



Фармакологические и нефармакологические методы лечения боли в спине

О.В. Косивцова, к.м.н., Н.В. Вахнина, к.м.н.

Адрес для переписки: Ольга Владимировна Косивцова, o.kosivtsova@gmail.com

Для цитирования: Косивцова О.В., Вахнина Н.В. Фармакологические и нефармакологические методы лечения боли в спине. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (5): 22–28.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-5-22-28

Боль в спине – одна из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью на амбулаторно-поликлиническом этапе. В большинстве случаев диагностируется неспецифическая доброкачественная боль в спине, которая регрессирует в течение нескольких дней или недель. Более чем у половины пациентов имеют место рецидивы в течение года. Несмотря на наличие четких алгоритмов ведения больных от постановки диагноза до лечения, нередко допускаются однотипные ошибки. Речь, в частности, идет о полипрагмазии, особенно у полиморбидного пациента. Не акцентируется внимание на коррекции факторов риска, таких как избыточная масса тела, низкая физическая активность. Не применяются нелекарственные методы лечения. Для предотвращения хронизации болевого синдрома необходимо адекватное обезболивание в остром периоде и использование комплексной терапии – лекарственных и нелекарственных методов. Основную роль в купировании болевого синдрома при неспецифической боли в спине играют нестероидные противовоспалительные препараты. Диалрапид (диклофенак калия) в форме быстрорастворимого порошка в саше позволяет купировать болевой синдром в течение 15 минут от момента приема, что значительно улучшает качество жизни пациентов. Лизиновая соль кетопрофена (ОКИ) превосходит большинство других нестероидных противовоспалительных препаратов по силе и скорости уменьшения боли, а также характеризуется хорошим общим профилем переносимости у пожилых полиморбидных пациентов.

Ключевые слова: боль в спине, фармакологические и нефармакологические методы лечения, Диалрапид, нестероидные противовоспалительные препараты, ОКИ, полиморбидный пациент

Введение

По данным различных эпидемиологических исследований, боль в спине испытывают около 80% населения, причем чаще женщины в возрасте 40–80 лет. У большинства пациентов, обращающихся за первичной помощью к специалистам амбулаторно-поликлинического звена, диагностируется неспецифическая боль в спине [1]. Систематический обзор 15 исследований показал, что в течение нескольких недель выраженность болевого синдрома уменьшается, подвижность возрастает, но рецидивы в течение года у 73% пациентов становятся обычным явлением [2]. Серьезная патология (в виде злокачественного новообразования или инфекционного повреждения)

диагностируется менее чем у 1% пациентов [3], радикулопатия со стенозом позвоночного канала – менее чем у 10%. Стеноз позвоночного канала чаще диагностируется при выполнении нейровизуализации у лиц более старшего возраста и в большинстве случаев (86%) не вызывает каких-либо клинических проявлений. Лишь у небольшой части пациентов стеноз позвоночного канала приводит к развитию симптомов каудогенной нейрогенной хромоты – боль и слабость в мышцах ног при длительном стоянии или ходьбе, регрессирующие при наклоне вперед или кратковременном отдыхе в положении сидя. Менее чем у 4% пациентов может наблюдаться повреждение корешков в виде радикулопатии или синдрома конского



хвоста, что требует немедленного нейрохирургического вмешательства [4].

Долгосрочный исход боли в пояснице, как правило, благоприятный, эпизоды в большинстве случаев купируются самостоятельно. В то же время в ряде случаев симптомы могут сохраняться свыше 12 недель. Сказанное относится и к тем, кто больше не обращается за медицинской помощью [5].

Изучение факторов хронизации боли очень важно для ведения пациентов, особенно пожилого возраста. Хроническая боль ограничивает подвижность, способствует падениям, снижению аппетита, нарушению сна, развитию тревожно-депрессивных расстройств, что в свою очередь ухудшает проявления боли и приводит к центральной сенситизации. Адекватное ведение больных позволяет уменьшить болевой синдром и улучшить качество жизни не только пациентов, но и окружающих их близких родственников. К сожалению, несмотря на наличие четких алгоритмов ведения пациентов с болью в спине, специалисты амбулаторно-поликлинического звена часто назначают несколько лекарственных препаратов, не проводят разъяснительную беседу с больными, не применяют эффективные методы нефармакологической терапии. Назначение нескольких лекарственных препаратов, особенно пациентам более старшего возраста, приводит к снижению приверженности терапии, обострению хронических сопутствующих заболеваний, неэффективному купированию болевого синдрома и его хронизации. Рассмотрим эффективность совместного использования методов фармакологической и нефармакологической терапии на клиническом примере.

Клинический случай

Пациент 65 лет предъявляет жалобы на боль и ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника, более выраженные утром после сна и уменьшающиеся через 30 минут после начала двигательной активности, боль и ограничение подвижности в левом коленном суставе. Из анамнеза известно, что боли в левом коленном суставе беспокоят десять лет. Около двух лет назад появились боли и ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Наличие лихорадки, снижения массы тела, падения и травмы отрицает. Функция тазовых органов сохранена, нарушений нет.

Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия около пяти лет, регулярно принимает антигипертензивные средства (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокатор); мочекаменная болезнь; доброкачественная гиперплазия предстательной железы (регулярно принимает альфа-адреноблокатор), гипотиреоз (регулярно принимает левотироксин натрия). Курит (около 20 сигарет в день на протяжении 14 лет). Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Гиперстеническое телосложение. Рост 168 см, вес 108 кг. Кожные покровы обычной окра-

ски. Пастозность голеней, стопы не отечны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание самостоятельное, частота дыхательных движений – 16 в минуту. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипы отсутствуют. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: сознание ясное, пациент полностью ориентирован в месте и времени, когнитивных нарушений нет. Менингеальные знаки не определяются. Функция черепно-мозговых нервов не нарушена. Сила в конечностях удовлетворительная, парезов нет. Тонус не изменен. Объем активных и пассивных движений в левом коленном суставе ограничен. Сухожильные рефлексy равномерные, патологических знаков нет. Четких расстройств поверхностной чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив, походка не изменена. Мануальное обследование: сглажен поясничный лордоз, пальпаторно отмечается умеренное напряжение паравертебральных мышц, ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника.

Общий анализ крови и мочи без изменений. Электрокардиограмма – ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Дуплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей – без патологии. Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника – циркулярные протрузии дисков L4–L5 до 2,1 мм, без признаков невральнoй компрессии. На уровне L5–S1 отмечается циркулярная протрузия диска до 2,2 мм. Дугоотростчатые сочленения уплотнены, гипертрофированы. Признаки остеоартроза фасеточных суставов.

Таким образом, на основании жалоб пациента (боль и ограничение подвижности в левом коленном суставе, а также в пояснично-крестцовом отделе позвоночника), клинической картины (наличие болевого синдрома в коленном суставе и поясничном отделе позвоночника, усиление боли после периодов отдыха и уменьшение болевого синдрома через 30 минут после начала двигательной активности), возраста, данных неврологического осмотра и нейровизуализации у пациента диагностирован остеоартрит с поражением фасеточных суставов пояснично-крестцового отдела позвоночника и левого коленного сустава. Диагноз подтвержден последующей консультацией и обследованием ревматолога.

Остеоартрит считается наиболее распространенной формой артрита у лиц старшего возраста и одной из частых причин инвалидизации из-за боли и изменения суставов. Вариабельность представлена от бессимптомных случаев, непреднамеренно выявленных при клиническом и рентгенологическом обследовании, до быстро прогрессирующих форм. Патологиче-



ские изменения у пациентов наблюдаются в суставном хряще, костной ткани, синовиальных оболочках и мягких тканях и являются результатом сложного взаимодействия нескольких факторов риска, таких как старение, травмы и микротравматизации, ожирение, генетика, курение. Многочисленные исследования показали, что наиболее важными факторами риска служат пожилой возраст, а также избыточный вес и курение. Женский пол ассоциируется с увеличением относительного риска остеоартрита [6, 7].

Первичные симптомы остеоартрита представлены болью в суставах и ограничением подвижности, обычно они присутствуют в одном или нескольких суставах у лиц среднего и пожилого возраста. Чаще поражаются коленные, тазобедренные, межфаланговые суставы, запястно-пястный сустав большого пальца, первый плюснефаланговый сустав и фасеточные суставы ниже-шейных и поясничных позвонков. Остеоартрит диагностируется на основании клинической картины: стойкий болевой синдром в одном или нескольких суставах, возраст старше 45 лет, утренняя скованность, уменьшающаяся через 30 минут после начала двигательной активности. Дифференциальная диагностика проводится с ревматоидным артритом, псориатическим артритом, повреждением суставов при подагре и псевдоподагре, гемохроматозе, инфекционным артритом и в значительной степени зависит от расположения болевого синдрома и наличия дополнительных системных проявлений.

В рассматриваемом случае ведение пациента должно обязательно включать в себя фармакологические и нефармакологические методы лечения. Традиционно при обращении пациента за медицинской помощью по поводу боли в спине ему рекомендуют одновременно несколько лекарственных препаратов, лекарственные средства, уже принимаемые им, во внимание не принимают. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый четвертый взрослый человек имеет минимум два хронических заболевания, более половины пожилых людей – три и более, пациенты после 65 лет регулярно принимают минимум пять лекарственных средств для коррекции проявлений основных сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, гипотиреоз и т.д.) [8]. Множественная хроническая патология усложняет алгоритм ведения пациентов, а назначение нескольких лекарственных препаратов для лечения одной нозологии приводит к полипрагматии и, как следствие, снижению приверженности пациента лечению, отказу от обязательных лекарственных препаратов (гипотензивных, гипогликемических), что может спровоцировать обострение хронических заболеваний. В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход, важно установить, что в настоящий момент снижает качество жизни. Обычно у пациентов с болью в спине ведущим является болевой синдром, требующий купирования.

Своевременное и быстрое купирование болевого синдрома предотвращает процесс хронизации боли [9, 10]. Пациентам с болевым синдромом рекомендованы нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в максимально низкой дозе в течение периода, необходимого для его купирования [11–13]. Самым известным в мире представителем группы НПВП является диклофенак. Его эффективность доказана при многих болевых синдромах в анестезиологии, травматологии, онкологии, при почечной колике, зубной боли и различных ревматологических заболеваниях [14]. Механизм действия связан с неселективным ингибированием активности циклооксигеназы 1-го и 2-го типов – основного фермента метаболизма арахидоновой кислоты, являющейся предшественником простагландинов, играющих важную роль в патогенезе воспаления, боли и лихорадки. Анальгезирующее действие обусловлено двумя механизмами – периферическим (опосредованно, через подавление синтеза простагландинов) и центральным (за счет ингибирования синтеза простагландинов в центральной и периферической нервной системе). Препарат способствует значительному уменьшению боли, утренней скованности, припухлости суставов, что способствует улучшению функционального состояния сустава. При травмах, в послеоперационном периоде диклофенак уменьшает болевые ощущения и воспалительный отек.

Диалрапид – диклофенак калия представляет собой саше (быстрорастворимый порошок с гидрокарбонатным буфером) и содержит разовую полную терапевтическую дозу диклофенака 50 мг. Это быстрая фармакологическая форма: лечебный эффект наступает уже через пять минут после перорального приема, а пиковая концентрация действующего вещества в плазме крови достигается в среднем за десять минут. Продолжительность действия после однократного приема – до 12 часов. Согласно результатам ряда фармакологических исследований, по быстродействию Диалрапид значительно превосходит обычные таблетки диклофенака калия и не уступает инъекционной форме диклофенака для внутримышечного введения [15–17].

При остеоартритах применение НПВП может быть длительным (у пациентов со средним и сильным болевым синдромом), поэтому необходимо контролировать показатели общего анализа крови, уровни азота мочевины крови, креатинина, аспаратамино-трансферазы по крайней мере один раз в год. У пациентов с повышенным риском побочных эффектов, таких как анемия, почечная недостаточность, и гепатитом необходим более частый контроль лабораторных показателей.

В одном из исследований у 113 пациентов с симптомами остеоартрита (коксартроза) сравнивали четырехнедельный курс перорального приема кетопрофена или индометацина. Показаны значительный эффект в снижении боли и улучшении функции суставов и, как следствие, улучшение качества



жизни пациентов. При этом кетопрофен оказался безопаснее: на фоне его применения количество пациентов, которые отметили развитие побочных эффектов или выбыли из исследования, было меньше [18]. Кетопрофен относится к НПВП семейства пропионовой кислоты с обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Салификация кетопрофена лизиновой аминокислотой позволяет улучшить фармакологические характеристики. В частности, растворимость лизиновой соли кетопрофена (ЛСК) превышает таковую кетопрофена, что способствует ускоренной и более полной абсорбции активного вещества. Следовательно, высокий показатель пиковой концентрации вещества в сыворотке крови достигается максимально быстро – через 15 минут после перорального приема ЛСК (при использовании кетопрофена – через 60 минут) [19].

Высокая эффективность перорального приема ЛСК наблюдается у пациентов с остеоартритом: улучшение состояния отмечается в 67,6% случаев [20]. Кроме того, анальгетическая эффективность ЛСК при острых состояниях превышает таковую ацетилсалициловой кислоты: уровень циркуляции бета-эндорфина в плазме выше, а уровень субстанции P ниже. Эти данные позволяют предположить, что быстрое и непрерывное обезболивающее действие препарата у пациентов с остеоартритом может быть связано именно с уровнем бета-эндорфина и субстанции P в системе кровообращения [21].

В одном исследовании с участием 20 здоровых добровольцев показана хорошая переносимость ОКИ 240 мг/сут на протяжении десяти дней слизистой оболочки желудка (по данным гастроскопии) [22].

В исследовании SOS кетопрофен продемонстрировал самый низкий риск ишемического инсульта [23].

Итак, в рассматриваемом случае ведущим является стойкий болевой синдром, который необходимо купировать для снижения риска развития хронической боли и улучшения качества жизни. Был выбран Диалрапид – быстродействующий эффективный препарат для купирования боли и оставлены четыре лекарственных препарата, которые пациент регулярно принимал ранее, для коррекции проявлений сопутствующих хронических заболеваний. Остальная терапия была сфокусирована на более длительном приеме ОКИ и коррекции факторов риска, применении нелекарственных методов лечения. Общепринятые факторы риска, связанные с жалобами на боль в спине, включают курение, ожирение, возраст, женский пол, физически и психологически напряженную работу, сидячую работу, низкий уровень образования, повышенный уровень тревоги и депрессии.

При боли в спине лечащий врач должен рекомендовать пациенту придерживаться диеты с целью снижения избыточного веса и уменьшения нагрузки на опорно-двигательный аппарат (позвоночник и суставы). При избыточной массе тела даже небольшое снижение веса способно привести к улучшению со-

стояния. На практике для определения избыточного веса используется показатель индекса массы тела (ИМТ), рассчитываемый по формуле:

$ИМТ = вес (кг) : рост (м) в квадрате.$

ИМТ 25–29,9 кг/м² свидетельствует об избыточной массе тела, ИМТ > 30 кг/м² – об ожирении. Для снижения массы тела необходимо придерживаться двух золотых правил – уменьшить количество потребляемых калорий и прибегать к умеренным физическим нагрузкам. Важно модифицировать образ жизни. Кратковременная диета и увеличение физической нагрузки позволяют похудеть, но при возвращении к прежнему образу жизни и старым привычкам вес восстановится. Оптимально постепенно, но не резко менять образ жизни и придерживаться введенных изменений. Используемые в настоящее время лекарственные средства и оперативные вмешательства помогают снизить массу тела, но они предназначены только для людей с высоким ИМТ, которые не смогли похудеть с помощью диеты и физических упражнений. После оперативного лечения такие пациенты должны придерживаться диеты и регулярно выполнять физические упражнения.

В ряде исследований оценивали влияние различных продуктов и добавок на болевой синдром в спине [24–28]. Незначительный противоболевой эффект выявлен у черного перца, куркумы, соевых бобов, авокадо, рыбьего жира и витамина D.

Обзор нескольких исследований показал положительные эффекты пищевых добавок, таких как L-карнитин, куркумин, экстракт кожи маракуйи, гидролизат коллагена, глюкозамин и хондроитин, цитидин и уридин [26–28].

В нескольких независимых исследованиях получены более значимые результаты при лечении пациентов с болью в спине, принимавших рыбий жир (омега-3 жирные кислоты) в течение двух лет [27]. Вероятно, это обусловлено противовоспалительными эффектами кислот, содержащихся в рыбьем жире. Если у пожилого пациента с болью в спине имеет место остеопороз или повышен риск его развития, в пищевой рацион необходимо добавлять две пищевые добавки – препараты кальция и витамин D [24, 28]. Основными источниками кальция служат молоко и другие молочные продукты, такие как твердый сыр, творог или йогурт, зеленые овощи, например листовая капуста и брокколи. Кальцием богаты некоторые зерновые, соевые продукты и фруктовые соки. При недостаточном количестве кальция в пищевом рационе врач назначает кальциевые добавки. Принимая добавки, содержащие кальций, важно помнить, что карбонат кальция лучше усваивается при низком содержании железа в пище (например, принимать во время завтрака). Карбонат кальция может плохо всасываться на фоне применения, например, гастропротекторов. Цитрат кальция хорошо усваивается натощак. Дозы кальция свыше 500 мг не всасываются, поэтому большие дозы добавок следует принимать раздельно (в частности, утром и вечером). Одних только добавок кальция и витамина



D обычно недостаточно для предотвращения возрастной потери костной массы, хотя они могут быть полезны в некоторых подгруппах (пожилые, лица с пониженным питанием). В процессе восстановления поврежденных нервных волокон активно участвуют и витамины группы B. К продуктам, богатым витаминами группы B, относят рыбу, печень, орехи, бобовые, куриное мясо, яйцо, молочные продукты, бананы [29].

Таким образом, пациенты с болью в спине должны быть проинформированы о необходимости снижения избыточной массы тела вследствие уменьшения калорийности и увеличения умеренных физических нагрузок. Питание должно быть сбалансированным и полноценным. В пищевой рацион рекомендуется включать продукты, богатые кальцием и витаминами группы B: соевые бобы, авокадо, молоко и другие молочные продукты, твердый сыр, творог, йогурт, зеленые овощи, листовую капусту, брокколи, рыбу, печень, куриное мясо, яйцо, орехи, бобовые, бананы. При приготовлении пищи целесообразно использовать черный перец и куркуму. Рекомендован прием рыбьего жира и витамина D, L-карнитина, экстракта кожи маракуйи, гидролизата коллагена, глюкозамина и хондроитина, цитидина и уридина.

Нелекарственные методы включают в себя лечебную физкультуру, которая улучшает прогноз и уменьшает болевой синдром за счет улучшения гибкости и укрепления мышц, поддерживающих сустав. Мышцы все чаще признаются важной эндокринной и метаболической тканью. Силовые тренировки, которые увеличивают массу здоровой мышечной ткани, положительно влияют на состояние метаболического здоровья [30]. Основные принципы – низкая физическая нагрузка, разминка и растяжка перед тренировкой. При разработке комплекса упражнений учитывается множество факторов – наличие или отсутствие обострения, состояние мышц, объем активных и пассивных движений, физическая подготовленность пациента, наличие коморбидных заболеваний. Все тренировочные программы предусматривают активные движения и упражнения, направленные на изометрическое укрепление мышц. Эффективны упражнения в воде и плавание. Другие методы разгрузки суставов включают в себя использование тростей и ходунков. Мягкий эластичный каблук, спортивная обувь уменьшают ударные нагрузки при ходьбе.

Обновленное руководство American College of Physicians 2017 г. рассматривает альтернативные нефармакологические методы лечения боли в спине как высокоэффективные методики лечения боли, которые могут применяться даже самостоятельно (без сопутствующей медикаментозной терапии) у пациентов на начальных этапах лечения [31]. К нефармакологической терапии относят лечебную физкультуру, когнитивно-поведенческую терапию, занятия йогой, различные методы релаксации, иглоукалывание, массаж, мануальную терапию, физиотерапию.

В последние годы популярность при ведении пациентов с болевыми синдромами приобретает когнитивно-поведенческая терапия, которую проводит лечащий врач и/или специалист-психолог. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на объяснение пациенту причины болевого синдрома с акцентом на том, что данный болевой синдром является доброкачественным и угроза инвалидизации или развития онкологического процесса отсутствует. Пациенту предлагаются различные методики по снижению воздействия стресса и изменению отношения к неприятным жизненным обстоятельствам, на которые невозможно повлиять. Например, нередко пожилые пациенты с болью в спине обеспокоены тем, что будут малоподвижны и не смогут себя обслуживать, поскольку их дети выросли и живут отдельно. В данном случае когнитивно-поведенческая терапия направлена на объяснение пациентам сути заболевания (например, боль в спине обусловлена напряжением мышц и изменением суставов). Подобный болевой синдром не приводит к инвалидизации и не вызван онкологическим процессом. Изменив образ жизни, можно значительно снизить болевой синдром (умеренные физические нагрузки, комплекс лечебной физкультуры, снижение веса, нормализация питания). Сложившиеся жизненные обстоятельства важно рассматривать в положительном аспекте (дети взрослые, здоровые, имеют семью, живут отдельно). Предлагаются также методики избавления от решения сразу нескольких проблем (многозадачности) – на данном этапе решается одна задача. Это позволит снизить количество стрессовых ситуаций [32].

Второе место по эффективности среди нелекарственных методов лечения болевых синдромов в области спины после когнитивно-поведенческой терапии занимает лечебная физкультура. Она безопасна, легкодоступна, помогает облегчить болевые синдромы. Обычно используются различные виды упражнений – сгибание, разгибание, растяжение.

В исследованиях оценивали различные комплексы упражнений, но преимущество одного комплекса перед другим не установлено [33]. Рекомендованы занятия йогой, плавание, ходьба, танцы. Крайне важна регулярность выполняемых умеренных физических нагрузок. Занятия должны проводиться не реже трех раз в неделю по 40–50 минут. Эффект от выполняемых упражнений наступает не ранее чем через три месяца регулярных занятий [33].

При лечении пациентов с болевыми синдромами в области спины также используется мануальная терапия, которая, согласно данным различных исследований, оказывает незначительный краткосрочный эффект в виде уменьшения боли и улучшения общего состояния. Мануальная терапия представляет собой пассивные движения в суставах, которые выполняет мануальный терапевт. Серьезные нежелательные явления после манипуляций с поясничным отделом позвоночника в виде увеличения грыжи межпозвоночного диска встречаются редко [34].



Более полное и быстрое восстановление наблюдается у пациентов, которым проводились сеансы иглоукалывания. Иглоукалывание представляет собой введение игл в определенные точки тела человека. Считается, что иглоукалывание больше помогает тем пациентам, которые ожидают от него пользы и у которых болевой синдром обусловлен напряжением мышц спины [34]. Массаж эффективен у пациентов с подострой и хронической болью в спине и дает кратковременное улучшение, но не влияет на долгосрочный прогноз. Так, в крупном исследовании с участием 579 пациентов шесть сеансов массажа ассоциировались со снижением интенсивности боли на протяжении трех месяцев. Но такой эффект не сохранялся через 12 месяцев [34]. При ведении пациента мы придерживались основных принципов фармакологической и нефармакологической терапии. Диалрапид саше в дозе 100 мг/сут, разделенной на два приема, в течение пяти дней позволил быстро, безопасно и эффективно снять острый болевой синдром, расширить физическую активность. При необходимости длительного приема НПВП при остеоартрите первым препаратом выбора может быть лизиновая соль кетопрофена (ОКИ) 80 мг три раза в день, характеризующаяся высокой противовоспалительной активностью, хорошим профилем безопасности и выраженным обезболивающим эффектом. Образовательная беседа с пациентом о доброкачественном характере боли, ког-

нитивно-поведенческая терапия, диета, регулярное посещение бассейна, снижение веса на 16 кг за шесть месяцев, курс мануальной терапии и массажа, отказ от курения позволили добиться стойкой ремиссии и улучшения качества жизни.

Заключение

Боль в области спины – распространенный симптом у лиц среднего и старшего возраста в большинстве случаев носит доброкачественный характер и проходит самостоятельно, но часто рецидивирует в течение первого года. При ведении таких пациентов важно быстро и эффективно провести адекватное обезболивание, тщательно взвесить целесообразность назначения новых лекарственных препаратов, особенно у полиморбидных пациентов.

Эффективность обновленной молекулы диклофенака, а именно его калиевой соли (Диалрапид), в купировании острого болевого синдрома высокой интенсивности сопоставима с таковой инъекций. Лизиновая соль кетопрофена (ОКИ) 240 мг/сут демонстрирует высокую противовоспалительную эффективность и безопасность при длительном приеме у пациентов с хроническим болевым синдромом даже на фоне полиморбидной патологии.

При боли в спине должны применяться высокоэффективные нефармакологические методы. Пациенты могут использовать их самостоятельно. *

Литература

1. Hoy D., Bain C., Williams G., et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012; 64 (6): 2028–2037.
2. Pengel L.H., Herbert R.D., Maher C.G., Refshauge K.M. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2003; 327 (7410): 323.
3. Jarvik J.G., Deyo R.A. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann. Intern. Med.* 2002; 137 (7): 586–597.
4. Katz J.N., Harris M.B. Clinical practice. Lumbar spinal stenosis. *N. Engl. J. Med.* 2008; 358 (8): 818–825.
5. Croft P.R., Macfarlane G.J., Papageorgiou A.C., et al. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ.* 1998; 316 (7141): 1356–1359.
6. Oliveria S.A., Felson D.T., Reed J.I., et al. Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum.* 1995; 38 (8): 1134–1141.
7. Haugen I.K., Englund M., Aliabadi P., et al. Prevalence, incidence and progression of hand osteoarthritis in the general population: the Framingham Osteoarthritis Study. *Ann. Rheum. Dis.* 2011; 70 (9): 1581–1586.
8. Centers for Medicare and Medicaid Services. Multiple chronic conditions measures. Available at: <https://www.cms.gov/files/document/blueprint-multiple-chronic-condition-measures.pdf>.
9. Beneciuk J.M., Lentz T.A., He Y., et al. Prediction of persistent musculoskeletal pain at 12 months: a secondary analysis of the Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome (OSPRO) validation cohort study. *Phys. Ther.* 2018; 98 (5): 290–301.
10. Friedman B.W., Gensler S., Yoon A., et al. Predicting three-month functional outcomes after an ED visit for acute low back pain. *Am. J. Emerg. Med.* 2017; 35 (2): 299–305.
11. Koes B.W., Backes D., Bindels P.J.E. Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options. *Expert Opin. Pharmacother.* 2018; 19 (6): 537–545.
12. Ho K.Y., Gwee K.A., Cheng Y.K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in chronic pain: implications of new data for clinical practice. *J. Pain Res.* 2018; 11: 1937–1948.
13. Schüning J., Schwarzer A. Pharmacological basis of pain treatment. *Dtsch Med. Wochenschr.* 2018; 143 (19): 1363–1371.
14. Small R.E. Diclofenac sodium. *Clin. Pharm.* 1989; 8 (8): 545–558.
15. Marzo A., Dal Bo L., Verga F., et al. Pharmacokinetics of diclofenac after oral administration of its potassium salt in sachet and tablet formulations. *Arzneimittelforschung.* 2000; 50 (1): 43–47.



16. Reiner V., Reiner A., Reiner G., Conti M. Increased absorption rate of diclofenac from fast acting formulations containing its potassium salt. *Arzneimittelforschung*. 2001; 51 (11): 885–890.
17. Каратеев А.Е., Погожева Е.Ю., Филатова Е.С. и др. Есть ли альтернатива внутримышечным инъекциям диклофенака для контролирования сильной боли? Результаты рандомизированного контролируемого частично слепого исследования ФОРСАЖ. *Научно-практическая ревматология*. 2020; 58 (4): 387–394.
18. Marcolongo R., Canesi B., Ferri S., et al. Efficacy and tolerability of ketoprofen 200 mg controlled release cps vs indomethacin 50 mg cps in patients with symptomatic hip osteoarthritis. A multicentre study. *Minerva Med*. 1997; 88: 383–391.
19. D'Arienzo M., Pennisi M., Zanol G., Borsa M. Ketoprofen lysine: ketoprofen serum levels and analgesic activity. *Drugs Exp. Clin. Res*. 1984; 10: 863–866.
20. Chevillard M., Mele G., Borsa M. et al. Effectiveness and tolerability of ketoprofen lysine, a once a day, in patients with rheumatic disorders. *Drugs Exp. Clin. Res*. 1987; 13 (5): 293–296.
21. Torri G., Cecchetti M., Bellometti S., Galzigna L. Analgesic effect and beta-endorphin and substance P levels in plasma after short-term administration of a ketoprofen-lysine salt or acetylsalicylic acid in patients with osteoarthritis. *Curr. Ther. Res*. 1995; 56: 62–69.
22. Fatti F., Ghirardini M., Martini A., de' Lorenzi C. Gastric endoscopic assessment after treatment with orally administered ketoprofen lysine salt (80 mg granular sachet). Controlled study vs placebo. *Minerva Med*. 1994; 85 (10): 531–535.
23. Safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs Final Report Summary – European Commission – Community Research and Development Information Service https://cordis.europa.eu/result/rcn/54210_en.html.
24. Panush R.S. Nutrition and rheumatic diseases. *Rheum. Dis. Clin. North Am*. 1991; 17 (2): 197–456.
25. Panush R.S. Complementary and alternative therapies for rheumatic disease. I. *Rheum. Dis. Clin. North Am*. 1999; 26: 789.
26. Arthritis Foundation. The truth about diet and arthritis. *Arthritis: The Basic Facts*, Atlanta, 1981.
27. Tedeschi S.K., Bathon J.M., Giles J.T., et al. Relationship between fish consumption and disease activity in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. 2018; 70 (3): 327–332.
28. Panush R.S., Carter R.L., Katz P., et al. Diet therapy for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1983; 26 (4): 462–471.
29. Chiang E.P., Bagley P.J., Selhub J., et al. Abnormal vitamin B(6) status is associated with severity of symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Am. J. Med*. 2003; 114 (4): 283–287.
30. Sundell J. Resistance training is an effective tool against metabolic and frailty syndromes. *Adv. Prev. Med*. 2011; 984683.
31. Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., et al. 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.
32. Sturgeon J.A. Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychol. Res. Behav. Manag*. 2014; 7: 115–247.
33. Hayden J.A., van Tulder M.W., Malmivaara A., Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2005; 3: CD000335.
34. Skelly A.C., Chou R., Dettori J.R., et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. Comparative effectiveness review no. 209. Publication no. 18-EHC013-EF, Agency for Healthcare Research and Quality; Department of Health and Human Services, Portland, OR 2018.

Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Treating Back Pain

O.V. Kosivtsova, PhD, N.V. Vakhnina, PhD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Olga V. Kosivtsova, o.kosivtsova@gmail.com

Back pain is one of the most common reasons for patients seeking medical help at the outpatient stage. In most cases, nonspecific benign back pain is diagnosed, which regresses within a few days or weeks. More than half of the patients have relapses within a year. Despite the presence of clear algorithms for managing patients from diagnosis to treatment, similar errors are often made. We are talking, in particular, about polypragmasia, especially in a polymorbid patient. Attention is not focused on the correction of risk factors, such as overweight, low physical activity. Non-medicinal methods of treatment are not used. To prevent the chronization of pain syndrome, adequate anesthesia in the acute period and the use of complex therapy – medicinal and non-medicinal methods are necessary. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs play a major role in relieving pain syndrome in non-specific back pain. Dialrapid (diclofenac potassium) in the form of a soluble powder in a sachet allows you to stop the pain syndrome within 15 minutes from the moment of admission, which significantly improves the quality of life of patients. Ketoprofen lysine salt (OKI) surpasses most other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in strength and speed of pain reduction, and is also characterized by a good general tolerance profile in elderly polymorbid patients.

Key words: back pain, pharmacological and non-pharmacological methods of treatment, Dialrapid, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, OKI, polymorbid patient

ОКИ®

Кетопрофен лизиновая соль

При воспалительных процессах различного происхождения, сопровождающихся болевым синдромом¹

Для симптоматической терапии, уменьшения боли на момент применения²

УЛУЧШЕН ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ С ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ³



ОКИ АКТ — У ВСЕХ НА ЯЗЫКЕ!*

**ИННОВАЦИОННАЯ
ЛЕКАРСТВЕННАЯ
ФОРМА С БЫСТРЫМ
ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ⁵**



ЛП-006536

**УДОБНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ⁵ БЕЗ ВОДЫ⁵
УЖЕ ЧЕРЕЗ 5 МИНУТ⁵
ОЖИДАЕМОЕ НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ^{2,5}**

Взрослым пациентам 1 пакетик однократно или 2-3 раза в день. Пожилым пациентам рекомендован 1 пакетик в день²



П N010598/02

**ПОДАВЛЯЕТ ВОСПАЛЕНИЕ¹
ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ⁴**

Детям от 6 до 14 — по 1/2 пакетика до 3 раз в день. Взрослым и детям от 14 лет — по 1/2-1 пакетик до 3 раз в день¹

Реклама

1. ИМП ОКИ гранулы.
2. ИМП ОКИ АКТ.

3. Panerai A.E. Trends in Medicine 2011; 11(4): 163-77.

4. Sarzi-Puttini P, et al. Reumatismo. 2010;62(3):172-188.

5. Panerai A.E. et al. Trends in Medicine 2012; 12 (4): 159-67.

*Игра слов: ОКИ АКТ гранулы – новинка, интересная тема для обсуждения



www.cscpharma.ru



Dompe