

О.Е. ЗИНОВЬЕВА¹, А.Н. БАРИНОВ²¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)² Межрегиональная ассоциация специалистов паллиативной и интервенционной медицины (МАСПИМ)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Боль в спине относится к наиболее частым причинам обращения к врачу и временной утраты трудоспособности, что делает проблему рациональной терапии особенно актуальной. Наиболее часто в клинической практике встречается неспецифическая дорсалгия, которая может быть острой, подострой или хронической. Современные рекомендации по лечению острой и хронической неспецифической боли в спине предлагают в первую очередь использование немедикаментозных методов – когнитивно-поведенческую терапию и лечебную гимнастику, а при их неэффективности – рациональную фармакотерапию с учетом коморбидной патологии больных. К препаратам выбора для купирования болевого синдрома относятся нестероидные противовоспалительные средства, в частности дексалгин.

Ключевые слова: боль в спине, лечебная гимнастика, когнитивно-поведенческая терапия, нестероидные противовоспалительные препараты, дексалгин.

O.E. ZINOVIEVA¹, A.N. BARINOV²¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University FGAOU VO of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University)² Interregional Association for Palliative and Interventional Medicine Specialists (MASPIM)

PATHOGENETIC TREATMENT OF NON-SPECIFIC BACK PAIN

Back pain is one of the most common reason for all physician visits, which makes the problem of rational therapy especially urgent. Non-specific dorsalgia is the most common in clinical practice, that is subdivided into acute, sub-acute or chronic. Modern guidelines for the treatment of acute and chronic non-specific back pain offer primarily the use of non-drug methods – cognitive-behavioural therapy and therapeutic gymnastics, and if they are ineffective – rational pharmacotherapy, taking into account the comorbid pathology in patients. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, in particular Dexalgin, are the drugs of choice for the management of pain syndrome.

Keywords: back pain, therapeutic gymnastics, cognitive-behavioural therapy, non-steroidal anti-inflammatory drugs, Dexalgin.

Боль в спине – одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью, занимающая второе место по количеству дней временной нетрудоспособности среди всех классов болезней, что делает данную проблему актуальной как с медицинской, так и социально-экономической точки зрения. Исходя из локализации болевых ощущений выделяют: цервикалгию – боль в области шеи; торакалгию – боль в грудной области; люмбагию – боль в пояснице. В соответствии с временными характеристиками рассматривают: острую боль продолжительностью до 6 недель; подострую – от 6 до 12 недель и хроническую – более 12 недель. Боль в спине (дорсалгия) может быть специфической и неспецифической. К наиболее часто встречающимся неспецифическим болям, на долю которых приходится более 90% всех случаев дорсалгий, относятся миофасциальный болевой синдром, обусловленный поражением скелетных мышц, и спондилоартропатия [6]. Специфические причины боли в спине, такие как травма, онкологические, системные воспалительные заболевания и другие, составляют всего около 5% случаев дорсалгий и нередко впервые диагностируются неврологами. Однако для дальнейшего лечения и наблюдения пациенты направляются к профильным специалистам. Неврологи же в основном лечат пациентов с дорсалгиями, среди которых преобладают миофасциальные, фасеточные синдромы, дисфункция крестцо-

во-подвздошного сочленения, а также их сочетание, что нередко затрудняет выделение конкретного анатомического субстрата как источника боли [1]. Результаты российских эпидемиологических исследований показали, что около 25% обращений за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста связаны с болью в нижней части спины [4, 6].

Ниже приводятся рекомендации по лечению острой скелетно-мышечной боли в спине с позиций доказательной медицины (табл. 1).

Результаты российских эпидемиологических исследований показали, что около 25% обращений за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста связаны с болью в нижней части спины

В соответствии с международными рекомендациями первое, что должен сделать врач после исключения специфических причин дорсалгии, – информировать пациента о доброкачественном характере заболевания в целом и болевого синдрома в частности, о необходимости сохранять двигательную активность [15]. Следует, однако, сообщить о возможном рецидиве болевых ощущений. Сегодня мы лечим пациентов с неспецифическими болями в спине не постельным режимом, а именно

Таблица 1. Рекомендации по лечению острой скелетно-мышечной боли в спине [7]

Метод	Рекомендации	Уровень доказательности
Сохранение двигательной активности	Рекомендовано	Высокий
НПВП	Рекомендованы	Высокий
Миорелаксанты	Рекомендованы	Высокий
Иглорефлексотерапия, массаж, ПИР	Рекомендованы	Низкий
Постельный режим	Не рекомендован	Высокий
Антиконвульсанты	Не рекомендованы	Высокий
Антидепрессанты	Не рекомендованы	Низкий
Кортикостероиды системно	Не рекомендованы	Низкий

сохранением привычного образа жизни, исключив движения, которые приводят к развитию и/или усилению болевого синдрома [3, 5]. Следует отметить, что приверженность пациента рекомендациям врача в случаях острой боли в спине во многом определяется эффективностью обезболивания. К препаратам выбора для купирования болевого синдрома относятся нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Механизм действия НПВП заключается в ингибировании фермента циклооксигеназы (ЦОГ), которая участвует в метаболизме арахидоновой кислоты, усиливая процессы воспаления и формируя болевые ощущения. Существуют как минимум две изоформы ЦОГ (ЦОГ-1 и ЦОГ-2). Противовоспалительный эффект НПВП связан с подавлением ЦОГ-2, в то время как развитие побочных эффектов лечения связано почти исключительно с ингибированием физиологической изоформы ЦОГ-1. К наиболее частым неблагоприятным эффектам неселективных ингибиторов ЦОГ (Н-НПВП) относятся желудочно-кишечные осложнения – раздражение слизистой оболочки, язвы и кровотечения (их частота увеличивается с возрастом). НПВП способны декомпенсировать сердечно-сосудистые заболевания и не должны назначаться пациентам с очень высоким сердечно-сосудистым риском (нестабильная стенокардия, состояние после перенесенного инфаркта миокарда, острых нарушений мозгового кровообращения и т. п.). В связи с этим НПВП должны назначаться на короткий срок в минимально эффективной дозе. В отношении ulcerогенных осложнений преимущества имеют селективные ингибиторы ЦОГ-2 (С-НПВП), которые, однако, могут вызывать осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, такие как повышение артериального давления, инфаркт миокарда, тромбоэмболия [10, 13].

В соответствии с современной концепцией рационального применения НПВП в клинической практике разработан алгоритм назначения данной группы препаратов (табл. 2) [2].

Таким образом, назначать НПВП следует с учетом всех показаний и противопоказаний, имеющих у конкретного пациента. Требования к НПВП, используемым для лечения острой неспецифической боли в спине, включают высокую анальгетическую активность, быстрое наступление обезболивающего эффекта, низкую частоту побочных явлений. С этой точки зрения заслуживает внимания препарат декскетопрофен (Дексалгин®), содержащий только правовращающий энантиомер кетопрофена. Известно, что в состав кетопрофена входят два оптических изомера (энантиомера), однако его анальгетическая активность связана со свойствами только правовращающего энантиомера (декскетопрофена). Препарат Дексалгин®, состоящий из трометамоловой соли декскетопрофена, исключает нежелательное воздействие терапевтически неактивного и потенциально более опасного в отношении поражения желудочно-кишечного тракта левовращающего изомера. Трометамоловая соль обеспечивает более быструю абсорбцию препарата в желудочно-кишечном тракте, а следовательно, более быстрое, по сравнению с кетопрофеном, обезболивание [8].

С целью купирования обострений хронического болевого синдрома при дорсалгии показано использование НПВП, при необходимости в сочетании с антидепрессантами и миорелаксантами центрального действия

Результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования показали более высокую эффективность Дексалгина в сравнении с кетопрофеном при лечении острой боли в спине [9]. К преимуществам Дексалгина следует отнести быстронаступающий мощный анальгетический эффект, благоприятный профиль безопасности и хорошую переносимость. Наличие инъекционной и пероральной форм выпуска препарата позволяет проводить «ступенчатую» терапию дорсалгии как в условиях стационара, так и амбулаторно.

В случаях выраженного миофасциального синдрома следует применять миорелаксанты центрального действия. В качестве дополнительных методов лечения могут

Таблица 2. Алгоритм назначения НПВП

Желудочно-кишечный тракт	Сердечно-сосудистая система		
	Риск осложнений	Низкий	Умеренно высокий
Низкий	Любые НПВП	НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском	Избегать назначения любых НПВП
Умеренный	Н-НПВП + ИПП; С-НПВП	С-НПВП + ИПП; коксибы	
Высокий	Коксибы	Коксибы + ИПП	

Н-НПВП – неселективные НПВП; ИПП – ингибиторы протонной помпы; С-НПВП – селективные НПВП.

Таблица 3. Рекомендации по лечению хронической скелетно-мышечной боли в спине [7]

Мультидисциплинарный подход		
Метод	Рекомендации	Уровень доказательности
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Рекомендована	Высокий
ЛФК	Рекомендована	Высокий
НПВП	Рекомендованы	Высокий
Антидепрессанты	Рекомендованы	Высокий
Мануальная терапия	Рекомендована	Умеренный
«Школа боли в спине»	Рекомендована	Умеренный
Миорелаксанты	Рекомендованы	Низкий
Блокады миофасциальных триггеров	Рекомендованы	Низкий
Иглорефлексотерапия	Рекомендована	Низкий
Массаж	Рекомендован	Низкий
Постельный режим	Не рекомендован	Высокий
Кортикостероиды эпидурально	Не рекомендованы	Низкий
Внутридисковые инъекции	Не рекомендованы	Низкий

быть использованы иглорефлексотерапия, массаж, пост-изометрическая релаксация, хотя их эффективность не доказана в контролируемых исследованиях.

В целом эффективное лечение острой неспецифической боли в спине снижает вероятность хронизации болевого синдрома. К факторам риска развития хронической дорсалгии относятся: длительное пребывание в неудобной позе, однообразная физическая нагрузка, гиподинамия, ожирение, а также стресс, депрессия, тревога. Большинство из перечисленных факторов поддается коррекции, однако требует длительной работы с пациентом и выполнения им рекомендаций врача.

Лечение хронической неспецифической боли в спине представляет мультидисциплинарную проблему, когда на первый план выходят когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), лечебная гимнастика и другие немедикаментозные методы коррекции (табл. 3).

С целью купирования обострений хронического болевого синдрома при дорсалгии показано использование НПВП, при необходимости в сочетании с антидепрессантами и миорелаксантами центрального действия. В соответствии с Европейскими рекомендациями лечения хронической неспецифической боли в спине, максимальная продолжительность приема НПВП не должна превышать 3 мес. [14]. Благоприятный профиль безопасности, хорошая переносимость и возможность использования в сочетании с адьювантными анальгетиками позволяют рекомендовать препарат Дексалгин® в комплексной терапии хронической неспецифической дорсалгии.

Доказано, что наиболее эффективны с целью обезболивания трициклические, норадренергические и серотонинергические антидепрессанты [7]. Следует подчеркнуть, что эффективное купирование болевого синдрома при отсутствии побочных явлений значительно повышает комплаенс – приверженность пациента лечению и степень доверия лечащему врачу.

Установлено, что пациенты с хронической болью в спине часто неправильно понимают причину боли, считают, что страдают неизлечимым заболеванием, необоснованно ограничивают повседневную активность. Все перечисленное оказывает негативное влияние на течение болезни, усугубляя кинезиофобию, приводя к хронизации и усилению болевого синдрома. Цель КПТ – выяснить представления пациента о его заболевании, научить адекватно оценивать свои ощущения, преодолевать страх движений при возможных последующих обострениях. Врач и пациент должны совместно формировать активную стратегию преодоления боли. Основанием для применения КПТ при хронической неспецифической боли в спине стала современная концепция, согласно которой боль и болевая инвалидизация вызвана не только мышечной, связочной, суставной или другой патологией, но и психологическими и социальными факторами [4, 6]. Наилучшие результаты лечения хронической дорсалгии достигаются при сочетании лечебной гимнастики с когнитивно-поведенческой терапией при активном участии пациента в процессе реабилитации.

Требования к НПВП, используемым для лечения острой неспецифической боли в спине, включают высокую анальгетическую активность, быстрое наступление обезболивающего эффекта, низкую частоту побочных явлений

В настоящее время в клинической практике широко используется лечебная гимнастика (ЛГ), представляющая комплекс динамических и/или статических упражнений. Это может быть кинезиотерапия, эрготерапия, лечебная физкультура на рабочем месте. Определяющим фактором является сохранение пациентом двигательной активности. Исследования показали значительные преимущества данного вида терапии по сравнению с физиотерапевтическим лечением, мануальной терапией, имитацией ЛГ (уровень доказательности А, В). Доказана эффективность как индивидуальных, так и групповых занятий, как специализированных комплексов, так и неспецифических программ [1, 12]. При назначении того или иного вида ЛГ следует ориентироваться на индивидуальные особенности и предпочтения пациента. Больные с хронической болью в спине нередко в течение рабочего дня находятся в неудобной позе, невыгодной с точки зрения эргономичности. Причиной боли в спине при малоподвижном образе жизни могут стать резкие неподготовленные движения, когда пациент предпринимает попытку сменить привычную гиподинамию на более активную деятельность (работа на садовом участке, подъем тяжестей). В результате происходит хрониче-

ческая микротравматизация мышц, во-первых, из-за постральной перегрузки, во-вторых, из-за эксцентрических сокращений нетренированных мышц. Пролонгированное сокращение сопровождается накоплением кальция в мышечном волокне, приводящим к нарушению функции мышцы.

Результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования показали более высокую эффективность Дексалгина в сравнении с кетопрофеном при лечении острой боли в спине

Именно поэтому в клинических рекомендациях указано, что при лечении боли в спине необходима терапия, направленная на восстановление и поддержание структуры и функции скелетных мышц, синергичности их сокращений и расслаблений [11]. Программы активной реабилитации пациентов должны включать упражнения с учетом морфофункциональных особенностей пораженных мышц.

Сочетанное применение КПТ и ЛГ в случаях хронической неспецифической боли в спине позволяет значительно улучшить функциональное состояние больного, как физическое, так и психологическое, сократить количество дней нетрудоспособности.

Таким образом, лечение неспецифической боли в спине включает несколько этапов и предполагает участие различных специалистов: неврологов, реабилитологов, кинезиологов, психологов. Базовая терапия хронической дорсалгии включает когнитивно-поведенческую психотерапию и лечебную гимнастику. Дополнительно могут быть использованы НПВП (Дексалгин®), антидепрессанты, миорелаксанты центрального действия. Рациональное применение методов медикаментозного и немедикаментозного воздействия позволяет ускорить процесс реабилитации пациентов с неспецифической болью в спине.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Исайкин А.И., Кузнецов И.В., Кавелина А.В. и др. Неспецифическая люмбагия: причины, клиника, диагностика, лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2015, 7(4): 101–109. / Isaikin AI, Kuznetsov IV, Kavelina AV. Nonspecific lumbalgia: causes, clinical picture, diagnosis, treatment. *Nevrologiya, Neyropsihiatriya, Psikhosomatika*, 2015, 7 (4): 101-109.
- Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике». *Современная ревматология*, 2015, 1: 4–23. Karateev AE, Nasonov EL, Yakhno NN, et al. Clinical guidelines: rational use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in clinical practice. *Sovremennaya Revmatologiya*, 2015, 1: 4-23.
- Парфенов В.А., Герасимова О.Н. Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2010, 2(4): 65–71. Parfenov VA, Gerasimova ON Management of patients with back pain in outpatient practice. *Nevrologiya, Neyropsihiatriya, Psikhosomatika*, 2010, 2 (4): 65-71.
- Парфенов В.А. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2009, 1: 19–22. / Parfenov VA. Causes, diagnosis and treatment of lower back pain. *Nevrologiya, Neyropsihiatriya, Psikhosomatika*, 2009, 1: 19-22.
- Парфенов В.А. Диагноз и лечение при острых болях в нижней части спины. *РМЖ*, 2007, 15(6): 507-510. Parfenov VA. Diagnosis and treatment of acute lower back pain. *RMJ*, 2007, 15 (6): 507-510.
- Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 368 с. Podchufarova EV, Yakhno NN. Back pain. Moscow: GEOTAR-Media, 2013. 368 p.
- Подчуфарова Е.В. Боль в спине и ее лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2009, 2: 29–36. Podchufarova EV. Back pain treatment. *Nevrologiya, Neyropsihiatriya, Psikhosomatika*, 2009, 2: 29-36.
- Подчуфарова Е.В. Боль в спине: механизмы развития и лечение. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*, 2012, 3: 47–54. Podchufarova EV. Mechanisms in the development and treatment of back pain. *Sovremennaya Terapiya v Psihiiatrii i Nevrologii*, 2012, 3: 47-54.
- Beltran J, Martin-Mola E, Figuero M et al. Comparison of Dexametoprolfen Trometamol and Ketoprofen in the treatment of osteoarthritis of the knee. *J Clin Pharm*, 1998, 38: 74–80.
- Clark DW, Layton D, Shakir SA. Do some inhibitors of COX-2 increase the risk of thromboembolic events? Linking pharmacology with pharmacoepidemiology. *Drug Saf*, 2004, 27(7): 427-56.
- Goubert D, Van Oosterwijck J, Mira Meeus M, Danneels L. Structural Changes of Lumbar Muscles in Non-Specific Low Back Pain. *Pain Physician*, 2016, 19: E985-E1000.
- Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane database Syst Rev*, 2005, Jul 20, 3: CD000335.
- Kuritzky L, Samraj GP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *J Pain Res*, 2012, 5: 579–590.
- Rossignol M, Arsenault B, Dionne C et al. Clinic on low-back pain in interdisciplinary practice (clip) guidelines. 2007. <http://www.santpub-mtl.qc.ca/clip>.
- van Tulder M, Becker A, Bekkering T et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*, 2006, 15(Suppl. 2): 169-91.