



ПАЦИЕНТ С ТОРАКАЛГИЕЙ

Мужчина, 63 года. Работает в конструкторском бюро



Подготовил доктор медицинских наук Искра Дмитрий Анатольевич, профессор кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины СПбГПМУ, президент Северо-Западного общества по изучению боли.



Реклама-идентификатор «Kpa3BaU2a»

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ:

ЖАЛОБЫ:

на интенсивные (8 баллов по цифровой рейтинговой шкале) боли в области грудной клетки слева, чуть ниже соска, жжение в этой зоне «как будто кипятком ошпарили», распирающую головную боль, общее недомогание, боль при движении в глазных яблоках, фотофобию.

АНАМНЕЗ:

Боли в грудной клетке беспокоят со вчерашнего дня. Проснулся с чувством общей слабости, нерезко выраженной головной болью, в течение двух-трех часов головная боль усилилась, появилась светобоязнь, а также жгучие боли в области грудной клетки, быстро достигшие высокой интенсивности. Самостоятельно принимал ацетилсалициловую кислоту, анальгин, без эффекта. В обед вызвал скорую помощь — «боялся инфаркта». Прибывшей бригадой медиков проведена ЭКГ — признаков острого коронарного синдрома не обнаружено. Выставлен диагноз «острое респираторное заболевание», проведена инъекция анальгина с димедролом, дана рекомендация обратиться к врачу поликлиники по месту жительства. Ночь не спал из-за болей в грудной клетке. Утром обратился за медицинской помощью, для уточнения диагноза был госпитализирован в инфекционное отделение.



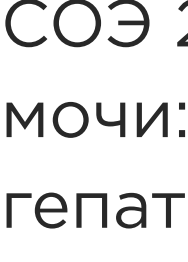
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРАВМЫ:

Детские инфекции, в том числе ветряная оспа в 11 лет. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился самостоятельно. Отмечает переохлаждение три дня назад, когда был на рыбалке.



СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь 2-й стадии. В течение последних 3 лет регулярно принимает метформин 850 мг, эналаприл 10 мг, розувастатин 40 мг.



ПРИ ОСМОТРЕ:

Кожные покровы чистые. Температура тела 37,2 °С. Катаральных проявлений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст., ЧСС 78 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕВРОЛОГА:

Резкая болезненность при пальпации в области межреберий Th6-Th8 по передней и боковой поверхности грудной клетки слева. Гиперестезия в указанной зоне.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Клинический анализ крови: лейкоциты 13,8 (4-10 x 10⁹ ед/л); СОЭ 20 (2-16 мм/ч); лимфоциты 44 (17-38%). Общий анализ мочи: норма. Анализы на факторы риска: сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С — отрицательные. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. ЭКГ (стресс-тест): признаков острого коронарного синдрома не выявлено. МРТ головного мозга: нерезко выраженная наружная заместительная гидроцефалия, единичные очаги в белом веществе полушарий предположительно ишемического генеза.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

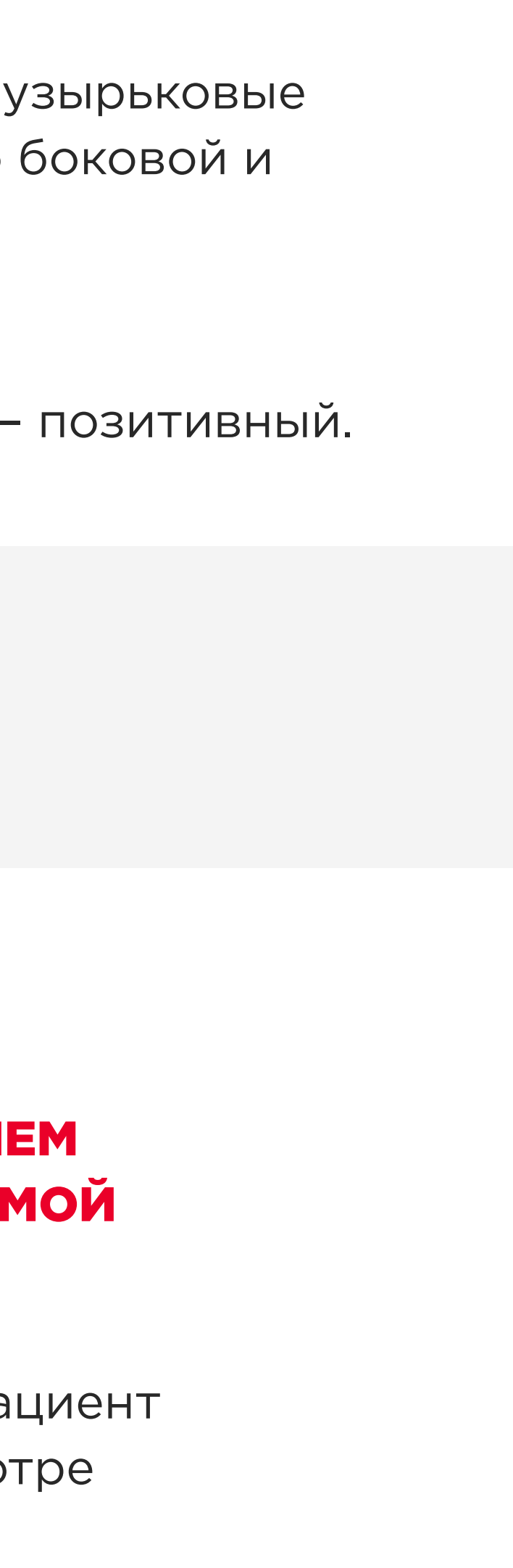
Нейроинфекция? Торакалгия. Дисциркуляторная энцефалопатия 1-й стадии. Гипертоническая болезнь 2-й стадии. Сахарный диабет 2-го типа.

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Провести дообследование. Анализы крови: ПЦР-диагностика на вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловирус, вирус Эпштейна — Барр. УЗДГ сосудов головного мозга.

2. В лечении добавить: диклофенак натрия 75мг в/м 2 р/день, тизанидин 2 мг 2 р/день. Продолжить прием статинов, антигипертензивных и сахаропонижающих препаратов.

3. С учетом отсутствия данных за контагиозное инфекционное заболевание пациент переведен для дальнейшего лечения в неврологическое отделение.



ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ (НА 2-ОЙ ДЕНЬ):

НАЗНАЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЭФФЕКТИВНО:

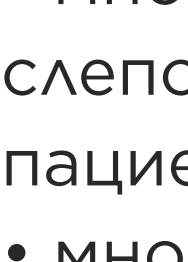
Ночь спал плохо из-за болей в грудной клетке. Сохраняются жалобы на слабость, головную боль.

ПРИ ОСМОТРЕ:

Жгучая боль, гипералгезия и множественные пузырьковые высыпания в зоне дерматомов Th6-Th8 слева по боковой и передней поверхности грудной клетки.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

ПЦР на вирус герпеса 3-го типа (Herpes zoster) — позитивный.



ЛЕЧЕНИЕ:

Ацикловир 500 мг в/в 3 р/день.
Прегабалин 75 мг 3 р/день.

ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ (НА 7-ОЙ ДЕНЬ) :

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР В СВЯЗИ С ОТСУТСТВИЕМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ОТ ПРИМЕНЯЕМОЙ ТЕРАПИИ.

К моменту проведения клинического разбора пациент принимал 300 мг прегабалина в сутки. При осмотре значительная часть высыпаний регрессировала, но интенсивность боли оценивалась пациентом на 7 баллов.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

лейкоциты 10,8 (4-10 x 10⁹ ед/л); СОЭ 16 (2-16 мм/ч); лимфоциты 39 (17-38%).

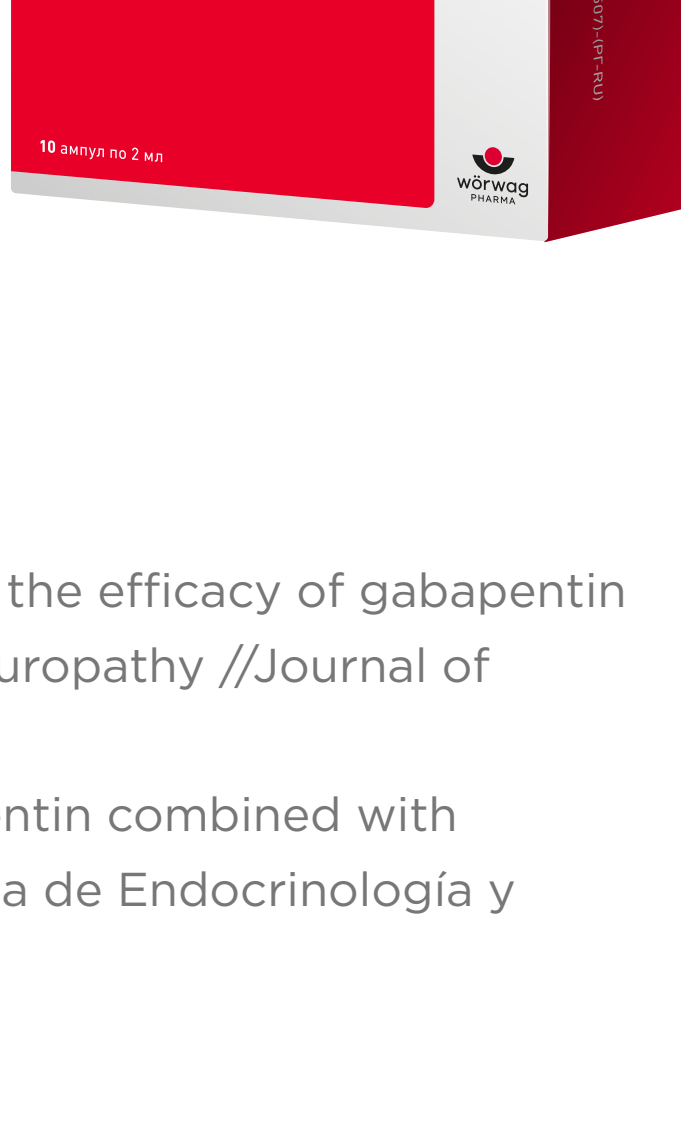


РЕКОМЕНДОВАНО:

- В лечении добавить: Мильгамма® 2,0 в/м 1 р/день 10 дней.
- По мере снижения болевого синдрома снижать дозу прегабалина до 150 мг в сутки.
- С учетом длительного приема метформина провести анализ крови: гомоцистеин, B12.

Добавление нейротропных витаминов группы В к габапентиноидам при невропатической боли показало усиление противоболевой активности в:

- многоцентровом рандомизированном слепом исследовании с участием 270 пациентов¹;
- многоцентровом наблюдательном исследовании с участием 1757 пациентов² при высоком профиле безопасности.



1. Mimenza Alvarado A., Aguilar Navarro S. Clinical trial assessing the efficacy of gabapentin plus B complex versus pregabalin for treating painful diabetic neuropathy // Journal of Diabetes Research. 2016.

2. Córdova V. S. et al. Treatment of neuropathic pain with gabapentin combined with vitamins B1 and B12. A prospective observational study // Revista de Endocrinología y Nutrición. 2012. T. 20. №. 2. P. 67-73.

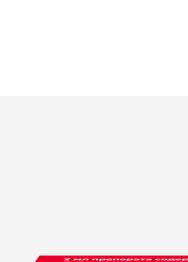
ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ (НА 12-Й ДЕНЬ) :

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

Снижение боли до 3 баллов, доза прегабалина 225 мг в сутки, курс ацикловира закончен.

АНАЛИЗ КРОВИ:

B12 173 (197-771 пг/мл), гомоцистеин 19 (5-15 мкмоль/л).



РЕКОМЕНДОВАНО:

- Снизить дозу прегабалина до 150 мг в сутки.
- По окончании курса Мильгамма® инъекции начать прием Мильгамма® композитум 1 таблетка 1 р/день.



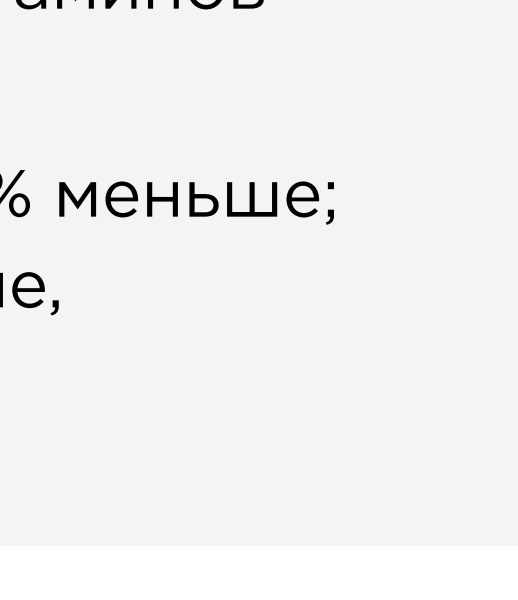
ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ (НА 30-Й ДЕНЬ) :

ПОЛНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ. ПИГМЕНТАЦИЯ НА МЕСТЕ ВЫСЫПАНИЙ, БОЛЕЙ НЕТ.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

норма. Анализ крови: B12 193 (197-771 пг/мл), гомоцистеин 15 (5-15 мкмоль/л).

МИЛЬГАММА® — ДОСТУПНЫЙ ПРЕПАРАТ ОРИГИНАЛЬНОГО КАЧЕСТВА ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛИ В НЕВРОЛОГИИ^{1, 2, 3, 4}



При включении высокодозного комплекса витаминов группы В в схему терапии мононевропатии:

- интенсивность невропатической боли на 16% меньше;
- качественные показатели боли на 8% меньше, чем в группе стандартной терапии.

Динамика уменьшения боли в % от первоначальной*



1. Литовченко Т. А. Витаминотерапия в комплексном консервативном лечении туннельных мононевропатий // Международный невропатический журнал. 2011. № 4 (42).

Сайт: milgamma-compositum.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дистрибьютор в РФ и организация, принимающая претензии потребителей: ООО «Верваг Фарма» 121170, РФ, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп. 4. +7 (495) 382-85-56 www.woerwagpharma.ru

К ДРУГИМ СЛУЧАЯМ