Клинический случай / Clinical case

Персонализированный междисциплинарный подход к лечению хронической боли в нижней части спины: клиническое наблюдение

В.А. Головачева , ORCID: 0000-0002-2752-4109, e-mail: xoxo.veronicka@gmail.com

A.A. Головачева, ORCID: 0000-0002-2845-7323, e-mail: angelika.golovacheva@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Неспецифическая (скелетно-мышечная) боль – самая частая причина боли в нижней части спины (БНЧС). Особую проблему представляет хроническая неспецифическая БНЧС, т. к. она значимо снижает качество жизни и функциональную активность пациента. Диагноз хронической неспецифической БНЧС ставится после исключения специфической причины боли, дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза. К сожалению, пациентам с хронической неспецифической БНЧС часто ставятся неправильные диагнозы, игнорируются факторы хронизации боли («желтые флажки») и назначается неэффективное лечение. Представлено клиническое наблюдение пациента с хронической неспецифической БНЧС, которому изначально был поставлен ошибочный диагноз «Остеохондроз позвоночника» и проводимое лечение было неэффективно. Персонализированный междисциплинарный подход к лечению позволил справиться с болью в спине и вернуть пациента к прежней повседневной активности. План лечения пациента включал нелекарственные методы лечения (образовательная беседа, физическая активность, майндфулнесс, когнитивно-поведенческая терапия) и рациональную фармакотерапию (нестероидное противовоспалительное средство, НПВС). В клиническом наблюдении показана эффективность и хорошая переносимость НПВС – декскетопрофена (в форме препаратов Дексалгин и Дексалгин 25), который назначался по ступенчатой схеме в течение 5 дней. В соответствии с современными рекомендациями, НПВС - это препараты первой линии при хронической неспецифической БНЧС. Представлены результаты клинических исследований по эффективности и безопасности при боли в спине таких НПВС, как декскетопрофен и нимесулид. При затянувшемся обострении обсуждается возможность назначения декскетопрофена с последующим переходом на нимесулид.

Ключевые слова: хроническая боль в спине, лечение, междисциплинарный подход, декскетопрофен, нимесулид

Для цитирования: Головачева В.А., Головачева А.А. Персонализированный междисциплинарный подход к лечению хронической боли в нижней части спины: клиническое наблюдение. Медицинский совет. 2020;(11):64-69. doi: 10.21518/2079-701X-2020-11-64-69.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Personalized, interdisciplinary approach to the treatment of chronic low back pain: clinical observation

Veronika A. Golovacheva[™], ORCID: 0000-0002-2752-4109, e-mail: xoxo.veronicka@gmail.com Anzhelika A. Golovacheva, ORCID: 0000-0002-2845-7323, e-mail: angelika.golovacheva@gmail.com

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldq. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Nonspecific (musculoskeletal) pain is the most common cause of low back pain (LBP). Chronic nonspecific LBP is a particular problem, as it significantly reduces the quality of life and functional activity of the patient. The diagnosis of chronic non-specific LBP is made after exclusion of a specific cause of pain, discogenic radiculopathy and lumbar stenosis. Unfortunately, patients with chronic non-specific LBP are often misdiagnosed, pain chronization factors ("yellow flags") are ignored and ineffective treatment is prescribed. Clinical observation of a patient with chronic non-specific LBP, who was initially wrongly diagnosed with spinal osteochondrosis and the treatment was ineffective, is presented. A personalized, multidisciplinary approach to treatment allowed the patient to cope with back pain and to return to his previous daily activities. The patient's treatment plan included non-drug methods of treatment (educational conversation, physical activity, mindfulness, cognitive-behavioural therapy) and rational pharmacotherapy (non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAID). Clinical observation showed the efficacy and good tolerability of NSAID - dexketoprofen (in the form of Dexalgin and Dexalgin 25), which was administered in a stepwise scheme for 5 days. According to modern recommendations, NSAIDs are first-line drugs in chronic non-specific LBP. The results of clinical studies on efficacy and safety in back pain of such NSAIDs as dexketoprofen and nimesulide are presented. In case of prolonged exacerbation the possibility of dexketoprofen prescription with subsequent transition to nimesulide is discussed.

Keywords: chronic back pain, treatment, interdisciplinary approach, dexketoprofen, nimesulide

For citation: Golovacheva V.A., Golovacheva A.A. Personalized, interdisciplinary approach to the treatment of chronic low back pain: clinical observation. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2020;(11):64-69. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-11-64-69.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Боль в нижней части спины (БНЧС) – одна из ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения во всех развитых странах мира [1]. Обычно у 60% пациентов с БНЧС через несколько недель после ее возникновения наблюдается выздоровление [2], но у 40% продолжительность боли увеличивается и возрастает риск хронизации боли [3]. В 90% случаев хроническая боль в спине является неспецифической (скелетно-мышечной).

Распространенность хронической неспецифической БНЧС у взрослого населения составляет 23% [4]. В практической деятельности пациентам с хронической неспецифической БНЧС часто устанавливаются неправильные диагнозы, боль связывают с наличием остеохондроза, дегенеративно-дистрофических изменений и межпозвонковых грыж, которые не оказывают компрессии на структуры нервной системы [5]. Хроническое течение боли в спине часто поддерживается неправильным образом жизни пациента, неправильными представлениями о причинах боли в спине, тревожными мыслями по поводу боли, игнорированием сочетанных проблем (инсомнии, тревоги, депрессии) и назначением неэффективных методов лечения.

Диагноз хронической неспецифической БНЧС основывается на исключении специфической причины боли, дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза [6]. Персонализированный подход к ведению пациента, назначение современных нелекарственных методов и рациональной фармакотерапии позволяет помочь большинству пациентов с хронической неспецифической БНЧС. Приводим клинический пример успешного ведения пациента с хронической неспецифической БНЧС с помощью персонализированного междисциплинарного подхода.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент М. 46 лет предъявляет жалобы на боль умеренной интенсивности (5-6 баллов по ВАШ) в пояснично-крестцовой области, усиливающуюся при движении, длительном сидении, ходьбе. Боль распространяется от поясницы в ягодичную область и по задней поверхности правого бедра до колена. Боли в спине беспокоят с 34 лет, когда пациент прекратил занятия спортом (легкая атлетика), стал много сидеть за компьютером (в связи с профессиональной деятельностью), меньше ходить пешком и в основном перемещаться по городу на автомобиле. Эпизоды болей в спине возникали с частотой примерно 1-2 раза в год, продолжались от 5 до 10 дней, облегчались приемом НПВС. Последнее обострение боли в спине произошло 5 мес. назад во время дачных работ. При активном расспросе пациента было выявлено, что в течение года его беспокоит нарушение сна (трудности засыпания, ночные пробуждения), эпизоды сердцебиения, затруднения дыхания и тревоги. В течение последних двух лет наблюдается эмоциональное перенапряжение на работе, есть страх потерять работу.

Пациент обратился в частную клинику на консультацию к неврологу. Было проведено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, выявлены признаки дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, протрузии межпозвонковых дисков на уровнях L3-L4, L4-L5. Исключена ревматологическая, инфекционная патология на основании анализов крови. Пациенту был поставлен диагноз «Остеохондроз позвоночника», назначено лечение нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), хондропротекторами курсом в течение 14 дней. Во время приема препаратов наблюдалось облегчение боли, после прекращения приема - возобновление болей. Пациент проходил курсы физиотерапии, массажа, с небольшим кратковременным эффектом. Пациенту было рекомендовано снизить физическую активность, носить специальный фиксирующий пояс на пояснице. что также не помогало пациенту выздороветь. В итоге у пациента сформировались ошибочные представления о своей болезни: «Спина болит из-за остеохондроза позвоночника и грыж», «У меня серьезное трудноизлечимое заболевание», «Мне не справиться с болью, ведь что я только не пробовал из терапии, но ничего не помогает», «Из-за боли я потерю работу», «Мне придется делать операцию на позвоночнике».

Пациент не страдает сочетанными соматическими или инфекционными заболеваниями. Соматический осмотр пациента – без особенностей. В неврологическом статусе не выявлено очаговой неврологической симптоматики. При нейроортопедическом обследовании обнаружены сглаженность поясничного лордоза, небольшое усиление боли при наклоне вправо. Напряжение и болезненность при пальпации длинных мышц спины на поясничном уровне. Пальпация проекции фасеточных суставов не провоцирует боль. Отсутствует феномен централизации при повторном сгибании, боль не усиливается при перкуссии позвоночных структур. Симптомы натяжения нервных корешков (Ласега, Вассермана) отрицательные. Отмечается болезненность при глубокой пальпации в проекции крестцово-подвздошного сочленения справа, с воспроизведением типичного паттерна боли, симптомы блока крестцово-подвздошного сочленения, болезненность в тестах на сжатие и растяжение таза. Проба Патрика на движение в тазобедренном суставе отрицательная, перкуссия тазобедренного сустава безболезненная. По результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии выявлена субклиническая депрессия (8 баллов по субшкале депрессии) и клинически выраженная тревога (15 баллов по субшкале тревоги).

Ввиду наличия психовегетативных симптомов, нарушения сна, клинически выраженной тревоги по результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, пациент был консультирован эндокринологом, кардиологом, психиатром. Эндокринной и кардиологической патологии не выявлено. Психиатр диагностировал «Паническое расстройство без агорафобии», рекомендовал психотерапию в комбинации или без с антидепрессантами.

На основании жалоб, клинической картины заболевания и данных осмотра был поставлен клинический диагноз «Хроническая люмбоишиалгия. Дисфункция крестцово-подвздошного сочленения справа. Мышечнотонический болевой синдром на поясничном уровне. Сочетанно: Паническое расстройство без агорафобии». На основании междисциплинарного подхода¹ и современных рекомендаций [6-8] был разработан персонализированный план лечения пациента, который включал нелекарственные и лекарственные методы:

- 1. Образовательная беседа с пациентом о причинах и механизмах боли, благоприятном прогнозе, современных возможностях лечения боли в спине.
- 2. Ступенчатый курс приема НПВС по схеме: декскетопрофен (Дексалгин) по 2 мл внутримышечно 3 раза в день в течение 1-го и 2-го дня лечения, декскетопрофен (Дексалгин 25) по 25 мг перорально по 3 раза в день с 3-го по 5-й день лечения
- 3. Физическая активность в форме 10 занятий по лечебной гимнастике под руководством врача лечебной физкультуры, ежедневные самостоятельные занятия по лечебной гимнастике в течение 30 минут, ежедневные пешие прогулки.
- 4. Упражнения по майндфулнесс (терапии осознанности) в течение 8 нед.
- 5. Индивидуальные сессии когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в течение 16 нед.

Через 5 дней от начала лечения (по завершении приема декскетопрофена) пациент отметил снижение боли до 2 баллов по ВАШ и улучшение функциональной активности в течение дня, благодаря чему пациент смог активно участвовать в занятиях по лечебной гимнастике, релаксации и терапии осознанности, улучшилось настроение, появилась мотивация к дальнейшему лечению и прохождению когнитивно-поведенческой терапии. Пациент хорошо переносил терапию декскетопрофеном, побочных эффектов не наблюдалось. Через 3 мес. от начала лечения пациента не беспокоили боли в спине. нормализовался сон, панические атаки не возникали, по результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии отсутствовали симптомы тревоги и депрессии. Через 6 мес. от начала лечения достигнутые положительные результаты сохранялись.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует типичную клиническую практику ведения пациентов с хронической неспецифической БНЧС. Пациенту М. 46 лет при обращении в частную клинику был поставлен ошибочный диагноз «Остеохондроз позвоночника», из-за чего у пациента сформировались неправильные представления о болезни, произошла катастрофизация боли. В нашей стране наблюдается гипердиагностика остеохондроза [3]. К сожалению, часто отсутствует понимание, что такое остеохондроз. Ошибочный диагноз «Остеохондроз позвоночника» устанавливается пациен-

¹ National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NICE guideline NG59). 2016. Available at: https://www.nice.org. uk/quidance/nq59.

там с туннельными невропатиями верхних конечностей, мигренью, головной болью напряжения, скелетномышечными болями в шее и плечах, тревожными расстройствами, первичными вестибулопатиями [5, 9-12]. В 1980-е гг. Я.Ю. Попелянский сформулировал следующее определение остеохондроза: «полифакториальное дегенеративное заболевание двигательного сегмента, поражающее первично межпозвонковый диск, а вторично другие отделы позвоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему» [3]. У многих врачей сложилось неправильное представление, что остеохондроз - это все дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника [3]. Ошибочно считают, что грыжи межпозвонковых дисков и дискогенные радикулопатии это проявления остеохондроза позвоночника [1, 3, 5]. Однако в Международной классификации болезней 10-го пересмотра грыжи дисков, радикулопатии обозначаются определенными кодами и являются самостоятельными нозологиями². В современной англоязычной литературе «остеохондроз позвоночника» не считается причиной боли в спине [3, 5]. Остеохондроз представляет собой естественный процесс дегенерации (старения) структур позвоночника, наблюдается в разной степени у всех людей и существенно нарастает с возрастом. Поэтому если пациенту с болью в спине ранее был установлен «Остеохондроз позвоночника», то необходимо провести ревизию этого диагноза [5]. После этого будут выявлены другие заболевания, объясняющие жалобы пациента на боль в спине. В большинстве случаев у пациентов будет определяться неспецифическая скелетно-мышечная боль [3, 5].

У пациента М. не было выявлено красных флажков симптомов и признаков, настораживающих врача в отношении вторичного (симптоматического) генеза головной боли [6]. Проведенные неврологическое и ортопедическое обследования не выявили признаков поражения корешковых структур, центральных дискогенных болей, фасеточных и тазобедренных суставов. Однако были выявлены напряжение и болезненность длинных мышц спины на поясничном уровне, положительны провокационные пробы, типичные для дисфункции крестцово-подвздошного сочленения. После исключения органической патологии психовегетативных симптомов (эпизодов сердцебиения, затруднений дыхания и тревоги) на основании результатов эндокринологического и кардиологического исследования, после оценки образа жизни и образа мышления пациента, консультации психиатра было диагностировано сочетанное невротическое заболевание - паническое расстройство. На основании представленных данных поставлен диагноз «Хроническая неспецифическая люмбоишиалгия. Дисфункция крестцовоподвздошного сочленения справа. Мышечно-тонический болевой синдром на поясничном уровне. Сочетанно: Паническое расстройство без агорафобии». По Международной классификации болезней 10-го пересмотра

² World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. World Health Organization: Geneva. 1992. Available at: http://www.who.int/ classifications/icd/icd10updates/en/index.html

«Хроническая неспецифическая люмбоишиалгия» соответствует коду диагноза M54.5 «Боль внизу спины»³.

В связи с неправильной диагностикой в частной клинике пациенту было назначено неадекватное лечение: прием хондропротекторов, ограничение физической активности, ношение фиксирующего пояса, курсы таких пассивных методов лечения, как массаж и физиотерапия. Пациенту была назначена терапия НПВС-препаратами, которые считаются эффективными при хронической неспецифической БНЧС [6-8]. Курс НПВС приносил пациенту М. облегчение боли, но ввиду общего неправильного подхода к лечению пациент не выздоравливал, боли в спине возобновлялись.

Очевидно, что хроническое течение боли в спине у пациента М. связано с наличием «желтых» флажков факторов, способствующих хронизации боли. К таким факторам у пациента М. относятся неправильные представления о боли в спине, катастрофизация боли, ограничительное болевое поведение со сниженной физической активностью, нарушение сна, тревога, эмоциональное напряжение на работе. В соответствии с анамнезом заболевания предшествующие попытки лечения хронической боли в спине были неэффективны, т. к. игнорировалось наличие «желтых» флажков у пациента М. Персонализированный междисциплинарный подход, учитывающий факторы хронизации боли, показал свою эффективность в ведении пациента. Образовательная беседа с пациентом – первый и важный этап в лечении хронической неспецифической БНЧС, о чем свидетельствуют российские, европейские и северо-американские рекомендации [6-8]. Подчеркивается значимость образовательной беседы с пациентом, в которой врач рассказывает о причинах и механизмах неспецифической боли в спине, методах лечения и благоприятном прогнозе. На клиническом примере показано, что отсутствие правильной информации о боли в спине способствовало формированию неправильных, катастрофизирующих представлений о заболевании. Лечебная гимнастика обладает высокой эффективностью в лечении пациентов с хронической болью в спине, что отмечено во всех современных терапевтических рекомендациях [6-8]. Пациент М. занимался лечебной гимнастикой под руководством специалиста в течение 10 тренировок, а затем выполнял упражнения самостоятельно. КПТ – метод психотерапии с доказанной эффективностью в лечении хронической неспецифической БНЧС [3, 5-8]. КПТ позволяет справиться с тревожными мыслями и страхами, изменить ограничительное болевое поведение, мотивировать пациента к физической активности. Майндфулнесс также относится к психологическим методам и представляет собой специальные упражнения, направленные на снижение тревоги, повышение концентрации внимания на текущем моменте и развитие способности получать удовольствие от жизни. С помощью КПТ и майндфулнесса удалось снизить уровень тревоги, катастрофизации боли, нормализовать сон, повысить физическую активность и справиться с паническим расстройством пациента.

В соответствии с российским, северо-американским и европейскими руководствами, НПВС – препараты выбора в лечении хронической неспецифической БНЧС [6-8]. В приведенном клиническом примере пациенту М. была назначена ступенчатая терапия НПВС. Пациент получал декскетопрофен - неселективный ингибитор ЦОГ. Лечение проводилось по рекомендуемой терапевтической схеме: декскетопрофен (Дексалгин) по 2 мл внутримышечно 3 раза в день в течение 1-го и 2-го дня лечения. декскетопрофен (Дексалгин 25) по 25 мг перорально по 3 раза в день с 3-го по 5-й день лечения [13].

Декскетопрофен – это правовращающий (S(+)) изомер кетопрофена [14]. Известно, что кетопрофен представляет собой смесь двух стереоизомеров - правовращающего и левовращающего. Правовращающий стереоизомер обладает сильно выраженным антиноцицептивным эффектом, а у левовращающего этот эффект выражен слабо. При этом левовращающий стереоизомер значительно увеличивает частоту развития побочных эффектов. Для обеспечения высокой терапевтической эффективности и повышения безопасности из рацемической смеси был выделен правовращающий (S(+)) изомер, синтезирована водорастворимая трометамоловая соль декскетопрофена и созданы оригинальные препараты Дексалгин и Дексалгин 25.

Эффективность и безопасность терапии декскетопрофеном при болевых синдромах, в частности при боли БНЧС, подтверждена результатами рандомизированных контролируемых исследований. R.A. Moore и J. Barden провели систематический обзор 35 исследований по применению декскетопрофена при острых и хронических болях различной этиологии, включавших в общей сложности 6 380 пациентов [15]. Авторы заключили, что декскетопрофен не уступает по своей эффективности другим НПВС и комбинированным опиоид- или парацетамол-содержащим препаратам. Не наблюдалось серьезных нежелательных явлений среди пациентов, получавших декскетопрофен. В сравнительном исследовании эффективности декскетопрофена и диклофенака у 185 пациентов с хронической болью в нижней части спины декскетопрофен продемонстрировал значимое превосходство в отношении обезболивающего эффекта и снижения степени инвалидизации по шкале Освестри с 1-й нед. терапии и до конца наблюдения [16]. Авторы сообщили, что в результате терапии декскетопрофеном пациенты быстрее восстанавливали привычную физическую активность, быстрее могли вернуться к работе.

В сравнительном исследовании Э. Соловьевой с соавт. изучалась эффективность и безопасность лечения обострений боли в спине по схеме, включавшей декскетопрофен (в форме препаратов Дексалгин и Дексалгин 25) и нимесулид (в форме препарата Нимесил) [13]. Исследование включало 60 пациентов со средним возрастом 45,82 ± 13,7 года. Среди пациентов 65% страдали неспецифической скелетно-мышечной болью, 35% - дискогенной радикулопатией. Все пациенты были рандоми-

³ World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. World Health Organization: Geneva. 1992. Available at: http://www.who.int/ classifications/icd/icd10updates/en/index.html.

зированны в 2 терапевтические группы. В первой группе пациенты получали декскетопрофен в течение 5 дней по схеме, описанной выше у нашего пациента М. Во второй группе пациенты получали такую же схему лечения декскетопрофеном в течение 5 дней, а с 6-го по 19-й день лечения им назначали нимесулид (Нимесил) в дозе по 100 мг 2 раза в день перорально, умеренно селективным ингибитором ЦОГ-2. Авторы сообщили об эффективности и безопасности лечения во всех двух группах. Было отмечено, что добавление нимесулида с 6-го дня повышает эффективность лечения при затянувшемся обострении боли в спине. В данной ситуации назначение нимесулида – умеренно селективного ингибитора ЦОГ-2 – преследует цель уменьшить вероятность нежелательных явлений со стороны желудочно- кишечного тракта.

Нимесулид зарегистрирован в более чем 50 странах мира. В России нимесулид входит в число препаратов, которые наиболее часто назначаются для купирования болевого синдрома различной локализации [17]. По результатам многоцентрового контролируемого исследования риск кровотечения из верхних отделов желудочнокишечного тракта оказался минимальным на фоне приема нимесулида, ибупрофена и ацеклофенака по сравнению с другими НПВС [18]. Преимущества нимесулида продемонстрированы в эпидемиологическом исследовании, в котором было проанализировано 10 608 сообщений о серьезных нежелательных явлениях при применении НПВС в период с 1988 по 2000 г. в одном из регионов Италии [19]. Нимесулид оказался самым назначаемым НПВС. Количество желудочно-кишечных осложнений на фоне приема нимесулида было в два раза меньше (10,4%), чем при назначении диклофенака (21,2%), кетопрофена (21,7%) и пироксикама (18,6%). Кроме того, у пожилых пациентов диклофенак и пироксикам демонстрировали высокую токсичность по сравнению с нимесулидом и кетопрофеном. Эффективность нимесулида при неспецифических болях в спине подтверждена клиническими исследованиями и большим опытом его применения в реальной практике [20]. Нимесулид назначается при умеренной или выраженной боли в спине перорально по 100 мг 2 раза в день. Общая длительность использования нимесулида при болях в спине составляет обычно 2-4 нед.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, хроническая неспецифическая БНЧС – распространенное заболевание, которое значимо снижает качество жизни и функциональную активность. В клиническом примере продемонстрирована важность выявления факторов хронизации боли в спине: неправильных представлений о заболевании, катастрофизации боли, ограничительного болевого поведения, симптомов тревоги и депрессии, наличия сочетанного невротического расстройства, стрессовых событий в жизни. С учетом анамнеза заболевания, факторов хронизации боли, данных неврологического осмотра и современных рекомендаций по терапии хронической неспецифической БНЧС был разработан персонализированный междисциплинарный подход к лечению пациента. Программа лечения включала образовательную беседу, рациональную фармакотерапию, физическую активность (лечебную гимнастику, пешую ходьбу), майндфулнесс, когнитивно-поведенческую терапию. В качестве рациональной фармакотерапии пациенту был назначен препарат НПВС декскетопрофен (в форме Дексалгина и Дексалгина 25). Были отмечены хорошая переносимость декскетопрофена и его выраженный обезболивающий эффект. Через 3 месяца персонализированного междисциплинарного лечения пациента не беспокоили боли в спине и панические атаки, нормализовался сон, улучшилось настроение и повысилась повседневная активность. Длительный период наблюдения за пациентом (6 мес.) показал стабильность достигнутого клинического эффекта.

> Поступила / Received 15.06.2020 Поступила после рецензирования / Revised 01.07.2020 Принята в печать / Accepted 02.07.2020

Список литературы

- 1. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 368 с.
- 2. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Сыровегин А.В. Результаты открытого мультицентрового исследования «МЕРИДИАН» по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей. Российский журнал боли. 2012:(3-4):10-14. Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=20343058.
- 3. Парфенов В.А., Исайкин А.И. Боли в нижней части спины: мифы и реальность. М.: ИМА-ПРЕСС; 2016. 104 с.
- 4. Кукушкин М.Л., Табеева Г.Р., Подчуфарова Е.В.; Яхно Н.Н. (ред.). Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. Клинические рекомендации. 2-е изд. М.: ИМА-ПРЕСС; 2014. 72 с.
- 5. Парфенов В.А., Головачева В.А. Хроническая боль и ее лечение в невро*погии*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 288 с.
- Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Головачева В.А. и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16.
- Qaseem A., Wilt TJ., McLean R.M., Forciea M.A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367.
- Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z., Traeger A.C., Lin C.C., Chenot J.F. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back

- pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018;27(11):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.
- Головачева В.А., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., Осипова В.В., Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Головачева А.А. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9.
- 10. Гильвег А.С., Парфенов В.А., Евзиков Г.Ю. Вопросы диагностики и лечения синдрома запястного канала. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(2S):46-51. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-46-51.
- 11. Антоненко Л.М., Парфенов В.А. Специализированный подход к диагностике и лечению головокружения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(1):56-60. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-56-60.
- 12. Исайкин А.И., Иванова М.А., Кавелина А.В., Черненко О.А. Дискогенная боль в пояснице. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(3):88-94. doi: 10.14412/2074-2711-2016-3-88-94.
- 13. Соловьева Э., Карнеев А., Федин А. Сочетанное применение Дексалгина и Нимесила в стадии обострения дорсопатии. Врач. 2007;(3):67-71. Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=12974322.
- 14. Соловьева Э.Ю., Карнеев А.Н., Иваноков А.Н., Джутова Э.Д. Декскетопрофен в лечении острой боли в спине. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2012;(5):36-40. Режим доступа: https://www. umedp.ru/upload/iblock/8c1/8c182cde09801d0367615e2c18fb49a1.pdf.
- 15. Moore R.A., Barden J. Systematic review of dexketoprofen in acute and chronic pain. BMC Clin Pharmacol. 2008;8:11. doi: 10.1186/1472-6904-8-11.

- 16. Rainsford K.D. Current status of the therapeutic uses and actions of the preferential cyclo-oxygenase-2 NSAID, nimesulide. Inflammopharmacology. 2006;14(3-4):120-137. doi: 10.1007/s10787-006-1505-9.
- 17. Alexeeva L.I., Каратеев А.Е., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Sharapova E.N., Markelova E.P., Насонов Е.Л. Эффективность и безопасность длительного применения нимесулида у больных остеоартрозом: результаты 12-месячного открытого контролируемого исследования ЛИНАМО (Длительное Использование Нимесулида при Артрозе Многофакторная Оценка). Научно-практическая ревматология. 2009;47(4):64-72. doi: 10.14412/1995-4484-2009-1152.
- 18. Laporte J.R., Ibáñez L., Vidal X., Vendrell L., Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. Drug Saf. 2004;27(6):411-420. doi: 10.2165/00002018-200427060-00005.
- 19. Conforti A., Leone R., Moretti U., Mozzo F., Velo G. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area. Drug Saf. 2001;24(14):1081-1090. doi: 10.2165/00002018-200124140-00006.
- 20. Подчуфарова Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика и лечение. РМЖ. 2005;(27):1893-1899. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ nevrologiya/Boly_v_poyasnichno-krestcovoy_oblastidiagnostika_lechenie/.

References

- 1. Podchufarova E.V., Yakhno N.N. Backache. Moscow: GEHOTAR-Media; 2010.
- Yahno N.N., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Syrovegin A.V. The results of open multicentral study "MERIDIAN" for assessment of pain syndromes prevalence in ambulatory and therapeutic preferences of physicians. Rossiysky zhurnal boli = Russian Journal of Pain. 2012;(3-4):10-14. (In Russ.) Available at: https://elibrary.ru/item.asp?id=20343058.
- 3. Parfenov V.A., Isaikin A.I. Pain in the lower back: myths and reality. Moscow: IMA-PRESS; 2016. 104 p. (In Russ.)
- 4. Kukushkin M.L., Tabeeva G.R., Podchufarova E.V.; Yakhno N.N. (ed.). Pain syndrome: pathophysiology, clinic, treatment. Clinical guidelines. 2nd ed. Moscow: IMA-PRESS; 2014. 72 p. (In Russ.)
- Parfenov V.A., Golovacheva V.A. Chronic pain and its treatment in neurology. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 288 p. (In Russ.)
- Parfenov V.A., Yakhno N.N., Davydov O.S., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Golovacheva V.A. et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2019;11(2S):7-16. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16.
- Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., Forciea M.A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367.
- Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z., Traeger A.C., Lin C.C., Chenot J.F. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018;27(11):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.
- Golovacheva V.A., Parfenov V.A., Tabeeva G.R., Osipova V.V., Smulevich A.B., Andrushchenko A.V., Golovacheva A.A. The optimization of management of chronic daily headache patients. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2017;117(2):4-9. (In Russ.) doi: 10.17116/jnevro2017117214-9.
- 10. Gilveg A.S., Parfenov V.A., Evzikov G.Yu. Carpal tunnel syndrome: issues of diagnosis and treatment. Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2019;11(2S):46-51. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-46-51.
- 11. Antonenko L.M., Parfenov V.A. A specialized approach to diagnosing and treating vertigo. Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology,

- Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2016;8(1):56-60. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-56-60.
- 12. Isaikin A.I., Ivanova M.A., Kavelina A.V., Chernenko O.A. Lumbar discogenic pain. Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2016;8(3):88-94. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2016-3-88-94
- 13. Soloveva E., Karneev A., Fedin A. Combined use of Dexalgin and Nimesil in the stage of dorsopathy exacerbation. Vrach = Doctor. 2007;(3):67-71. (In Russ.) Available at: https://elibrary.ru/item.asp?id=12974322.
- 14. Soloveva E.Yu., Karneev A.N., Ivanokov A.N., Dzhutova E.D. Декскетопрофен в лечении острой боли в спине. Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psihiatriya = Effective Pharmacotherapy. Neurology and Psychiatry. 2012;(5):36-40. (In Russ.) Available at: https://www.umedp.ru/ upload/iblock/8c1/8c182cde09801d0367615e2c18fb49a1.pdf
- 15. Moore R.A., Barden J. Systematic review of dexketoprofen in acute and chronic pain. BMC Clin Pharmacol. 2008;8:11. doi: 10.1186/1472-6904-8-11
- 16. Rainsford K.D. Current status of the therapeutic uses and actions of the preferential cyclo-oxygenase-2 NSAID, nimesulide. Inflammopharmacology. 2006;14(3-4):120-137. doi: 10.1007/s10787-006-1505-9.
- 17. Alexeeva L.I., Karateev A.E., Popkova T.V., Novikova D.S., Sharapova E.N., Markelova E.P., Nasonov E.L. Efficacy and safety of nimesulide long term administration in patients with osteoarthritis: results of 12-months open controlled study DINAMO (long term administration of nimesulide in osteoarthritis multifactor assessment). Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2009;47(4):64-72. (In Russ.) doi: 10.14412/1995-4484-2009-1152.
- 18. Laporte J.R., Ibáñez L., Vidal X., Vendrell L., Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs; newer versus older agents. Drug Saf. 2004;27(6):411-420. doi: 10.2165/00002018-200427060-00005.
- 19. Conforti A., Leone R., Moretti U., Mozzo F., Velo G. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area. Drug Saf. 2001;24(14):1081-1090. doi: 10.2165/00002018-200124140-00006.
- 20. Podchufarova E.V. Low back pain: diagnosis and treatment. RMZH = RMJ. 2005;(27):1893-1899. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/ articles/nevrologiya/Boly_v_poyasnichno-krestcovoy_oblastidiagnostika lechenie.

Информация об авторах:

Головачева Вероника Александровна, к.м.н., ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; e-mail: xoxo.veronicka@gmail.com

Головачева Анжелика Александровна, студентка 6-го курса Института клинической медицины, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; e-mail: angelika.golovacheva@gmail.com

Information about the authors:

Veronika A. Golovacheva, Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Institute of Clinical Medicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "I.M. Sechenov First Moscow State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 8, Bldq. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; e-mail: xoxo. veronicka@gmail.com

Anzhelika A. Golovacheva, 6th-year student of the Institute of Clinical Medicine, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "I.M. Sechenov First Moscow State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; e-mail: angelika.qolovacheva@qmail.com