

соответственно ($13,7 \pm 2,3$) и ($3,3 \pm 2,5$) балла ($p < 0,05$). Эффективность терапии с использованием ацеклофенака была оценена по шкале общего клинического впечатления ($2,5 \pm 0,1$) балла (при максимальном значении 3 балла). «Значительное улучшение» отметили 43 % пациентов, «улучшение» — 52 %, «незначительное улучшение» — 5 %. Эффективность терапии во II группе — ($2,4 \pm 0,1$) балла. «Значительное улучшение» наблюдали в 40 %, «улучшение» — в 55 %, «незначительное улучшение» — в 5 % случаев. Таким образом, в

I и II группах «улучшение» и «значительное улучшение» составило 95 % случаев. У 5,2 % пациентов I группы и 6,4 % — II зафиксированы побочные реакции (диарея, абдоминальные боли, тошнота), которые не привели к отмене препаратов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о сопоставимой клинической эффективности ацеклофенака и диклофенака натрия в лечении вертеброгенных люмбалгий/люмбоишалгий при клинически лучшем профиле переносимости ацеклофенака.

Т. В. КОЛОСОВА¹, Е. И. АСАУЛЕНКО¹, Ю. И. ГОЛОВЧЕНКО¹, Е. В. ХАРИТОНОВА²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

²Поликлиника № 2 Святошинского района г. Киева

Сравнение клинической эффективности и безопасности препаратов ацеклофенака и ибупрофена в комплексной терапии головной боли напряжения

Цель работы — сравнить клиническую эффективность и безопасность препаратов ацеклофенака и ибупрофена в комплексной терапии головной боли напряжения.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов (27 женщин, 13 мужчин) с частой эпизодической головной болью напряжения. Средний возраст пациентов — ($39,8 \pm 3,9$) года. Диагноз устанавливали согласно критериям Международной ассоциации головной боли (2004). Количество приступов головной боли у пациентов составляло от 5 до 14 в месяц (в среднем — ($9,8 \pm 2,2$) приступа). Длительность заболевания — от 1 года до 7 лет, в 37 % случаев — более 3 лет. На фоне традиционной терапии (миорелаксанты, антидепрессанты, физиотерапевтические методы, лечебная гимнастика, направленная на расслабление мышц шеи и головы, аутогенная тренировка) в 1-й группе ($n = 22$) для купирования приступа головной боли назначали ацеклофенак в дозе 100 мг (при необходимости доза могла быть увеличена до 200 мг/сут); во 2-й ($n = 18$) — ибупрофен в дозе 400 мг (суточная доза могла быть увеличена до 1200 мг). Пациентам проводили неврологическое, общие лабораторные, в ряде случаев — инструментальные исследования (спондилография шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография головного мозга). Для оценки болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), для характеристики психоэмоционального состояния — шкалу Спилбергера—Ханина. Эффективность терапии определяли с помощью шкалы общего клинического впечатления. Оценивали также безопасность указанных препаратов. Обследование пациентов проводили в 1-е и на 30-е сутки наблюдения.

Результаты. До начала лечения пациентов беспокоили двусторонние головные боли сжимающего характера умеренной интенсивности: ($5,5 \pm 2,2$) см по ВАШ в 1-й группе, ($5,2 \pm 2,2$) см — во 2-й. Большинство пациентов находились в состоянии тревоги, о чем свидетельствовали показатели шкалы Спилбергера—Ханина: ситуационная тревожность в 1-й группе — ($38,6 \pm 2,4$) балла, во 2-й — ($36,3 \pm 2,4$) балла, личност-

ная тревожность — соответственно ($51,4 \pm 2,5$) и ($53,1 \pm 2,5$) балла. В конце курса лечения (на 30-е сутки) отмечены положительные результаты у пациентов с головной болью напряжения в обеих группах: уменьшились частота, выраженность и продолжительность приступов головных болей, а также тревожность. При этом пациенты 1-й группы реагировали на лечение, включающее ацеклофенак, значительно лучше — динамика показателей используемых шкал была достоверно выше. В 1-й группе показатели ВАШ достоверно снизились в среднем до ($1,8 \pm 2,2$) см ($p < 0,05$), а во 2-й — до ($2,8 \pm 2,2$) см ($p < 0,05$). После курса лечения у пациентов обеих групп выявлено снижение тревожности, о чем свидетельствуют результаты тестирования с использованием шкалы Спилбергера—Ханина, однако только в 1-й группе показатель ситуационной тревожности достоверно снизился до ($33,7 \pm 2,4$) балла ($p < 0,05$). Эффективность терапии в группе с использованием ацеклофенака была оценена по шкале общего клинического впечатления в ($2,7 \pm 0,1$) балла (при максимальном значении 3 балла). «Значительное улучшение» отметили 41 % пациентов (9 больных), «улучшение» — 54 % (12 пациентов), «незначительное улучшение» — 5 % (1 пациент). Эффективность терапии, включающей ибупрофен, составила ($2,5 \pm 0,1$) балла, при этом «значительное улучшение» отмечено в 34 % случаев (6 пациентов), «улучшение» — в 55 % (10 пациентов), «незначительное улучшение» — в 11 % (2 пациента). Таким образом, в 1-й группе «значительное улучшение» и «улучшение» составило 95 % случаев и превысило показатели 2-й группы — 89 %, при этом в 1-й группе показатели «незначительное улучшение» были ниже, чем во 2-й, — 5 и 11 % соответственно. За период лечения у 8,2 % пациентов 1-й группы и у 7,4 % 2-й примененные исследуемые препараты вызвали побочные реакции в виде тошноты, изжоги, абдоминальных болей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более высокой клинической эффективности препарата ацеклофенака в комплексном лечении головных болей напряжения. Профиль безопасности ацеклофенака сопоставим с таковым ибупрофена.