперед, но голова отклоняется назад в краниоцервикальном сочленении и в сегментах C_1-C_{II} , а в нижних шейных сегментах $C_{III}-C_{V_{II}}$ происходит разгибание. После чего развивается клиника цервикального синдрома и краниалгии. Краниалгия связана с раздражением верхне-шейных корешков, большого затылочного нерва, шейных мышц и связок. При раздражении позвоночного нерва и артерии появляются симптомы в виде головокружения, зрительных и координаторных нарушений, различные вегетативные проявления – в данном случае респираторные панические атаки [3].

Таким образом, лечение больных с болью в шее должно быть комплексным с учетом патогенеза, стадии заболевания, клинического течения. Учитывая результаты многочисленных клинических исследований, свой собственный практический опыт, можно сделать вывод, что с целью оптимизации терапии представляется целесообразным включение в лечебный комплекс при осложненной боли в шее эффективного и обладающего высоким профилем безопасности препарата Дексалгин® в виде инъекций и



М БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИШ

123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10
БЦ «Башня на Набережной», блок Б
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01
<http://www.berlin-chemie.ru>

Рег. уд. ЛСР -002674/08 10.04.2008,
П N 015044/01-2003 22.07.2008

ПОЛНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ
СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

таблеток на короткий период – в среднем на 5 дней.

Представленное клиническое наблюдение является типичным случаем посттравматической цервикалгии и цервикогенной головной боли, осложненной сосудистыми и вегетативными расстройствами у тревожной личности, в связи с чем потребовался даже курс психотерапии.

Анализ приведенного наблюдения показал, что диагностические трудности были обусловлены тем, что с самого начала терапевтом не была прослежена связь боли в шее и голове с травмой, а также ошибочно был сделан акцент на головной боли, игнорировались личностные особенности больного (невропатическая конституция в детском возрасте, «психосоматический» тип реагирования) и профессиональные особенности, что в конечном итоге привело к длительному лечению.

Таким образом, разработка патогенетически обоснованных принципов лечения при осложненной боли в шее является сложной проблемой, решение которой может быть достигнуто путем привлечения широкого круга специалистов и комплексного подхода к терапевтическим мероприятиям, включающим не только фармакотерапию, но и немедикаментозные методы лечения, в том числе психотерапию.

Литература

1. Бененс А.Л., Епифанов В.А. Гемодинамика в вертебробазиллярном бассейне у больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника. Патолог. позвоночника. Л.: 1982; 44–46.
2. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004; 141.
3. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. Казань, 2001; 472.

Использование бемипарина в качестве средства профилактики венозных тромбозов в общей хирургии и оперативной онкологии

Н.В.Стуров, Д.А.Медянцева
РУДН, Москва

Бемипарин является новым низкомолекулярным гепарином, обладающим наибольшей активностью в отношении активированного X фактора, что определяет высокую эффективность в профилактике тромбообразования. В статье приводится обзор результатов клинических исследований по использованию бемипарина в качестве средства профилактики венозных тромбозов и эмболий в общей хирургии и оперативной онкологии.

Ключевые слова: бемипарин, Цибор®, абдоминальная хирургия, онкология, венозные тромбозы, профилактика.

Bemiparin for venous thrombosis prevention in general surgery and surgical oncology

N.V.Sturov, D.A.Medyantceva
PFUR, Moscow

Bemiparin is a new low molecular weight heparin which presents the highest anti-Xa-activity, therefore

the drug has a strong effectiveness in prevention of venous thrombosis. The article reviews clinical trials of bemiparin for venous thrombosis prevention in general surgery and surgical oncology.

Keywords: bemiparin, Zibor®, abdominal surgery, oncology, venous thrombosis, prevention.

Введение

В последнее время наблюдается рост интереса отечественных клиницистов к вопросам тромбопрофилактики в общехирургической практике и онкологии. Известно, что частота глубоких венозных тромбозов и эмболий (ВТЭ) у пациентов отделений абдоминальной хирургии при отсутствии тромбопрофилактики может достигать 20–30% (в зависимости от основной патологии, сопутствующих заболеваний и факторов риска, в том числе массы тела), а частота смертельной и несмертельной тромбоэмболии легочной артерии и ее ветвей (ТЭЛА) – 0,3–0,8% [1]. В связи с этим профилактика тромбозов в общей хирургии, особенно при высоком риске ВТЭ, является статистически и клинически обоснованной. У онкологических пациентов клетки злокачественных опухолей выделяют в системный кровоток прокоагулянтные факторы, поэтому частота ВТЭ у этой категории больных заметно выше, чем в среднем в популяции.

Стратификация риска ВТЭ

В отечественных рекомендациях по профилактике ВТЭ приводится четкий алгоритм оценки риска тромбоза в зависимости от заболевания пациента, анамнестических данных, а также от вида проведенной операции (табл. 1, 2) [2]. Используя эти данные, легко определить показания к проведению тромбопрофилактики.

В общей хирургии больных с низким риском ВТЭ следует максимально быстро активизировать. Целесообразно использовать компрессионный трикотаж или эластическое бинтование нижних конечностей интраоперационно и в послеоперационном периоде.

Больным с умеренным и высоким риском развития ВТЭ назначают нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) или

Сведения об авторе:

Стуров Николай Владимирович – к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики РУДН