Дифференциальный диагноз боли в грудной клетке на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи: в фокусе – заболевания костно-мышечно-суставной системы

Д.И.Трухан✉

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет Минздрава России. 644043, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

Проблема правильной диагностической трактовки боли в грудной клетке является одной из наиболее сложных и актуальных в клинической картине внутренних болезней. В статье рассмотрены особенности болевого синдрома при разных заболеваниях костно-мышечно-суставной системы, освещены вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Одним из дополнительных диагностических критериев в пользу костно-мышечно-суставного генеза боли в грудной клетке становится хороший эффект от применения нестероидных противовоспалительных препаратов.
Ключевые слова: боль в грудной клетке, заболевания костно-мышечно-суставной системы, дифференциальный диагноз, первичная медико-санитарная помощь, нестероидные противовоспалительные препараты, лорноксикам, Ксефокам.
✉dmitry_trukhan@mail.ru
Для цитирования: Трухан Д.И. Дифференциальный диагноз боли в грудной клетке на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи: в фокусе – заболевания костно-мышечно-суставной системы. Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.). 2015; 1: 27–33.

Differential diagnosis chest pain for stages of primary health care: in focus musculoskeletal and joints diseases

D.I.Trukhan✉

Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 644043, Russian Federation, Omsk, ul. Lenina, d. 12

The problem of proper diagnostic interpretation of chest pain is one of the most complex and urgent in internal medicine. The article describes the features of pain in various diseases of the musculoskeletal system and joints, address the issues of diagnosis and differential diagnostics. One of the other diagnostic criteria in favor of bone-muscle-joint genesis of chest pain is a good effect on application of nonsteroidal anti-inflammatory drugs.
Key words: pain in the chest, musculoskeletal and joint system, differential diagnosis, primary health care, non-steroidal anti-inflammatory drugs, lornoxicam, Xefocam.
✉dmitry_trukhan@mail.ru
For citation: Trukhan D.I. Differential diagnosis chest pain for stages of primary health care: in focus musculoskeletal and joints diseases. Consilium Medicum. Neurology and Rheumathology (Suppl.). 2015; 1: 27–33.

Проблема правильной диагностической трактовки боли в грудной клетке – одна из наиболее сложных и актуальных на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи, поскольку боль может быть проявлением заболеваний сердечно-сосудистой системы [1–5], органов дыхания [6], желудочно-кишечного тракта [7–12], центральной и периферической нервной системы [13, 14], костно-мышечно-суставной системы [15–18].

Боль в соответствии с определением Международной ассоциации по изучению боли (IASP – International Association for the Study of Pain) определяется как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани» [19]. Следует помнить и о болевом пороге, который индивидуален для каждого, и один и тот же уровень раздражения может выражаться как в незначительной, так и в сильной боли для разных людей. Для патологии разных органов и систем характерна определенная схема возникновения и развития болей, которая нередко патогномонична. При наличии у пациента боли врач всегда должен анализировать ее, учитывая следующие характеристики: 1) начало; 2) развитие; 3) характер; 4) интенсивность; 5) продолжительность; 6) локализацию и иррадиацию; 7) миграцию; 8) причины усиления и облегчения боли [12, 20].

По частоте встречаемости преобладают кардиологические причины (стенокардия, инфаркт миокарда и т.д.) боли в грудной клетке, в то же время остается высокий процент боли, обусловленной поражением каркаса грудной клетки – позвоночника, ребер, мышечного аппарата и межреберных нервов [1–5, 12–18]. В рамках данной статьи рассматриваются синдромы и заболевания костно-мышечно-суставной системы, при которых в клинической картине заболевания может отмечаться боль в грудной клетке.

Мышечные и костные боли в грудной клетке распознаются при пальпации. Болевые зоны в этих случаях не соответствуют ходу межреберных нервов. Суставные боли обнаруживаются при движении и пальпации суставов.

Боли в мышцах грудной клетки подразделяются на локальные (например, боли при травме или гематоме) и диффузные, основными причинами которых становятся миозиты разного происхождения: при острых (грипп, острые респираторно-вирусные инфекции, брюшной тиф, гонорея) и хронических (туберкулез, сифилис) инфекциях; гельминтозах (трихинеллез), метаболических заболеваниях (сахарный диабет, подагра) [20, 21].

К характерным симптомам травматического поражения мышц относятся припухлость, уплотнение, болезненность пораженной мышцы при пальпации и движении.

Мышечные боли могут возникать после сильных и длительных физических нагрузок. Часто они возникают у нетренированных и малотренированных лиц. Боли начинаются через 4–6 ч после неадекватно сильного, обычно длительного физического напряжения и достигают максимальной выраженности на 2–3-е сутки. Длительная тупая боль в мышцах передней грудной стенки возникает иногда после значительного физического напряжения или без видимой причины. Боль ощущается обычно в области малой грудной мышцы и соответствующего плечевого сустава. Физическая нагрузка сопровождается усилением боли.

Фибромиозит – заболевание внесуставных мягких тканей двигательного аппарата. Нередко после травмы или респираторной инфекции поражаются мягкие ткани плечевого сустава. Часто одновременно с мягкими тканя-

ми поражается bursa subacromialis. Мышечный спазм сопровождается болью и приводит к нарушению функции, а иногда и полной иммобилизации плечевого сустава. Фибромиозит может развиваться в межреберных мышцах с одной или обеих сторон грудной клетки. Часто вместе с межреберными мышцами в воспалительный процесс вовлекаются передняя зубчатая, малая и большая грудные мышцы, а также окружающие их мышечные влагалища и фасции. При пальпации межреберий иногда определяются болезненные плотные узелки.

Общее состояние пациентов с фибромиозитом остается удовлетворительным, но вследствие постоянных болей развиваются раздражительность и повышенная утомляемость. Боль может усиливаться при движениях, перемене погоды, эмоциональных напряжениях. Диагноз «фибромиозит» может быть поставлен только после исключения всех болезней, протекающих с болями в мышцах. Фибромиозит мягких тканей плечевого сустава следует дифференцировать от плечевого плексита и синдрома передней лестничной мышцы.

Плечевой плексит – заболевание плечевого сустава, которое сопровождается поражением нервов плечевого сплетения. Заболевание часто характеризуется острой болью в области ключицы с иррадиацией в руку, лопатку, шею. В большинстве случаев плечевой плексит поражает рабочую руку: у большинства пациентов встречается плексит правой руки, у левшей – левой руки. Наиболее распространенная причина развития плечевого плексита – травма, полученная при повышенной физической нагрузке, на производстве, спортивной тренировке, при дорожной аварии. При подобных травмах происходит растяжение плечевого сплетения или даже его разрыв с повреждением артерий [22].

Синдром передней лестничной мышцы (синдром Наффцигера, или скаленус-синдром) развивается вследствие сдавления нервно-сосудистого пучка верхней конечности между передней и средней лестничными мышцами, между передней лестничной мышцей и дополнительным шейным ребром или нормальным I ребром. Поражение может быть односторонним или двусторонним. Недуг обычно начинается в среднем возрасте, постепенно или остро. Женщины болеют чаще мужчин [21].

Клиническая картина синдрома может быть весьма многообразна. В одних случаях доминируют признаки, развивающиеся под влиянием сдавления подключичных сосудов и плечевого сплетения, в других случаях на первый план выступают неврозоподобные состояния с вегетативными кризами. Жалобы пациентов сводятся к болям, которые локализуются на передней поверхности грудной клетки, в шее, надплечьях, плечевых суставах, верхних конечностях. Боли возникают в виде приступов продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Боль носит тупой, распирающий, жгучий, ноющий характер. Часто наряду с болями отмечаются симптомы компрессии нерва: расстройство чувствительности в виде онемения, ползания мурашек, покалывания в ульнарной зоне кистей и предплечий; мышечная слабость; трудности при выполнении задач мелкой моторики.

Могут отмечаться сосудистые компрессионные симптомы: отечность, онемение, тяжесть в руке, артериальные (ослабление пульса на лучевой артерии, пульсирующая опухоль в районе ключицы, синдром Рейно) и венозные (цианоз руки и пальцев, уплотнение в области подключичной вены, выраженная венозная сеть на грудной клетке).

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) – группа аутоиммунных ревматических заболеваний, которые могут встречаться как в виде самостоятельных нозологических форм, так и в качестве синдромов при разных аутоиммунных заболеваниях, в первую очередь ревматических [23]. Наиболее частыми формами ИВМ становятся полимиозит и дерматомиозит. В основе патогенеза ИВМ лежит аутоиммунное поражение мышц. Ведущий клинический признак полимиозита/дерматомиозита – поражение скелетной мускулатуры, проявляющееся слабостью мышц плечевого и тазового пояса, проксимальных отделов верхних и нижних конечностей, мышц шеи и спины и др. Основные признаки поражения кожи при дерматомиозите: эритематозная сыпь на лице («бабочка»), лбу, волосистой части головы, груди (в зоне «декольте») и плечах («шаль»), параорбитальный гелиотропный отек, шелушащаяся эритема на коже тыльной поверхности пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, локтевых и коленных суставов (эритема Готтрона), фотосенсибилизация [23–25].

Костная патология, сопровождающаяся болями в грудной клетке

Боль в грудной клетке, обусловленная костной патологией, может быть определена целым рядом патологических процессов: травмой, воспалительными заболеваниями, обменно-дистрофическими и диспластическими нарушениями, опухолевыми образованиями.

Для остеомиелита ребер и грудины (гематогенного, посттравматического или контактного – при переходе нагноительного процесса из плевральной полости на костную ткань) характерны местная припухлость, распространяющаяся по ходу ребер, гиперемия, иногда флюктуация. Пальпация ребер резко болезненна, возможно формирование свищей. Патологический процесс, как правило, сопровождается повышением температуры, признаками интоксикации. Среди других воспалительных заболеваний необходимо отметить туберкулез ребер (в результате гематогенной диссеминации, характерны вялое течение, типично образование холодного абсцесса, а в дальнейшем – свища); сифилитическое поражение костей (в третичном периоде, чаще поражается ключица); актиномикоз ребер (осложнение актиномикоза легких; характерны твердый глубокий инфильтрат, свищи).

Обменно-дистрофические процессы в костях (остеомаляция, остеопороз) отмечаются при метаболических заболеваниях и в качестве осложнения системной глюкокортикостероидной терапии.

Среди первичных опухолей чаще встречаются доброкачественные хондромы на месте соединения костной ткани и хрящевой части ребра. Боль появляется лишь при значительных размерах опухоли. Хондросаркома обычно локализуется в заднем отделе ребра. К более редким формам относятся миеломная болезнь, эндотелиома Юинга, фибросаркома, нейросаркома. Метастатическое поражение костей чаще встречается при злокачественных опухолях легких, молочной железы, предстательной железы.

Синдром Титце – заболевание соединительной ткани, относящееся к хондропатиям и проявляющееся в виде асептического воспаления верхних реберных хрящей в месте фиксации их к грудине. Чаще встречается в молодом возрасте (20–40 лет), у мужчин и женщин с одинаковой частотой. Типичная локализация – в области реберно-ключичных сочленений и I–II ребер, реже – III–IV ребер, остальные почти не поражаются. В основе этого заболевания лежит фиброзно-кистозная перестройка хряща с нерезко выраженной его гиперплазией (увеличение в объеме) с отложением солей кальция. При этом пациента беспокоят боли в грудной клетке рядом с грудиной, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле, движениях, могут иррадиировать в руку, шею. Боли чаще длительные, постоянные, могут усиливаться в холодное время года, при надавливании в области больного ребра. Кожа в области воспаления может быть слегка гиперемирована, отечна, с небольшим повышением температуры в области больного ребра. Заболевание может длиться годами с периодическими ремиссиями [21, 26].

Манубриостернальный синдром может проявляться приступами острых болей над верхней частью грудины или рядом с нею. Иногда отмечаются припухлость манубриостернального сочленения и его болезненность при пальпации. Боль усиливается при физических напряжениях. Боль при манубриостернальном синдроме может усиливаться при кашле, чиханье, глубоком вдохе, наклонах, поворотах и разгибаниях туловища [21].

Для диагностики костной патологии, сопровождающейся болью в грудной клетке, проводится рентгенологическое исследование, при котором обнаруживаются деструктивные очаги, узурация ребер, секвестры и т.д.

Боль в груди суставного происхождения может быть следствием воспалительных и обменно-дистрофических заболеваний суставов. Характерны гиперемия и припухлость суставов, резкая болезненность при пальпации и движении суставов, ограничение функции суставов.

Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева) – ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся обязательным поражением позвоночника (спондилит) и крестцово-подвздошных суставов (сакроилеит). Основными жалобы больных при анкилозирующем спондилите становятся боли в грудной клетке, нижних отделах спины и ягодицах, усиливающиеся по ночам или в покое и сопровождающиеся утренней скованностью. Боли уменьшаются после физической нагрузки. Характерный, но поздний признак заболевания – «поза просителя», обусловленная кифозом шейного и грудного отделов позвоночника [18, 27, 28].

При объективном осмотре проводят измерение экскурсии грудной клетки и тест Шобера. Для измерения экскурсии грудной клетки определяют окружность грудной клетки на уровне сосков на вдохе и выдохе. В норме разница составляет не менее 5 см, при анкилозирующем спондилите она уменьшается. Тест Шобера: отмечают точку, соответствующую остистому отростку V поясничного позвонка, и точку, находящуюся на 10 см выше его. Пациента просят максимально согнуть спину в поясничном отделе и вновь измеряют расстояние между указанными точками. Изменение расстояния не более 4 см свидетельствует об ограничении подвижности поясничного отдела позвоночника. При пальпации устанавливается болезненность в области остистых отростков позвонков и гребней подвздошных костей, местах прикрепления пяточного сухожилия, подошвенного апоневроза [18].

Остеоартроз позвоночника по своей сути – синоним широко распространенного в нашей стране термина «остеохондроз позвоночника» (от греч. osteon – кость и греч. chondros – хрящ). Дегенеративно-дистрофические заболевания хрящевой ткани – одна из основных причин хронического болевого синдрома в неврологической практике [18, 29]. Данные изменения могут вызывать как грудную спондилодинию (боль в области позвоночника), так и отраженные боли в передних отделах грудной клетки.

Причиной боли в груди, связанной с неврологическими заболеваниями, могут быть поражения шейных и грудных нервных корешков, обусловленные заболеваниями позвоночника, артрозами позвоночно-реберных или поперечно-реберных суставов, анкилозирующим спондилитом, опухолями грудного отдела спинного мозга, остеопорозом позвоночника, опоясывающим лишаем [13–18].

Опоясывающий лишай – самая частая причина острых болей в межреберье. Болезнь вызывается вирусом простого герпеса 3-го типа. Поражаются обычно один, редко – два симпатических ганглия и связанных с ними периферических нервов. Вначале возникает резкая жгучая боль. Если поражается межреберный нерв, боль распространяется по ходу его от позвоночного столба до средней линии тела. Боль длительная с периодическими усилениями. Иногда она возникает за 7–10 дней до высыпания пузырьков и продолжается в течение нескольких месяцев после их исчезновения. Диагностические трудности возникают только при левосторонней локализации опоясывающего лишая и только в начальном периоде болезни, до появления характерной сыпи.

Диагноз «межреберная невралгия» носит синдромный характер, поскольку причиной опоясывающей боли на уровне грудной клетки служат разные заболевания грудного отдела позвоночника (болезнь Бехтерева, первичные/метастатические опухоли, остеохондроз, гормональная спондилопатия) или опухоли грудного отдела спинного мозга. У пациентов отмечается боль постоянного или приступообразного характера по ходу межреберных промежутков, усиливающаяся при кашле, чиханье, глубоком вдохе, движении туловища. При обследовании отмечаются болезненность паравертебральных точек, гипер- или гипоалгезия по ходу соответствующего нервного корешка.

Практически 50% всех неврологических синдромов своей причиной имеют поражения позвоночного столба [30–33]. Так, боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии – ведущий симптомокомплекс дорсопатии – группы заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани [34, 35]. Термин «дорсопатия» образован от лат. «dorsum» – спина, хребет и греч. «pathos» – страдание, болезнь, т.е. дорсопатия – заболевание позвоночника.

По Международной классификации болезней 10-го пересмотра дорсопатии делятся на: а) деформирующие дорсопатии, вызванные деформацией позвоночника, дегенерацией межпозвоночных дисков без их протрузии, смещением позвонков; б) дорсопатии при дегенерации межпозвоночных дисков с протрузиями, сопровождающиеся болевыми синдромами; в) симпаталгические синдромы; г) дорсалгии.

Практически во всех теориях развития дорсопатий присутствуют два основных фактора: декомпенсация в трофических системах и перегрузки позвоночно-двигательных сегментов. Локальные перегрузки позвоночно-двигательных сегментов возникают под воздействием как экзогенных (перегрузки в быту, на производстве), так и эндогенных (врожденные особенности функционирования мышечно-связочного аппарата) факторов. Все это становится предопределяющим условием для разрушающего воздействия на хрящевую ткань с вовлечением как межпозвонковых дисков, так и межпозвонковых суставов [36].

Дорсопатии – наиболее частая причина первичных вертеброгенных болей. Основными клиническими проявлениями вертеброгенной патологии на грудном уровне становятся дорсалгия и пекталгия (или синдром передней грудной стенки). Боль носит глубокий, ломящий, жгучий, ноющий характер, наиболее интенсивна по ночам, усиливается при вибрации, ротациях туловища, охлаждении, реже – при наклонах в сторону. Выпрямление туловища сопровождается чувством утомления спины. Боль в суставах головок и бугорков ребер усиливается при глубоком вдохе. Она локализуется в межреберных промежутках, может сопровождаться иногда затруднением дыхания, особенно вдоха. Продолжительность боли может составлять часы, сутки и более. Провоцирующие факторы к ее появлению – перкуссия по остистым отросткам позвонков, зонам капсул суставов бугорков ребер и вращение туловища. Характерна болезненность грудины в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Боль из зоны мечевидного отростка может иррадиировать в подключичные области и по передневнутренним поверхностям рук.

Компрессионные синдромы в грудном отделе позвоночника встречаются достаточно редко и клинически характеризуются опоясывающей болью и гипалгезией в соответствующих дерматомах при компрессии корешка, а при компрессии спинного мозга – болью, проводниковой гипоалгезией и тазовыми спинальными нарушениями. Объективное нарушение чувствительности выражается в виде гиперестезии или гипестезии. Чаще нарушается болевая и тактильная, реже – температурная чувствительность. Мышечно-суставное чувство, как правило, сохраняется.

На протяжении десятилетий в отечественной практике универсальным методом диагностики дорсопатий считалось рентгенографическое исследование. В последние годы широкое распространение получили методы спондилографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Однако следует отметить, что обнаруживаемые дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике не всегда коррелируют с клиническими проявлениями болезни и часто встречаются у лиц, не страдающих болью в грудной клетке и спине.

Смешанные болевые синдромы

Вертеброгенная боль в грудной клетке отличается от стенокардической боли локализацией, продолжительностью приступов, наличием связи с положением позвоночника; прием нитроглицерина при ней неэффективен.

Однако наблюдение за больными в повседневной практике свидетельствует, что достаточно часто имеются миксты (от лат. mixtio – смешивание) болевых синдромов. В клинической практике можно выделить два варианта микстов. Если у пациента имеется ряд причинных факторов развития болевого синдрома, которые дают о себе знать последовательно, следует говорить о болевом синдроме последовательного характера. В ситуации, когда текущий болевой синдром становится многокомпонентным, его следует рассматривать как комбинированный. Это необходимо учитывать при интерпретации боли в грудной клетке у лиц среднего и пожилого возраста, уже имеющих доказанные рентгенологические изменения позвоночника. Ориентация врача на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи только на «доказанную» вертеброгенность болевого синдрома может привести к поздней диагностике ишемической болезни сердца.

Анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов

Одним из дополнительных диагностических критериев в пользу костно-мышечно-суставного генеза боли в грудной клетке является хороший эффект от применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). При рассмотрении фармакотерапевтических аспектов курации пациентов с болью в грудной клетке, обусловленной патологией костно-мышечно-суставной системы, в рамках одного из основных постулатов дифференциальной диагностики Роберта Хэглина «частые болезни встречаются часто, а редкие – редко» [20] целесообразно вернуться к наиболее частой причине вертеброгенной боли – дорсопатии.

НПВП относятся к числу наиболее распространенных лекарственных препаратов. К основным терапевтическим эффектам НПВП относятся: обезболивающий, противовоспалительный, жаропонижающий. Показания к назначению НПВП – боль, лихорадка, воспалительные процессы разной природы, склонность к развитию тромбозов (ацетилсалициловая кислота) [37, 38].

В 1897 г. был осуществлен промышленный синтез ацетилсалициловой кислоты, остающейся и сегодня одним из наиболее популярных и востребованных препаратов среди НПВП. В настоящее время НПВП активно применяются в клинической практике и повседневной жизни при широком круге заболеваний и патологических состояний и входят в арсенал врачей разных специальностей. Широкому распространению приема НПВП в значительной мере способствуют увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста в большинстве стран мира и, соответственно, увеличение распространенности заболеваний опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой патологии с увеличением возраста пациентов. НПВП – один из важных и незаменимых компо-

нентов комплексной терапии болезней, сопровождающихся болевым и суставным синдромами [38, 39].

Одним из современных препаратов этой группы, оптимально сочетающим выраженный анальгетический эффект с минимальным количеством побочных эффектов и осложнений, является лорноксикам [40–47]. В Российской Федерации лорноксикам представлен оригинальным препаратом Ксефокам компании «Такеда».

Препарат представляет собой НПВП с выраженным анальгетическим действием вследствие ингибирования синтеза простагландинов, угнетения изоферментов циклооксигеназы и подавления образования свободных радикалов из активированных лейкоцитов и лейкотриенов. Лорноксикам активно стимулирует выработку эндогенных динорфина и эндорфина, что становится дополнительным физиологическим механизмом купирования болевых синдромов любой интенсивности и локализации. Период полувыведения препарата из плазмы крови составляет около 4 ч, что значительно меньше аналогичного периода у других НПВП группы оксикамов. Благодаря короткому периоду полувыведения из плазмы крови лорноксикам обладает меньшей выраженностью побочных эффектов, поскольку в период между введениями доз возможно восстановление физиологического уровня простагландинов, необходимых для защиты слизистой желудка и поддержания нормального кровотока в почках, при этом отсутствуют кумуляция и риск передозировки. Абсолютная биодоступность препарата составляет 97%, максимальная концентрация его в плазме достигается уже через 15 мин после внутримышечного введения, а степень связывания с белками плазмы составляет 99%, что, однако, не препятствует активному проникновению его в сустав.

Лорноксикам полностью метаболизируется в печени под действием цитохрома Р450 с образованием фармакологически неактивных метаболитов, примерно 1/3 которых выводится почками с мочой, а 2/3 – печенью и кишечником, при этом энтеропеченочная циркуляция лорноксикама отсутствует. Двойной путь экскреции снижает нагрузку на данные органы и улучшает переносимость лорноксикама, поэтому при легкой и умеренной степени печеночной и/или почечной недостаточности коррекции его дозы не требуется.

Фармакокинетика лорноксикама у молодых людей и лиц пожилого возраста при применении препарата протекает примерно одинаково, поэтому коррекции дозы препарата у пожилых больных также не требуется. В общем, в отличие от других НПВП, лорноксикам обладает низкой гепато-, нефро- и гематоксичностью, хорошей гастроинтестинальной переносимостью, его аллергический потенциал также был признан низким.

При выраженном болевом синдроме рекомендуемая доза препарата Ксефокам (таблетки, покрытые оболочкой 4 и 8 мг) составляет 8–16 мг/сут в 2–3 приема. Максимальная суточная доза – 16 мг. При воспалительных и дегенеративных ревматических заболеваниях рекомендуемая начальная доза составляет 12 мг/сут. Средняя доза – 8–16 мг/сут в зависимости от состояния больного.

Для достижения быстрого обезболивающего эффекта без использования парентерального (внутримышечного) пути введения, характерного для «стандартных» НПВП, был разработан препарат Ксефокам Рапид. Это таблетированный препарат, который предназначен для быстрой и эффективной терапии острой боли. Все существующие сегодня таблетированные формы НПВП растворяются и всасываются в тонком кишечнике человека, что значительно увеличивает время до начала действия препарата. Фармакокинетика препарата Ксефокам Рапид при пероральном приеме аналогична внутримышечному способу введения обезболивающего ненаркотического препарата. Время начала обезболивающего действия препарата сокращается с 30–40 до 10–15 мин, т.е. практически в 3 раза. Это достигается благодаря уникальному составу и конструкции таблетки Ксефокам Рапид. Лорноксикам, содержащийся в таблетке Ксефокам Рапид, помещен в микрогранулы, покрытые буферным веществом. Покрытие гранул, вступая в реакцию с желудочным соком, создает слабощелочную среду, в которой лорноксикам быстро растворяется и всасывается в кровь. В первый день терапии препарат Ксефокам Рапид (таблетки, покрытые оболочкой 8 мг) может быть назначен в начальной дозе 16 мг, а затем – в дозе 8 мг через 12 ч после приема 1-й. В последующие дни максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг. Обычный прием препарата составляет 8–16 мг/сут (1–2 таблетки).

Еще одной зарегистрированной формой выпуска лорноксикама является лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг. При парентеральном введении лорноксикама достоверное снижение интенсивности боли отмечается к 30-й минуте после введения препарата и сохраняется в течение 4 ч с максимумом эффекта ко 2-му часу. Хорошие результаты получены при постоянной внутривенной инфузии лорноксикама у больных после операции на органах грудной клетки и сосудах: обезболивающий эффект лорноксикама оказался выше, чем у Промедола [43].

Эффективность и безопасность применения Ксефокама продемонстрированы в большом числе отечественных и зарубежных исследований [30, 40, 42–45, 47–64] при лечении лиц с острым болевым синдромом, обусловленным дорсопатией, спондилопатией, артропатией, поражениями мягких тканей, травмами опорно-двигательного аппарата и др.

Обосновано применение препарата Ксефокам при лечении дорсопатии у пожилых пациентов. Как показывает отечественный и зарубежный опыт, наиболее безопасными и особенно подходящими для лечения дорсопатии становятся Ксефокам и его быстро всасывающаяся форма (Ксефокам Рапид), которые оказывают действенную медицинскую помощь – купируют боль и улучшают качество жизни, что особенно важно у пожилых лиц [30, 50, 60, 61].

Для терапии боли в груди очень важным становится тот факт, что обезболивающее действие препарата Ксефокам в рекомендуемой суточной дозе (8–16 мг) эквивалентно средним дозам опиоидов [41]. При этом в отличие от опиоидных анальгетиков Ксефокам и Ксефокам Рапид не обладают опиатоподобным эффектом на центральную нервную систему: не угнетают дыхание, не вызывают запоров и миотического эффекта. Применение лорноксикама не вызывает у больных развития лекарственной зависимости.

Экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют об отсутствии у лорноксикама неблагоприятного влияния на сердечную гемодинамику и кардиотоксических эффектов [65–68].

В заключение необходимо отметить, что перечисленные синдромы и нозологические формы не являются полным перечнем заболеваний костно-мышечно-суставной системы, в клинической картине которых присутствует боль в грудной клетке, но все же составляют существенную часть патологии, которую необходимо рассматривать при проведении дифференциальной диагностики. Разнообразный объем лечебно-диагностических манипуляций и расширение объемов медицинской помощи, предпринимаемой врачом первого контакта (терапевтом, врачом общей практики) на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи, предполагают включение в арсенал используемых анальгетиков препаратов Ксефокам и Ксефокам Рапид.

Литература/References

1. Марцевич С.Ю. Острая боль в груди. Consilium Medicum. 2000; 11: 444–7. /Martsevich S.Iu. Ostraia bol' v grudi. Consilium Medicum. 2000; 11: 444–7. [in Russian]

2. Морозова Т., Лапидус Н. Хронические боли в левой половине грудной клетки. Врач. 2004; 7: 56–9. / Morozova T., Lapidus N. Khronicheskie boli v levoi polovine grudnoi kletki. Vrach. 2004; 7: 56–9. [in Russian]
3. Сумароков А.Б. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. Атмосфера. Кардиология. 2003; 2: 17–9. / Sumarokov A.B. Differentsial'nyi diagnoz bolei v grudnoi kletke. Atmosfera. Kardiologiia. 2003; 2: 17–9. [in Russian]
4. Трухан Д.И., Викторова И.А. Внутренние болезни: Кардиология. Ревматология. М.: Медицинское информационное агентство, 2013. / Trukhan D.I., Viktorova I.A. Vnutrennie bolezni: Kardiologiia. Revmatologiia. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2013. [in Russian]
5. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Роль врача первого контакта в профилактике, диагностике и лечении ишемической болезни сердца. Справ. поликлин. врача. 2013; 12: 8–12. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Rol' vracha pervogo kontakta v profilaktike, diagnostike i lechenii ishemicheskoi bolezni serdtsa. Sprav. poliklin. vracha. 2013; 12: 8–12. [in Russian]
6. Багишева Н.В., Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Боль в грудной клетке. В фокусе – заболевания органов дыхания. Consilium Medicum. 2013; 11: 37–40. / Bagisheva N.V., Tarasova L.V., Trukhan D.I. Bol' v grudnoi kletke. V fokuse – zabolevaniia organov dykhaniia. Consilium Medicum. 2013; 11: 37–40. [in Russian]
7. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Драпкина О.М., Сторонова О.А. Эзофагогенные и коронарогенные боли в грудной клетке: проблемы дифференциальной диагностики. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002; 1: 68–72. / Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S., Drapkina O.M., Storonova O.A. Ezofagogennye i koronarogennye boli v grudnoi kletke: problemy differentsial'noi diagnostiki. Ros. zhurn. gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2002; 1: 68–72. [in Russian]
8. Маев И.В., Юренев Г.Л. Боли в области сердца, не связанные с кардиальной патологией. Причины, механизмы и тактика врача. Consilium Medicum. 2011; 1: 80–4. / Maev I.V., Iurenev G.L. Boli v oblasti serdtsa, ne sviazannye s kardial'noi patologiei. Prichiny, mekhanizmy i taktika vracha. Consilium Medicum. 2011; 1: 80–4. [in Russian]
9. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Боль в области желудка: вопросы дифференциальной диагностики. Справ. поликлин. врача. 2013; 2: 7–10. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Bol' v oblasti zheludka: voprosy differentsial'noi diagnostiki. Sprav. poliklin. vracha. 2013; 2: 7–10. [in Russian]
10. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Багишева Н.В. Боль в грудной клетке, связанная с заболеваниями органов пищеварения. Дневник Казанской мед. школы. 2014; 1: 49–54. / Trukhan D.I., Tarasova L.V., Bagisheva N.V. Bol' v grudnoi kletke, sviazannaia s zabolevaniiami organov pishchevareniia. Dnevnik Kazanskoi med. shkoly. 2014; 1: 49–54. [in Russian]
11. Трухан Д.И. Боль в грудной клетке при заболеваниях пищевода. ЖКТ. 2014; 2: 1, 6–7. / Trukhan D.I. Bol' v grudnoi kletke pri zabolevaniiakh pishchevoda. ZhKT. 2014; 2: 1, 6–7. [in Russian]
12. Трухан. Д.И. Дифференциальный диагноз боли в грудной клетке: в фокусе – заболевания органов пищеварения. Consilium Medicum. 2015; 1: 63–7. / Trukhan. D.I. Differentsial'nyi diagnoz boli v grudnoi kletke: v fokuse – zabolevaniia organov pishchevareniia. Consilium Medicum. 2015; 1: 63–7. [in Russian]
13. Путилина М.В. Вертеброгенная боль в груди. Неврология и ревматология. 2011; 2: http://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-02-2011/ / Putilina M.V. Vertebrogennaia bol' v grudi. Nevrologiia i revmatologiia. 2011; 2: http://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-02-2011/ [in Russian]
14. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Боль в шее – мультидисциплинарная проблема: диагностика, подходы к терапии. Consilium Medicum. 2012; 2: 75–8. / Shostak N.A., Pravdiuk N.G. Bol' v shee – mul'tidistsiplinarnaia problema: diagnostika, podkhody k terapii. Consilium Medicum. 2012; 2: 75–8. [in Russian]
15. Мусалатов Х.А., Бровкин С.В., Ченский А.Д. Псевдокардиальный (вертеброкардиальный) синдром (клиника, диагностика, лечение и профилактика). Мед. помощь. 2001; 5: 40–2. / Musalatov Kh.A., Brovkin S.V., Chenskii A.D. Psevdokardial'nyi (vertebrokardial'nyi) sindrom (klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika). Med. pomoshch'. 2001; 5: 40–2. [in Russian]
16. Путилина М.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения вертеброгенной боли в груди. Фарматека. 2008; 11: 30–5. / Putilina M.V. Nekotorye aspekty diagnostiki i lecheniia vertebrogennoi boli v grudi. Farmateka. 2008; 11: 30–5. [in Russian]
17. Шмырев В., Васильев А., Васильева В. Синдром торакалгий в клинической практике. Врач. 2009; 12: 66–9. / Shmyrev V., Vasil'ev A., Vasil'eva V. Sindrom torakalgii v klinicheskoi praktike. Vrach. 2009; 12: 66–9. [in Russian]
18. Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Клиника, диагностика и лечение основных ревматических заболеваний. СПб.: СпецЛит, 2014. / Trukhan D.I., Filimonov S.N., Viktorova I.A. Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh revmaticheskikh zabolevanii. SPb.: SpetsLit, 2014. [in Russian]
19. IASP Committee on Taxonomy, 2012 Международная ассоциация по изучению боли IASP. http://www.iasp-pain.org
20. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: пер с нем. М.: Триада-Х, 1997. Khegglin R. Differentsial'naia diagnostika vnutrennikh boleznei: per s nem. M.: Triada-Kh, 1997. [in Russian]
21. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Справочное руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. / Vinogradov A.V. Differentsial'nyi diagnoz vnutrennikh boleznei. Spravochnoe rukovodstvo dlia vrachei. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2001. [in Russian]
22. Караулов С.А., Бойков В.П., Караулова Е.М., Чермаков К.С. Острый болевой синдром в области плечевого сустава. Мед. сестра. 2014; 1: 18–21. / Karaulov S.A., Boikov V.P., Karaulova E.M., Chermakov K.S. Ostryi bolevoi sindrom v oblasti plechevogo sustava. Med. sestra. 2014; 1: 18–21. [in Russian]
23. Насонов Е.Л., Соловьев С.К., Хитров А.Н., Антелава О.А. Новые аспекты фармакотерапии идиопатических воспалительных миопатий. РМЖ. 2006; 8: 627–9. / Nasonov E.L., Solov'ev S.K., Khitrov A.N., Antelava O.A. Novye aspekty farmakoterapii idiopaticheskikh vospalitel'nykh miopatii. RMZh. 2006; 8: 627–9. [in Russian]
24. Сергеева Е. Ревматическая полимиалгия. Врач. 2000; 7: 35–6. / Сергеева Е. Ревматическая полимиалгия. Врач. 2000; 7: 35–6. [in Russian]
25. Зарезаева Н.Н., Акимов В.Г., Кузьмина Т.Г. Дерматомиозит. Вестн. последипломного мед. образования. 2010; 1: 19–22. / Zarezaeva N.N., Akimov V.G., Kuz'mina T.G. Dermatomiozit. Vestn. poslediplomnogo med. obrazovaniia. 2010; 1: 19–22. [in Russian]
26. Чернова Т.Г., Головюк А.Л. Синдром Титце. Хирургия. 2009; 10: 65–8. / Chernova T.G., Goloviuk A.L. Sindrom Tittse. Khirurgiia. 2009; 10: 65–8. [in Russian]
27. Бадокин В.В. Рациональная терапия идиопатического анкилозирующего спондилоартрита. Лечащий врач. 2005; 4: 14–8. / Badokin V.V. Ratsional'naia terapiia idiopaticheskogo ankiloziruiushchego spondiloartrita. Lechashchii vrach. 2005; 4: 14–8. [in Russian]
28. Бочкова А.Г. Анкилозирующий спондилит. Справ. поликлин. врача. 2006; 5: 43–8. /Bochkova A.G. Ankiloziruiushchii spondilit. Sprav. poliklin. vracha. 2006; 5: 43–8. [in Russian]
29. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Клинышков И.А. Хондропротекторы в комплексной терапии остеоартроза: в фокусе внимания – терафлекс. Consilium Medicum. Неврология и ревматология. 2014; 1: 48–52. / Trukhan D.I., Tarasova L.V., Klinyshkov I.A. Khondroprotektory v kompleksnoi terapii osteoartroza: v fokuse vnimaniia – terafleks. Consilium Medicum. Nevrologiia i revmatologiia. 2014; 1: 48–52. [in Russian]
30. Цурко В. Дорсопатии: факторы риска, механизмы и анатомические источники боли, терапия ксефокамом рапидом. Врач. 2005; 12: 55–8. /Tsurko V. Dorsopatii: faktory riska, mekhanizmy i anatomicheskie istochniki boli, terapiia ksefokamom rapidom. Vrach. 2005; 12: 55–8. [in Russian]
31. Бойцов И.В. Дорсопатии шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника: особенности неврологических осложнений (обзор литературы). Справ. врача общей практики. 2013; 5: 73–8. / Boitsov I.V. Dorsopatii sheinogo, grudnogo, poiasnichnogo otdelov pozvonochnika: osobennosti nevrologicheskikh oslozhnenii (obzor literatury). Sprav. vracha obshchei praktiki. 2013; 5: 73–8. [in Russian]
32. Бойцов И.В. Дорсопатии: основные методы диагностики и терапии (обзор литературы). Справ. врача общей практики. 2013; 6: 48–58. / Boitsov I.V. Dorsopatii: osnovnye metody diagnostiki i terapii (obzor literatury). Sprav. vracha obshchei praktiki. 2013; 6: 48–58. [in Russian]
33. Никифоров А.С., Авакян Г.Н., Мендель О.И. Остеохондроз позвоночника и его осложнения. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012; 8: 108–11. / Nikiforov A.S., Avakian G.N., Mendel' O.I. Osteokhondroz pozvonochnika i ego oslozhneniia. Zhurn. nevrologii i psikhiatrii im. S.S.Korsakova. 2012; 8: 108–11. [in Russian]
34. Манвелов Л.С., Тюрников В.М. Поясничные боли (этиология, клиника, диагностика и лечение). Рус. мед. журн. 2009; 20: 1290–4. / Manvelov L.S., Tiurnikov V.M. Poiasnichnye boli (etiologiia, klinika, diagnostika i lechenie). Rus. med. zhurn. 2009; 20: 1290–4. [in Russian]
35. Котова О.В., Воробьева О.В. Остеохондроз как причина дорсопатии. Consilium Medicum. Неврология (Прил.). 2012; 2: 80–3. / Kotova O.V., Vorob'eva O.V. Osteokhondroz kak prichina dorsopatii. Consilium medicum. Nevrologiia (Pril.). 2012; 2: 80–3. [in Russian]
36. Барулин А.Е., Курушина О.В. Хондропротекторы в комплексной терапии болей в спине. РМЖ. 2013; 30: 1543–5. / Barulin A.E., Kurushina O.V. Khondroprotektory v kompleksnoi terapii bolei v spine. RMZh. 2013; 30: 1543–5. [in Russian]
37. Ревматология. Национальное руководство. Под ред Е.Л.Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. / Revmatologiia. Natsional'noe rukovodstvo. Pod red E.L.Nasonova. M.: GEOTAR-Media, 2008. [in Russian]

38. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. В.А.Насоновой, Е.Л.Насонова. М.: Литтерра, 2007. / Ratsional'naia farmakoterapiia revmaticheskikh zabolevanii. Rukovodstvo dlia praktikuiushchikh vrachei. Pod obshch. red. V.A.Nasonovoi, E.L.Nasonova. M.: Litterra, 2007. [in Russian]
39. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. РМЖ. 2006; 25. http://rmj.ru/articles_4309.htm / Nasonov E.L., Karateev A.E. Primenenie nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov. Klinicheskie rekomendatsii. RMZh. 2006; 25. http://rmj.ru/articles_4309.htm [in Russian]
40. Balfour JA, Fitton A, Barradell LB. Lornoxicam. A review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of painful and inflammatory conditions. Drugs 1996; 51 (4): 639–57.
41. Rosenow DE, Van Krieken F, Kursten FW. Intravenous administration of Lornoxicam, a new НПВП, and Pethidine for postoperative pain. A placebo-controlled pilot study. Clin Drug Invest 1996; 11 (1): 11–9.
42. Фисенко В. Ксефокам анализ применения в Российской Федерации. Врач. 2001; 4: 42–4. / Fisenko V. Ksefokam analiz primeneniia v Rossiiskoi Federatsii. Vrach. 2001; 4: 42–4. [in Russian]
43. Абдрахманов В., Гапонова Н. Кардиалгии: использование нестероидного анальгетика лорноксикама на догоспитальном этапе. Врач. 2004; 1: 47–9. / Abdrakhmanov V., Gaponova N. Kardialgii: ispol'zovanie nesteroidnogo anal'getika lornoksikama na dogospital'nom etape. Vrach. 2004; 1: 47–9. [in Russian]
44. Шостак Н., Хоменко В., Аничков Д., Рябков А. Ксефокам: лечение болевых синдромов в ревматологии. Врач. 2004; 4: 51–3. / Shostak N., Khomenko V., Anichkov D., Riabkov A. Ksefokam: lechenie bolevykh sindromov v revmatologii. Vrach. 2004; 4: 51–3. [in Russian]
45. Балабанова Р.М., Гришаева Т.П. Применение Ксефокама (лорноксикама) для купирования острого и хронического болевого синдрома. РМЖ. 2005; 15: 1009–11. / Balabanova R.M., Grishaeva T.P. Primenenie Ksefokama (lornoksikama) dlia kupirovaniia ostrogo i khronicheskogo bolevogo sindroma. RMZh. 2005; 15: 1009–11. [in Russian]
46. Наумов А.В., Верткин А.Л., Тополянский А.В. и др. Еще раз к вопросу назначения нестероидных противовоспалительных препаратов в общемедицинской практике. Справ. поликлин. врача. 2006; 1: 25–8. / Naumov A.V., Vertkin A.L., Topolianskii A.V. i dr. Eshche raz k voprosu naznacheniia nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov v obshchemeditsinskoi praktike. Sprav. poliklin. vracha. 2006; 1: 25–8. [in Russian]
47. Балабанова Р.М. Анальгетический эффект Ксефокама при лечении болезней костно-мышечной системы. РМЖ. 2011; 10: 610–2. / Balabanova R.M. Anal'geticheskii effekt Ksefokama pri lechenii boleznei kostno-myshechnoi sistemy. RMZh. 2011; 10: 610–2. [in Russian]
48. Шмырев В., Боброва Т. Ксефокам при болевых синдромах позвоночника. Врач. 2001; 5: 37–8. / Shmyrev V., Bobrova T. Ksefokam pri bolevykh sindromakh pozvonochnika. Vrach. 2001; 5: 37–8. [in Russian]
49. Румянцева С.А. Современные концепции терапии ксефокамом радикулярных болевых синдромов. РМЖ. 2003; 25: 1385–9. /Rumiantseva S.A. Sovremennye kontseptsii terapii ksefokamom radikuliarnykh bolevykh sindromov. RMZh. 2003; 25: 1385–9. [in Russian]
50. Гапонова Н.И., Леонова Н.М. Реабилитация больных пожилого и старческого возраста при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника. Клин. геронтология. 2004; 12: 56–9. / Gaponova N.I., Leonova N.M. Reabilitatsiia bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta pri nevrologicheskikh proiavleniiakh osteokhondroza pozvonochnika. Klin. gerontologiia. 2004; 12: 56–9. [in Russian]
51. Подчуфарова Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика, лечение. РМЖ. 2004; 10: 581–4. / Podchufarova E.V. Bol' v poiasnichno-kresttsovoi oblasti: diagnostika, lechenie. RMZh. 2004; 10: 581–4. [in Russian]
52. Подчуфарова Е.В. Скелетно-мышечные боли в спине. РМЖ. 2005; 12: 836–40. / Podchufarova E.V. Skeletno-myshechnye boli v spine. RMZh. 2005; 12: 836–40. [in Russian]
53. Yakhno N, Guekht A, Skoromets A. Analgesic efficacy and safety of lornoxicam quick-release formulation compared with diclofenac potassium: randomised, double-blind trial in acute low back pain. Clin Drug Investig 2006; 26 (5): 267–77.
54. Шостак Н.А. Современные подходы к терапии боли в нижней части спины: взгляд ревматолога. Consilium Medicum. 2006; 2: 69–74. / Shostak N.A. Sovremennye podkhody k terapii boli v nizhnei chasti spiny: vzgliad revmatologa. Consilium Medicum. 2006; 2: 69–74. [in Russian]
55. Яхно Н.Н., Подчуфарова Е.В. Новые нестероидные противовоспалительные препараты в лечении острой боли в нижней части спины. Врач. 2007; 1: 47–52. / Iakhno N.N., Podchufarova E.V. Novye nesteroidnye protivovospalitel'nye preparaty v lechenii ostroi boli v nizhnei chasti spiny. Vrach. 2007; 1: 47–52. [in Russian]
56. Гапонова Н.И., Абдрахманов В.Р., Абдрахманов Ш.В. Болевой синдром, обусловленный остеохондрозом грудного отдела позвоночника: оптимизация лечения комбинацией лорноксикама и актовегина. Справ. поликлин. врача. 2008; 4: 62–4. / Gaponova N.I., Abdrakhmanov V.R., Abdrakhmanov Sh.V. Bolevoi sindrom, obuslovlennyi osteokhondrozom grudnogo otdela pozvonochnika: optimizatsiia lecheniia kombinatsiei lornoksikama i aktovegina. Sprav. poliklin. vracha. 2008; 4: 62–4. [in Russian]
57. Herrmann WA, Geertsen MS. Efficacy and safety of lornoxicam compared with placebo and diclofenac in acute sciatica/lumbo-sciatica: an analysis from a randomised, double-blind, multicentre, parallel-group study. Int J Clin Pract 2009; 63 (11): 1613–21.
58. Ковальчук В.В., Ефимов М.А. Сравнительная характеристика эффективности и переносимости кратких курсов терапии различными нестероидными противовоспалительными препаратами при лечении пациентов с дорсалгиями. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2010; 1: 55–9. / Koval'chuk V.V., Efimov M.A. Sravnitel'naia kharakteristika effektivnosti i perenosimosti kratkikh kursov terapii razlichnymi nesteroidnymi protivovospalitel'nymi preparatami pri lechenii patsientov s dorsalgiiami. Zhurn. nevrologii i psikhiatrii im. S.S.Korsakova. 2010; 1: 55–9. [in Russian]
59. Бектошев О., Бектошев Р., Хамраев Х., Эргашев М. Околосуставное введение Ксефокама при лечении поясничного остеохондроза. РМЖ. 2010; 18: 1128–9. / Bektoshev O., Bektoshev R., Khamraev Kh., Ergashev M. Okolosustavnoe vvedenie Ksefokama pri lechenii poiasnichnogo osteokhondroza. RMZh. 2010; 18: 1128–9. [in Russian]
60. Цурко В.В. Дорсопатия у пожилых пациентов. Место Ксефокама в ее лечении. Клин. геронтология. 2011; 3–4: 3–7. / Tsurko V.V. Dorsopatiia u pozhilykh patsientov. Mesto Ksefokama v ee lechenii. Klin. gerontologiia. 2011; 3–4: 3–7. [in Russian]
61. Цурко В.В. Дорсопатия у пожилых: патобиология и комплексная терапия в клинической практике. Терапевт. арх. 2012; 10: 119–24. / Tsurko V.V. Dorsopatiia u pozhilykh: patobiologiia i kompleksnaia terapiia v klinicheskoi praktike. Terapevt. arkh. 2012; 10: 119–24. [in Russian]
62. Носков С., Козлова О., Башкина А., Фетелего О. Эпидуральное введение ксефокама при хронической дискогенной боли в нижней части спины. Врач. 2013; 5: 71–5. / Noskov S., Kozlova O., Bashkina A., Fetelego O. Epidural'noe vvedenie ksefokama pri khronicheskoi diskogennoi boli v nizhnei chasti spiny. Vrach. 2013; 5: 71–5. [in Russian]
63. Аникин С.Г., Алексеева Л.И. Применение ксефокама (лорноксикама) у больных остеоартрозом. Фарматека. 2013; 7: 74–7. / Anikin S.G., Alekseeva L.I. Primenenie ksefokama (lornoksikama) u bol'nykh osteoartrozom. Farmateka. 2013; 7: 74–7. [in Russian]
64. Дыдыкина И.С., Дыдыкина П.С. Комплексный подход к терапии боли с применением ксефокама (лорноксикама) при остеоартрозе. Фарматека. 2014; 7: 62–7. / Dydykina I.S., Dydykina P.S. Kompleksnyi podkhod k terapii boli s primeneniem ksefokama (lornoksikama) pri osteoartroze. Farmateka. 2014; 7: 62–7. [in Russian]
65. Красносельский М., Парнес Е., Тарасова О., Цурко В. Артериальное давление и вариабельность сердечного ритма у больных ревматоидным артритом и артериальной гипертонией при лечении ксефокамом. Врач. 2001; 10: 30–2. / Krasnosel'skii M., Parnes E., Tarasova O., Tsurko V. Arterial'noe davlenie i variabel'nost' serdechnogo ritma u bol'nykh revmatoidnym aptritom i arterial'noi gipertoniei pri lechenii ksefokamom. Vrach. 2001; 10: 30–2. [in Russian]
66. Цурко В.В., Парнес Е.Я., Красносельский М.Я. Оценка клинической эффективности ксефокама и его влияния на артериальное давление и вариабельность сердечного ритма у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертонией. Терапевт. арх. 2002; 5: 63–6. / Tsurko V.V., Parnes E.Ia., Krasnosel'skii M.Ia. Otsenka klinicheskoi effektivnosti ksefokama i ego vliianiia na arterial'noe davlenie i variabel'nost' serdechnogo ritma u bol'nykh revmatoidnym artritom v sochetanii s arterial'noi gipertoniei. Terapevt. arkh. 2002; 5: 63–6. [in Russian]
67. Еременко А.А., Аветисян М.И. Комбинированное обезболивание в ранние сроки после кардиохирургических операций. Анестезиология и реаниматология. 2006; 6: 47–50. / Eremenko A.A., Avetisian M.I. Kombinirovannoe obezbolivanie v rannie sroki posle kardiokhirurgicheskikh operatsii. Anesteziologiia i reanimatologiia. 2006; 6: 47–50. [in Russian]
68. Голубева А.В., Гаврилова С.А., Липина Т.В. и др. Ксефокам (Lornoxycam) оказывает защитный эффект на миокард крыс в условиях ишемии и ишемии-реперфузии. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2008; 4: 63–70. / Golubeva A.V., Gavrilova S.A., Lipina T.V. i dr. Ksefokam (Lornoxycam) okazyvaet zashchitnyi effekt na miokard krys v usloviiakh ishemii i ishemii-reperfuzii. Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotsirkuliatsiia. 2008; 4: 63–70. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Трухан Дмитрий Иванович – д-р мед. наук, доц., проф. каф. внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО ОмГМУ. E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru