

# Принципы диагностики и лечения острой боли в шее

Д.Х. Хайбуллина<sup>✉</sup>, ORCID: 0000-0001-6883-7649, e-mail: dina.khaibullina@mail.ru

Ю.Н. Максимов, ORCID: 0000-0002-1430-9741, e-mail: yuri\_maximov@mail.ru

Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11

## Резюме

В соответствии с современными представлениями боль подразделяется на невропатическую и неспецифическую (ноцицептивную). Нередко болевой синдром носит смешанный характер, объединяя в себе черты обоих вариантов, каждый из которых требует отдельного подхода в лечении. Главной задачей терапии боли является эффективное и быстрое ее купирование при относительной безопасности назначаемого лечения. Сообщение посвящено разбору клинического случая терапии боли смешанного характера, остро развившейся у пациентки в шейном отделе позвоночника в результате воздействия неадекватной физической нагрузки, приведшей к повреждению межпозвонкового диска, и осложнившейся шейной радикулопатией. Самостоятельное лечение, проводимое пациенткой, которое включало в себя в т. ч. нестероидные противовоспалительные препараты, не привело к желаемому результату из-за неадекватности и отсутствия системности терапии. С целью постановки клинического диагноза были использованы как физикальные, так и параклинические методы исследования, позволившие верифицировать причину возникновения боли в шее и характер развившихся осложнений. В целях быстрого купирования болевого синдрома была использована ступенчатая схема терапии декскетопрофеном, что привело к желаемому эффекту в течение 5 дней (снижение интенсивности боли более чем на 50% от первоначального уровня). Для продолжения лечения использовался НПВП с селективным воздействием на ЦОГ-2. Также в комплексную терапию по показаниям входили препараты следующих групп: ингибитор протонной помпы, миорелаксант, антиконвульсант, комбинированный препарат витаминов группы В, препарат тиоктовой кислоты, комбинированный препарат из группы медленно действующих симптоматических средств и немедикаментозные методы (когнитивно-поведенческая терапия, мягкотканевые техники мануальной терапии, лечебная гимнастика). Адекватность проведенной терапии была подтверждена купированием болевого синдрома и регрессом неврологической симптоматики при отсутствии нежелательных явлений. Данный клинический случай иллюстрирует возможности успешной консервативной терапии боли смешанного характера в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** шея, позвоночник, боль, грыжа, межпозвонковый диск, радикулопатия, диагностика, терапия, декскетопрофен

**Для цитирования:** Хайбуллина Д.Х., Максимов Ю.Н. Принципы диагностики и лечения острой боли в шее. *Медицинский совет*. 2020;(19):121–126. doi: 10.21518/2079-701X-2020-19-121-126.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Acute neck pain: principles of diagnosis and treatment

Dina Kh. Khaibullina<sup>✉</sup>, ORCID: 0000-0001-6883-7649, e-mail: dina.khaibullina@mail.ru

Yuriy N. Maksimov, ORCID: 0000-0002-1430-9741, e-mail: yuri\_maximov@mail.ru

Kazan State Medical Academy; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia

## Abstract

In accordance with modern concepts, pain is divided into neuropathic and nonspecific (nociceptive). Often the pain syndrome is of a mixed nature, combining the features of both options, each of which requires a separate approach to treatment. The main task of pain therapy is its effective and rapid relief with the relative safety of the prescribed treatment. The message is devoted to the analysis of a clinical case of treatment of pain of a mixed nature, acutely developed in a patient in the cervical spine as a result of inadequate physical activity, which led to damage to the intervertebral disc and complicated cervical radiculopathy. Self-treatment performed by the patient, which included, among other things, NSAIDs, did not lead to the desired result due to the inadequacy and lack of systemic therapy. In order to establish a clinical diagnosis, both physical and paraclinical research methods were used, which made it possible to verify the cause of neck pain and the nature of the complications that developed. In order to quickly relieve the pain syndrome, a stepwise scheme of therapy with dexketoprofen was used, which led to the desired effect within 5 days (a decrease in pain intensity by more than 50% from the initial level). To continue treatment, NSAIDs with a selective effect on COX-2 were used. Also, according to the indications, the complex therapy included drugs of the following groups: proton pump inhibitor, muscle relaxant, anticonvulsant, combined preparation of B vitamins, thioctic acid preparation, combined preparation from the group of slow-acting symptomatic agents and non-drug methods (cognitive-behavioral therapy, soft tissue manual therapy techniques, Exercise therapy). The adequacy of the therapy was confirmed by relief of pain syndrome and regression of neurological symptoms in the absence of adverse events. This clinical case illustrates the possibilities of successful conservative treatment of mixed pain in an outpatient setting.

**Keywords:** neck, spine, pain, hernia, intervertebral disc, radiculopathy, diagnosis, therapy, dexketoprofen

**For citation:** Khaibullina D.Kh., Maksimov Yu.N. Acute neck pain: principles of diagnosis and treatment. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(19):121–126. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-19-121-126.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Боль в шее имеет широкое распространение и является частым поводом для обращения за медицинской помощью. По данным Рабочей группы по изучению боли в шее (Task Force on Neck Pain), распространенность ее в популяции достигает 60%, а одномоментная распространенность («боль в шее сегодня») – 30% [1]. Мужчины в возрасте до 60 лет болеют реже, чем женщины [2–4]. По продолжительности выделяют острую и хроническую боль. Острая (продолжительностью до 12 нед.) чаще встречается в молодом возрасте, хроническая боль (более 12 нед.) преобладает у лиц пожилого возраста, что связано с инволюционными изменениями в структурах осевого скелета.

Клиническая картина зависит от вовлеченных в патологический процесс структур шейного отдела позвоночника (ШОП). При поражении фасеточных суставов, мышц, межпозвонковых дисков боль носит неспецифический характер, а при вовлечении в конфликт невралгических структур приобретает черты невропатической. Также боль может быть локальной или иррадиировать в соседние регионы. Болевой синдром в шее, сопровождающийся иррадиацией в регион головы, носит название «цервикокраниалгия», или «цервикогенная головная боль», и в основном встречается при локализации патологического процесса на уровне позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) C<sub>0</sub>-C<sub>IV</sub> [5, 6]. При поражении ниже-шейных ПДС C<sub>IV</sub>-Th<sub>1</sub> зоной иррадиации становится преимущественно пояс свободных верхних конечностей, и заболевание носит название «цервикобрахиальный синдром», или «цервикобрахиалгия». Помимо боли, которая в клинической картине занимает первое место, может наблюдаться ограничение объема движений в ШОП, гипертонус мышц шеи и плечевого пояса, а при заинтересованности шейных спинномозговых корешков – соответствующая неврологическая симптоматика в форме чувствительных, двигательных и рефлекторных нарушений. У пациентов, обратившихся к врачу с жалобами на боли в шее с иррадиацией в руку, объективные неврологические нарушения были выявлены в 11,9–43% случаев [7, 8].

Статистическая классификация боли в шее осуществляется по МКБ-Х, где для этого предусмотрены следующие коды:

- M50.0 – Поражение межпозвонкового диска шейного отдела с миелопатией (G99.2).
- M 50.1 – Поражение межпозвонкового диска шейного отдела с радикулопатией.
- M50.2 – Смещение межпозвонкового диска шейного отдела другого типа.
- M50.3 – Другая дегенерация межпозвонкового диска шейного отдела.
- M50.4 – Другие поражения межпозвонкового диска шейного отдела.
- M50.5 – Поражение межпозвонкового диска шейного отдела неуточненное.
- M53.1 – Шейно-плечевой синдром.
- M54.1 – Радикулопатия.
- M54.2 – Цервикалгия.

Предлагаемый клинический случай может служить иллюстрацией характерного течения цервикобрахиалгии, осложненной радикулопатией.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка 42 лет, менеджер по продажам в фирме, обратилась к врачу с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в правую руку. Из анамнеза следовало, что заболевание развилось остро 3 нед. тому назад при неудачной попытке выполнить стойку на голове, когда пациентка занималась фитнесом дома, находясь на режиме самоизоляции. Со слов пациентки, фитнесом, в т. ч. йогой, она занимается на протяжении 2 лет и неоднократно выполняла стойку на голове, что иногда приводило к появлению дискомфорта или незначительной боли в области шеи, которые купировались в течение 1–3 дней самостоятельно или после применения наружных раздражающих препаратов и сухого тепла. Неудачу, постигшую ее в этот раз, связывает с недостаточно тщательно проведенной разминкой, скользким покрытием пола в квартире и некоторым увеличением массы тела за последние 1,5 мес., что объясняет изменением в условиях работы (вынуждена работать дома на удаленном режиме). Боль в шее появилась после того, как пациентка, выполняя стойку на голове, поскользнулась, потеряла равновесие, завалилась на бок и упала на спину. В момент возникновения боль локализовалась в области ниже-шейного отдела позвоночника, носила ноющий характер, степень ее выраженности ретроспективно оценивалась пациенткой на 3–4 балла по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), и в целом клиническая картина не отличалась от ранее перенесенных эпизодов. Ограничений при выполнении движений шеей пациентка не отмечала. Произошедший с ней случай самостоятельно расценила как растяжение мышц шеи, для лечения которого она привычно использовала мазь с согревающим эффектом и сухое тепло в виде теплого шарфа. После применения указанных средств наступило некоторое облегчение. Ночью пациентка проснулась от усилившейся боли, которая распространилась на всю шею, надплечья и межлопаточную область. Боль усиливалась при попытке движений шеей, которые также были значительно ограничены. После перорального приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), имеющихся в домашней аптечке, интенсивность боли уменьшилась, что позволило пациентке вновь уснуть. В последующие дни она продолжала применять согревающую мазь и тепловые процедуры, отметив, что ношение шарфа создавало иллюзию улучшения, а после горячего душа боли усиливались, что вновь приводило к необходимости приема НПВП. Также боль усиливалась в ночное время. Спустя 4–5 дней боль в межлопаточной области и надплечьях уменьшилась, вновь локализовавшись в ниже-шейном отделе позвоночника. Объем движений в целом несколько увеличился, при этом сохранялось выраженное ограничение поворота головы вправо и разгибания, попытка которых вызывала усиление боли. Примерно в это же время пациентка стала отмечать появление ощущения ползания мурашек и оне-

мения в области мизинца и прилежащей части безымянного пальца, которые первоначально носили преходящий характер, а затем стали постоянными и распространились вверх до локтя. Через некоторое время (5–6 дней) после появления чувствительных нарушений к ним присоединилась боль, локализованная в этой же области, а также появились затруднения при движении мизинца.

### Данные объективного осмотра

При проведении физикального исследования у пациентки были выявлены следующие изменения. Болевой синдром на момент осмотра пациенткой оценивался на 6 баллов по ВАШ. Пациентка правильного астенического телосложения, несколько повышенного питания. Нарушение статики в регионе шеи в виде вынужденного положения: флексия – латерофлексия – ротация влево. Ограничение объема движений в ШОП в направлении экстензии, латерофлексии и ротации вправо. Пальпаторно выявлялась болезненность остистых отростков и межпозвонковых суставов на уровне шейно-грудного перехода. При исследовании мышечной системы диагностировано укорочение грудино-ключично-сосцевидных, лестничных, субокципитальных, поднимающей лопатку, нисходящей порции трапецевидной мышцы. Были выявлены положительные тесты: Спурлинга, перкуSSIONный, компрессии межпозвонковых отверстий, максимальной компрессии межпозвонковых отверстий, компрессионный Джексона, дистракции шейного отдела позвоночника и проба Вальсальвы. При проведении неврологического осмотра обращало на себя внимание наличие гипестезии в зоне дерматомов C<sub>8</sub> справа, гипорефлексии с трехглавой мышцы плеча справа, снижение силы в сгибателях IV и V пальцев и мышцах гипотенара правой кисти до 3 баллов.

С целью уточнения характера боли был использован «Диагностический опросник невропатической боли DN4», результаты которого – 6 баллов позволили предположить наличие у пациентки невропатической боли.

По результатам анализа жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра был выставлен предварительный диагноз «Цервикобрахиалгия. Грыжа межпозвонкового диска C<sub>VII</sub>-Th<sub>I</sub>. Радикулопатия C<sub>8</sub> справа в форме пареза легкой степени в мышцах гипотенара и сгибателях пальцев правой кисти. Мышечно-тонический синдром в мыш-

### Важно!

**На этапах сбора анамнеза и физикального исследования необходимо исключить или выявить симптомы, характерные для системного заболевания или жизнеугрожающей патологии («красные флажки») [9].**

- СЕРЬЕЗНАЯ ТРАВМА.
- ПРИЗНАКИ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА (выраженное локальное воспаление, отек, локальная гипертермия) и/или системной воспалительной реакции (лихорадка, лейкоцитоз, немотивированное снижение массы тела, повышение СОЭ и/или уровня СРБ).
- ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В АНАМНЕЗЕ.
- ЛЮБЫЕ СИМПТОМЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О НАЛИЧИИ СИСТЕМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ревматического, гематологического, воспалительных заболеваний кишечника и т. д.).
- НАЛИЧИЕ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ (признаки радикулопатии при боли в спине) или двигательного дефекта.
- НАЛИЧИЕ ПРИЗНАКОВ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА (включая злоупотребление психоактивными веществами)

цах шеи». Учитывая присутствие «красного флажка» – наличие очаговых неврологических проявлений (признаки радикулопатии и двигательного дефекта), с целью уточнения диагноза пациентке было назначено проведение МРТ шейного отдела позвоночника и электромиография (ЭМГ) верхних конечностей.

### Данные параклинических методов исследований

1. МРТ шейного отдела позвоночника. Заключение: «Выпрямление шейного физиологического лордоза. Нестабильность ПДС C<sub>IV</sub>-C<sub>VI</sub>. МР-признаки умеренно выраженных дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела в виде спондилоартроза, унковертебрального артроза, спондилеза. Протрузии межпозвонковых дисков C<sub>IV</sub>-C<sub>VI</sub>. Фораминальная грыжа межпозвонкового диска C<sub>VII</sub>-Th<sub>I</sub> размером до 3,5 мм, распространяющаяся в межпозвонковое отверстие справа с компрессией нервного корешка».
2. ЭМГ верхних конечностей, признаки острого денервационного процесса в корешке C<sub>8</sub> справа.

По результатам анализа данных параклинических методов, дополнивших результаты физикального исследования, был выставлен клинический диагноз «Цервико-

### Важно!

#### Симптомы поражения шейных корешков

Диск	Нервный корешок	Дерматом	Изменения рефлекса	Мышца-индикатор
CIV-CV	C5	Боковая поверхность плеча	С двуглавой мышцы плеча	Дельтовидная
CV-CVI	C6	Большой палец, часть указательного пальца	С двуглавой мышцы плеча, карпорадиальный	Двуглавая Плечелучевая
CVI-CVII	C7	Указательный и средний пальцы, часть безымянного пальца	С трехглавой мышцы плеча	Трехглавая Мышцы тенара
CVII-ThI	C8	Мизинец, часть безымянного пальца	С трехглавой мышцы плеча	Мышцы гипотенара Сгибатели пальцев Межкостные

брахиалгия. Грыжа межпозвонкового диска C<sub>VII</sub>-Th<sub>I</sub>. Радикулопатия C<sub>8</sub> справа в форме пареза легкой степени в мышцах гипотенара и сгибателях пальцев правой кисти. Мышечно-тонический синдром в мышцах шеи. Нарушение статики в виде выпрямления физиологического лордоза. Нестабильность шейного отдела позвоночника».

### Лечение

На основании клинического диагноза было назначено адекватное состоянию пациентки лечение, включавшее в себя: НПВП, ингибитор протонной помпы, миорелаксант, антиконвульсант, комбинированный препарат витаминов группы В, препарат тиоктовой кислоты, комбинированный препарат группы медленно действующих симптоматических средств (МДСС), немедикаментозную терапию (когнитивно-поведенческая терапия, мягкотканевые техники мануальной терапии).

### ОБСУЖДЕНИЕ

НПВП на сегодняшний день являются одними из наиболее часто назначаемых препаратов и входят в стандарт лечения как ноцицептивной, так и невропатической боли. Выбор НПВП регламентируется Российскими клиническими рекомендациями по рациональному применению НПВП с учетом коморбидного фона пациента и рисками развития побочных эффектов [10]. Согласно современ-

ным взглядам, НПВП назначаются по показаниям в минимальной эффективной дозировке, наиболее коротким курсом, позволяющим достичь желаемого терапевтического эффекта. Учитывая степень выраженности болевого синдрома у пациентки, с целью достижения быстрого анальгетического эффекта из многочисленных представителей данного класса препаратов предпочтение было отдано Дексалгину. Дексалгин® («Берлин-Хеми/Менарини Фарма ГмбХ», Германия) является оригинальным препаратом, представляющим собой продукт инновационных биотехнологий, соединивший водорастворимую соль правовращающего энантиомера кетопрофена (со степенью чистоты 99,9%) с трометамолом. В отличие от кетопрофена Дексалгин® содержит только правовращающий энантиомер кетопрофена, что позволяет исключить воздействие на пациента терапевтически неактивного и имеющего более высокий риск гастроэнтеральных осложнений левовращающего изомера. Данный факт чрезвычайно важен, т. к. создает преимущества использования препарата Дексалгин® с точки зрения безопасности [11–13]. Декскетопрофен относится к неселективным НПВП группы арилпропионовой кислоты, обладает выраженным анальгетическим эффектом с относительно коротким периодом полувыведения. Соль трометамола обеспечивает быстрое растворение, всасывание и достижение пика эффективной концентрации в крови по сравнению с кетопрофеном [14–16]. Анальгетический эффект, таким

### Важно!

#### Тесты, используемые для выявления патологии шейного отдела позвоночника

Тест	Методика проведения	Оценка результата
Спурлинга	Врач просит пациента произвести разгибание в ШОП и одновременно ротировать голову в сторону боли. После этого врач производит руками давление на голову больного в вертикальном направлении	Возникновение или усиление боли в области плеча свидетельствует о шейной радикулопатии
Перкуссионный	Голова пациента слегка согнута. Врач с помощью неврологического молоточка выполняет перкуссию по остистым отросткам	Появление локальной боли в области пораженного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) с иррадиацией по корешку указывает на патологию межпозвонкового диска
Компрессии межпозвонковых отверстий	Сидящему пациенту с шеей, находящейся в нейтральном положении, проводится осевая компрессия на голову и ШОП	Появление или усиление сегментарной или корешковой симптоматики указывает на патологию межпозвонковых дисков, корешков или межпозвонковых отверстий. Диффузная боль указывает на патологию связочного аппарата или межпозвонковых суставов
Максимальной компрессии межпозвонковых отверстий	Пациент активно поворачивает голову в сторону, одновременно слегка разгибая шею	Данное движение уменьшает межпозвонковые пространства, что ведет к компрессии корешка. Усиление иррадиации боли свидетельствует о компрессии корешка. Локальное усиление боли говорит о патологии межпозвонковых суставов
Компрессионный Джексона	Пациент находится в положении сидя. Врач, стоя позади пациента и положив руки на его голову, осуществляет боковой наклон ее в одну и другую сторону поочередно. В момент максимального наклона врач усиливает давление на голову пациента по оси позвоночника	Появление корешковой симптоматики на гомолатеральной к наклону стороне указывает на процесс, сужающий межпозвонковые отверстия. Местная ограниченная боль на гетеролатеральной стороне – укорочение мышц шеи
Дистракции шейного отдела позвоночника	Пациент находится в положении сидя. Врач, взяв голову пациента за нижнюю челюсть и затылок, осуществляет вытяжение вверх по оси позвоночника	Уменьшение болевых ощущений свидетельствует в пользу корешкового синдрома, усиление боли говорит о функциональных нарушениях
Проба Вальсальвы	Пациент, взяв в рот большой палец кисти, пытается во время форсированного выдоха вытолкнуть палец из ротовой полости	Усиление болевого синдрома, если он связан с патологическими изменениями, суживающими просвет спинномозгового канала

### Важно!

1. При отсутствии у пациента признаков потенциально опасных заболеваний («красные флажки») дополнительные исследования не назначаются, а лечение пациента осуществляется в соответствии с рекомендациями междисциплинарного консенсуса по лечению неспецифической скелетно-мышечной боли [9].
2. Если в процессе физикального исследования у пациента выявляются признаки невропатической боли, необходимо проведение нейровизуализационного исследования (МРТ или МСКТ в зависимости от наличия противопоказаний) и нейрофизиологического исследования (электронейромиографии – ЭНМГ). При назначении нейрофизиологических исследований необходимо учитывать временной фактор, т. е. время от начала развития клинических проявлений радикулопатии до момента проведения исследования должно составлять не менее 2–3 нед., что требуется для формирования характерных изменений

образом, наступает через короткий промежуток времени от момента введения препарата и сохраняется в течение 4–6 ч, что делает целесообразным применение Дексалгина для быстрого купирования болевого синдрома интенсивностью более 4 баллов по ВАШ [17]. Наличие трех фармакологических форм препарата: раствора для внутривенного и внутримышечного введения, таблеток и гранул для приготовления раствора, принимаемого внутрь, позволяет использовать его в различных клинических ситуациях. Рекомендуется ступенчатая схема применения Дексалгина. Терапия начинается с использования инъекционной формы внутримышечно в дозировке 2 мл (50 мг) 3 раза в день на протяжении 2 дней. С 3-го дня переходят на пероральный прием (таблетированная форма или гранулы, растворимые в воде) в дозе 25 мг от 1 до 3 раз в день в зависимости от необходимости. Курс лечения, согласно инструкции производителя, не должен превышать 5 дней. Строгое соблюдение инструкции в отношении дозировки и длительности применения препарата позволяет достичь баланса между хорошим анальгетическим эффектом и относительной безопасностью. Именно такая схема применения Дексалгина была использована в лечении болевого синдрома у нашей пациентки, что привело к снижению боли по ВАШ до 3 баллов к исходу 5-го дня терапии. Для продолжения борьбы с болью в дальнейшем использовался НПВП с селективным воздействием на ЦОГ-2 в минимальной эффективной дозировке на протяжении 7 дней, что привело к желаемому терапевтическому эффекту в виде снижения боли до уровня, не превышающего 1 балла по ВАШ. Прием миорелаксанта был также завершен на 12-й день терапии в связи с нормализацией мышечного тонуса. Быстрое и эффективное снижение боли позволило начать постепенную отмену антиконвульсанта. В дальнейшем пациентка продолжила прием препарата тиоктовой кислоты и комбинированного препарата витаминов группы В до 1 мес., а комбинированного препарата МДСС – до 3 мес., что соответствовало рекомендациям по их при-

менению. Чувствительные и двигательные расстройства полностью регрессировали к концу 3-й нед. лечения. С целью устранения имеющегося мышечного дисбаланса в регионе шеи и пояса верхних конечностей пациентке были рекомендованы занятия лечебной физической культурой.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае пациентке с острой дискогенной радикулярной болью на уровне шейного отдела позвоночника с целью купирования болевого синдрома был назначен и применен декскетопрофен (Дексалгин®) в виде ступенчатой схемы. В начале терапии использовалась инъекционная форма препарата внутримышечно в дозировке 2,0 мл (50 мг) 3 раза в день на протяжении 2 дней с дальнейшим переходом на пероральный прием. Общий курс лечения Дексалгином составил 5 дней, в течение которых болевой синдром регрессировал с 6 до 3 баллов по ВАШ, что было расценено как хороший ответ на проводимую терапию. Для дальнейшей борьбы с болью использовался НПВП из группы селективных ингибиторов ЦОГ-2. С целью снижения риска гастроэнтеральных осложнений с 1-го дня применения НПВП был назначен препарат из группы ингибиторов протонной помпы. Одновременно по клиническим показаниям проводилась медикаментозная терапия препаратами из группы миорелаксантов, антиконвульсантов, тиоктовой кислоты, витаминов группы В, МДСС. Также были использованы немедикаментозные методы лечения. Адекватная комплексная терапия позволила в короткие сроки купировать болевой синдром и устранить чувствительные и двигательные нарушения. Нежелательных явлений в процессе лечения у пациентки не наблюдалось. В дальнейшем для пациентки была разработана индивидуальная программа ЛФК для устранения мышечного дисбаланса и предотвращения рецидивирования.

Анализ клинического случая позволил сделать следующие выводы.

1. Применение декскетопрофена в лечении боли смешанного характера, включающей в себя как невропатический, так и ноцицептивный компонент, что часто наблюдается в клинической практике, является обоснованным.
2. Хороший анальгезирующий эффект достигается при ступенчатой схеме применения декскетопрофена (Дексалгин®).
3. Строгое следование рекомендациям по дозировке и длительности применения Дексалгина сводит к минимуму риск развития нежелательных явлений.
4. Комплексная терапия боли должна учитывать все имеющиеся у пациента симптомы.
5. Соблюдение принципов комплексного подхода и преемственности в назначении медикаментозных и немедикаментозных методов повышает результативность лечения и улучшает качество жизни пациента.

Поступила / Received 04.09.2020  
Поступила после рецензирования / Revised 20.09.2020  
Принята в печать / Accepted 10.10.2020



## Список литературы

- Haldeman S., Carroll L., Cassidy J.D., Schubert J., Nygren A. The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Eur Spine J.* 2008;17(Suppl. 1):5–7. doi: 10.1007/s00586-008-0619-8.
- Borenstein D.G., Wesel S.W., Boden S.D. (eds.). *Low back and neck pain: comprehensive diagnosis and management.* 3rd ed. Saunders; 2004. 944 p. doi: 10.1016/B978-0-7216-9277-7.X5001-6.
- Чечет Е.А., Парфенов В.А. Ведение пациентов с болью в шее. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2016;8(1):4–8. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-4-8.
- Hoy D.G., Protani M., De R., Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(6):783–792. doi: 10.1016/j.berh.2011.01.019.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211. doi: 10.1177/0333102417738202.
- Девликамова Ф.И., Хайбуллина Д.Х., Максимов Ю.Н., Губеев Б.Э. Цервикокраниалгия: множество причин, одна проблема. *РМЖ.* 2019;(9):4–10. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/bolevoyn\\_sindrom/Cervikokranialgiya\\_mnoghestvo\\_prichin\\_odna\\_problema/](https://www.rmj.ru/articles/bolevoyn_sindrom/Cervikokranialgiya_mnoghestvo_prichin_odna_problema/).
- Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукushкин М.Л., Чурюканов М.В., Абузарова Г.Р., Амелин А.В. и др. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. *Российский журнал боли.* 2018;4(58):5–41. doi: 10.25731/RASP.2018.04.025.
- Табеева Г.Р. Боль в шее: клинический анализ причин и приоритетов терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(Прил. 2):69–75. doi: 10.14412/2074-2711-2019-25-69-75.
- Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е., Алексеева Л.И., Баринов А.Н., Барулин А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. *Научно-практическая ревматология.* 2016;54(3):247–265. doi: 10.14412/1995-4484-2016-247-265.
- Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Ивашкин В.Т., Чичасова Н.В., Алексеева Л.И. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике». *Современная ревматология.* 2015;9(1):4–23. doi: 10.14412/1996-7012-2015-1-4-23.
- De la Lastra C.A., Nieto A., Motilva V., Martin M.J., Herreras J.M., Cabre F., Mauleón D. Intestinal toxicity of ketoprofen trometamol vs its enantiomers in rat. Role of oxidative stress. *Inflamm Res.* 2000;49(11):627–632. doi: 10.1007/s000110050640.
- Jamali F., Brocks D.R. Clinical pharmacokinetics of ketoprofen and its enantiomers. *Clin Pharmacokinet.* 1990;19(3):197–217. doi: 10.2165/00003088-199019030-00004.
- Carne X., Rios J., Torres F. Postmarketing cohort study to assess the safety profile of oral dextketoprofen trometamol for mild to moderate acute pain treatment in primary care. *Methods Find Exp Clin Pharmacol.* 2009;31(8):533–540. doi: 10.1358/mf.2009.31.8.1419070.
- Barbano J.M., Antonijoo R.M., Gich I. Clinical pharmacokinetics of dextketoprofen. *Clin Pharmacokinet.* 2001;94(4):245–262. doi: 10.2165/00003088-200140040-00002.
- Hanna M., Moon J.Y. A review of dextketoprofen trometamol in acute pain. *Curr Med Res Opin.* 2019;35(2):189–202. doi: 10.1080/03007995.2018.1457016.
- Gaskell H., Derry S., Wiffen P.J., Moore R.A. Single dose oral ketoprofen or dextketoprofen for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(5):CD007355. doi: 10.1002/14651858.CD007355.pub3.
- Шавловская О.А. Оценка эффективности терапевтического действия препарата Дексалгин (декскетопрофен трометамол) в лечении дорсопатии. *Неврология. Ревматология. Приложение к журналу Consilium medicum.* 2012;14(2):66–70. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20176150>.

## References

- Haldeman S., Carroll L., Cassidy J.D., Schubert J., Nygren A. The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Eur Spine J.* 2008;17(Suppl. 1):5–7. doi: 10.1007/s00586-008-0619-8.
- Borenstein D.G., Wesel S.W., Boden S.D. (eds.). *Low back and neck pain: comprehensive diagnosis and management.* 3rd ed. Saunders; 2004. 944 p. doi: 10.1016/B978-0-7216-9277-7.X5001-6.
- Chechet E.A., Parfenov V.A. Management of patients with neck pain. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2016;8(1):4–8. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-4-8.
- Hoy D.G., Protani M., De R., Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(6):783–792. doi: 10.1016/j.berh.2011.01.019.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211. doi: 10.1177/0333102417738202.
- Devlikamova F.I., Khaybullina D.Kh., Maximov Yu.N., Gubeyev B.E. Cervicocranialgia: a multitude of reasons, but only one issue. *RMZH = RMJ.* 2019;(9):4–10. (In Russ.) Available at: [https://www.rmj.ru/articles/bolevoyn\\_sindrom/Cervikokranialgiya\\_mnoghestvo\\_prichin\\_odna\\_problema/](https://www.rmj.ru/articles/bolevoyn_sindrom/Cervikokranialgiya_mnoghestvo_prichin_odna_problema/).
- Davydov O.S., Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Churukanov M.V., Abuzarova G.R., Amelin A.V. et al. Neuropathic pain: clinical guidelines on the diagnostics and treatment from the Russian Association for the Studying of Pain. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian Journal of Pain.* 2018;4(58):5–41. (In Russ.) doi: 10.25731/RASP.2018.04.025.
- Tabeeva G.R. Neck pain: a clinical analysis of causes and therapy priorities. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019;11(Suppl. 2):69–75. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2019-25-69-75.
- Nasonov E.L., Yakhno N.N., Karateev A.E., Alekseeva L.I., Barinov A.N., Barulin A.E. et al. General principles of treatment for musculoskeletal pain: Interdisciplinary consensus. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2016;54(3):247–265. (In Russ.) doi: 10.14412/1995-4484-2016-247-265.
- Karateev A.E., Nasonov E.L., Yakhno N.N., Ivashkin V.T., Chichasova N.V., Alekseeva L.I. et al. Clinical guidelines Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in clinical practice. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2015;9(1):4–23. (In Russ.) doi: 10.14412/1996-7012-2015-1-4-23.
- De la Lastra C.A., Nieto A., Motilva V., Martin M.J., Herreras J.M., Cabre F., Mauleón D. Intestinal toxicity of ketoprofen trometamol vs its enantiomers in rat. Role of oxidative stress. *Inflamm Res.* 2000;49(11):627–632. doi: 10.1007/s000110050640.
- Jamali F., Brocks D.R. Clinical pharmacokinetics of ketoprofen and its enantiomers. *Clin Pharmacokinet.* 1990;19(3):197–217. doi: 10.2165/00003088-199019030-00004.
- Carne X., Rios J., Torres F. Postmarketing cohort study to assess the safety profile of oral dextketoprofen trometamol for mild to moderate acute pain treatment in primary care. *Methods Find Exp Clin Pharmacol.* 2009;31(8):533–540. doi: 10.1358/mf.2009.31.8.1419070.
- Barbano J.M., Antonijoo R.M., Gich I. Clinical pharmacokinetics of dextketoprofen. *Clin Pharmacokinet.* 2001;94(4):245–262. doi: 10.2165/00003088-200140040-00002.
- Hanna M., Moon J.Y. A review of dextketoprofen trometamol in acute pain. *Curr Med Res Opin.* 2019;35(2):189–202. doi: 10.1080/03007995.2018.1457016.
- Gaskell H., Derry S., Wiffen P.J., Moore R.A. Single dose oral ketoprofen or dextketoprofen for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(5):CD007355. doi: 10.1002/14651858.CD007355.pub3.
- Shavlovskaya O.A. Evaluation of the effectiveness of the therapeutic action of the drug Dexalgin dextketoprofen trometamol in the treatment of dorsopathy. *Neurologiya. Revmatologiya. Prilozhenie k zhurnalul Consilium medicum = Neurologiya Revmatologiya Suppl. Consilium medicum.* 2012;14(2):66–70. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20176150>.

## Информация об авторах:

**Хайбуллина Дина Хамитовна**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; e-mail: dina.khaibullina@mail.ru

**Максимов Юрий Николаевич**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 420012, Россия, Казань, ул. Муштары, д. 11; e-mail: yuri\_maximov@mail.ru

## Information about the authors:

**Dina Kh. Khaibullina**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; e-mail: dina.khaibullina@mail.ru

**Yuriy N. Maksimov**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; e-mail: yuri\_maximov@mail.ru