



Ведение пациентов с хронической неспецифической болью в спине

В рамках симпозиума, прошедшего при поддержке компании «Берингер Ингельхайм», были рассмотрены основные причины, а также принципы мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению хронической неспецифической боли с точки зрения доказательной медицины. Отмечалось, что первой линией медикаментозной терапии скелетно-мышечной боли являются нестероидные противовоспалительные препараты, выбор которых определяется не только их эффективностью, но и безопасностью в отношении риска возникновения системных нежелательных явлений.



Профессор, д.м.н.
В.А. Парфенов

По данным, которые привел д.м.н., профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Владимир Анатольевич ПАРФЕНОВ, практически каждый второй пациент обращается в поликлинику в связи с болью, причем в 50% случаев по поводу боли в спине¹. Одна из главных задач врача на первом приеме – основываясь на анамнезе, истории заболевания, кратком соматическом и неврологическом обследовании (используя «красные флажки»), исключить возможные специфические причины, на которые приходится

Диагноз и лечение: рекомендации экспертов и реальная практика

1–5% случаев боли в спине. Это могут быть опухоль, инфекционное поражение, анкилозирующий спондилоартрит, компрессия спинномозгового корешка, корешков конского хвоста и др. Довольно редко (2–4%) встречается компрессия спинномозгового корешка и его сосудов грыжей межпозвоночного диска в заднем и заднебоковом направлении (дискогенная радикулопатия). В большинстве случаев (90–99%) боль не имеет специфической причины. В качестве потенциальных источников неспецифической боли в спине могут выступать межпозвонковые диски, фасеточные суставы, крестцово-подвздошные сочленения, а также мышцы и фасции.

При подтверждении доброкачественной причины боли в спине и отсутствии симптомов опасности не рекомендуется проводить дополнительные методы обследования в течение первых четырех недель боли в спине. Однако часто врачи игнорируют мнение экспертов и назначают компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную

томографию (МРТ) позвоночника при острой дорсалгии, а обнаруженные в ходе исследования бессимптомные протрузии или экструзии дисков зачастую ошибочно расценивают как причину боли в спине. Поэтому вместо лечения реально существующих у большинства пациентов скелетно-мышечных изменений начинается «лечение остеохондроза» или «лечение грыжи межпозвонкового диска». Неправильная интерпретация данных рентгенограммы, КТ или МРТ приводит к увеличению тяжести состояния в представлении пациента, катастрофизации боли, эмоциональным расстройствам (снижению настроения, повышению уровня тревоги), формированию ограничительного поведения из-за страха повреждения тканей, снижению социальной и профессиональной активности, а часто и к инвалидности.

При выборе терапевтической стратегии профессор В.А. Парфенов призвал руководствоваться рекомендациями экспертов по лечению

¹ 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. С. 10–14.



Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»

хронической неспецифической боли в спине, в которых отмечается целесообразность проведения образовательных программ, лечебной гимнастики, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и комбинации этих методов².

Доказано, что лечебная гимнастика ослабляет боль и улучшает функциональную активность, причем определяющее значение имеют не сами упражнения, а приверженность больного к занятиям и их регулярность. Кроме того, следует избегать нежелательных движений, статических перегрузок и неудобных поз.

КПТ подразумевает выяснение представлений пациента о боли и связанных с ними снижением активности, изменение этих представлений (с использованием различных методик). Состояние больного часто усугубляется такими психологическими проблемами, как ошибочные представления о прогнозе, течении заболевания и двигательной активности, катастрофизация боли, болевое поведение, снижение профессиональной, бытовой и социальной активности, тревожные и депрессивные расстройства, нарушения сна. Крайне важно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения, а по необходимости обучить методикам мышечной релаксации и уменьшения болевого ощущения.

Такие методы, как физиотерапия, рефлексотерапия, массаж, которые пользуются популярностью в нашей стране и существенно повышают стоимость лечения, не входят в число обязательных манипуляций.

Что касается медикаментозного лечения, то для купирования боли в спине показано назначение нестероидных противовоспалитель-

ных препаратов (НПВП) в терапевтических дозах относительно коротким курсом, миорелаксантов и антидепрессантов.

Целесообразность следованию рекомендаций была подтверждена в клиническом исследовании³. Под наблюдением находились 140 пациентов (87 женщин и 53 мужчины) в возрасте от 17 до 86 лет (средний возраст $50,7 \pm 17,6$ года) с острой и подострой болью в спине длительностью до 60 дней. Ни один из пациентов, который обращался ранее к другим специалистам, не получил от них подробной информации о прогнозе заболевания и его лечении. Часто врачи рекомендовали пройти инструментальное обследование (КТ или МРТ позвоночника), и если выявлялись грыжи дисков, то их расценивали как причину заболевания (даже при отсутствии клинических данных, указывающих на дискогенную радикулопатию). Полученная информация о грыжах межпозвоночных дисков негативно влияла на прогноз заболевания и возможность быстрого восстановления. В этой связи все пациенты после включения в исследование были прежде всего информированы о доброкачественном характере заболевания, высокой вероятности его быстрого разрешения, целесообразности отказа от длительного постельного режима, сохранения (по возможности) профессиональной, социальной и бытовой активности. Пациенты также получили информационные листовки, в которых их предупреждали о необходимости избегать неадекватных физических нагрузок, неудобных статических положений.

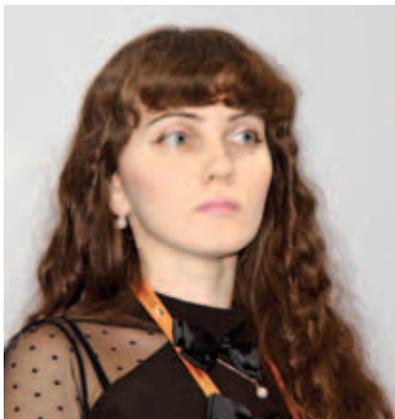
В качестве обезболивающей терапии всем пациентам назначали НПВП – мелоксикам (Мовалис®): 71 (51%) пациенту перорально

по 15 мг/сут, 20 (14%) внутримышечно по 15 мг/сут, 49 (35%) внутримышечно по 15 мг/сут в течение трех – пяти дней, а затем по 15 мг/сут перорально. Выбор схемы лечения определялся индивидуально с учетом выраженности боли, предпочтений пациента, возможности инъекционного введения препарата в амбулаторных условиях, наличия сопутствующих заболеваний. В качестве дополнительной терапии в некоторых случаях использовались миорелаксанты и антиковульсанты. После курса лечения у больных уменьшилась или полностью прошла боль в спине, уровень повседневной активности в значительной степени вернулся к исходному (до развития боли). При сравнении различных методов введения Мовалиса (перорально, внутримышечно + перорально, внутримышечно) достоверных различий не выявлено. Все пациенты, вне зависимости от формы, в которой они получали препарат, отмечали существенное ослабление боли и улучшение качества жизни. По мнению докладчика, при выборе того или иного режима применения Мовалиса следует учитывать предпочтения пациента. Одни больные испытывают трудности при проглатывании таблеток и капсул, другие – страх перед инъекциями, поэтому к выбору формы лекарства необходимо подходить индивидуально, что в целом положительно сказывается на результатах лечения.

В заключение профессор В.А. Парфенов отметил, что предупредить обострение боли в спине могут самые простые меры: избегание чрезмерных физических нагрузок и переохлаждения, исключение длительных статических нагрузок, а также регулярные занятия лечебной гимнастикой, плавание и пешие прогулки.

² Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain // Eur. Spine J. 2006. Vol. 15. Suppl. 2. P. S192–300.

³ Герасимова О.Н., Парфенов В.А., Калимеева Е.Ю. Лечение пациентов с острой и подострой дорсалгией // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10. № 3. С. 36–41.



К.м.н.
В.А. Головачева

Как отметила к.м.н. Вероника Александровна ГОЛОВАЧЕВА (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова), КПТ имеет большую базу доказательной эффективности в лечении ряда психических и неврологических заболеваний и широко применяется в клинической практике. Общепризнано, что основы для развития будущей науки о поведении были заложены выдающимися русскими учеными И.М. Сеченовым и И.П. Павловым. Сам метод предложил в 1960-е гг. американский психотерапевт А. Векс. Сначала изучались возможности КПТ при депрессии и других психических расстройствах, с 1980-х гг. – при болевых синдромах. За прошедшее время опубликованы результаты свыше 300 контролируемых исследований эффективности КПТ при распространенных психических и неврологических рас-

Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине

стройствах⁴. КПТ показана при хронической неспецифической боли в нижней части спины (уровень рекомендаций А)², фибромиалгии (уровень рекомендаций А)⁵, мигрени (уровень рекомендаций А)⁶, головной боли напряжения (уровень рекомендаций С)². Кроме того, КПТ эффективна при коморбидных нарушениях: инсомнии (уровень доказательности В)⁷, тревожных и депрессивных расстройствах (уровень доказательности А)⁸. В 82% руководств 15 стран мира КПТ признается эффективным психологическим методом лечения хронической неспецифической боли в спине⁹.

В последние годы осуществлен ряд исследований по объективизации результатов КПТ, в которых изучались МРТ пациентов с хронической болью до и после проведения КПТ. Так, в одной из работ после 11-недельного курса КПТ у пациентов с клиническим эффектом в виде регресса боли или значимого облегчения состояния наблюдалось изменение плотности вещества головного мозга в префронтальных зонах – дорсолатеральных отделах и задней теменной коре, которые осуществляют нисходящий контроль боли¹⁰.

Следует отметить, что КПТ – не просто беседа с пациентом о заболевании, информирование его о причинах боли и благоприятности прогноза. Это систематизированный метод, в котором

используются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы. Сформировавшиеся у пациента с хронической болью дезадаптивные, нерациональные мысли и убеждения способствуют развитию дисфункционального поведения, которое поддерживает его болезнь. В основе КПТ лежит теория научения – пациент обучается адаптивным стратегиям преодоления боли, то есть поведенческим навыкам, способствующим выздоровлению или облегчению симптомов. КПТ проводится в форме индивидуальных или групповых сессий. В.А. Головачева выделила ряд случаев, когда проведение КПТ особенно необходимо:

- неэффективность стандартной терапии;
- трудные клинические случаи, требующие междисциплинарного ведения;
- предоперационная подготовка и реабилитация после денерваций крестцово-подвздошных сочленений, фасеточных суставов;
- коморбидные расстройства (депрессия, тревога, инсомния);
- прием избыточного количества опиоид-содержащих препаратов (опиоидная зависимость).

Среди главных терапевтических эффектов КПТ следует отметить облегчение боли, повышение функциональной активности, улучшение физического и психологичес-

⁴ Cuijpers P, van Straten A., Andersson G. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review // J. Behav. Med. 2008. Vol. 31. № 2. P. 169–177.

⁵ Bernardy K., Klose P., Busch A.J. et al. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. Vol. 9. CD009796.

⁶ Campbell J.K., Penzien D.B., Wall E.M. Evidence-based guidelines for migraine headaches: behavioral and psychological treatments. US Headache Consortium, 2000.

⁷ Mitchell M.D., Gehrman P., Perlis M., Umscheid C.A. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review // BMC Fam. Pract. 2012. Vol. 13. ID 40.

⁸ Beck J.S. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011.

⁹ Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview // Eur. Spine J. 2018. Vol. 27. № 11. P. 2791–2803.

¹⁰ Seminowicz D.A., Shpaner M., Keaser M.L. et al. Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain // J. Pain. 2013. Vol. 14. № 12. P. 1573–1584.



Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»

кого качества жизни, обеспечение продолжительного поддержания достигнутого эффекта.

Далее В.А. Головачева продемонстрировала возможности КПТ на клиническом случае из практики. Пациентка М., 37 лет, обратилась по поводу хронической неспецифической боли в спине, которой страдала на протяжении полутора лет. В течение последних шести месяцев стала испытывать панические атаки и частые эпизоды головной боли напряжения. В анамнезе тяжелая болезнь и смерть двух родственников (семь лет назад), тяжелая операция у матери (пять лет назад), пневмония (три года назад), депрессия (три года назад с приемом антидепрессанта в течение шести месяцев с эффектом). Два года назад начала активнее работать в благотворительном фонде с тяжелобольными детьми, одновременно стала реже заниматься спортом. В этот период впервые появились боли в спине. Пациентке установлен диагноз «Хроническая неспецифическая боль в нижней части спины. Частая эпизодическая головная боль напряжения. Паническое расстройство. Инсомния». В ходе образовательной беседы пациентке объяснили, чем вызвано ее состояние, какие методы использовались для диагностики ее заболевания и какое лечение предполагается проводить. Прежде всего ей рекомендовали поддерживать достаточный уровень физической

активности (посещать занятия лечебной гимнастикой, фитнес). Для того чтобы больной было психологически и физически легче это делать, ей назначили мелоксикам (Мовалис®) 7,5 мг в течение семи дней. В.А. Головачева отметила, что 14 из 15 руководств рекомендуют НПВП для лечения хронической боли в спине. Мовалис® был выбран в связи с тем, что это оригинальный препарат мелоксикама. Он одобрен службами фармаконадзора во всех странах и, по данным метаанализов, обладает низким риском нежелательных явлений. Курс лечения также включал и психологические методы: КПТ (сессии раз в неделю в течение пяти месяцев) и практику осознанности (майндфулнесс).

При предыдущих попытках лечить пациентку «стандартными» методами врачи сталкивались с рядом трудностей: тревожностью пациентки, ее неудовлетворительным ночным сном, киберхондрией, ослабленной концентрацией внимания, плохим настроением. У больной не было сил на физическую и социальную активность, а вместе с тем она боялась заниматься лечебной гимнастикой и не видела в ней смысла. Главными задачами КПТ стали установление и оценка достоверности дисфункциональных автоматических мыслей, которые поддерживали низкую физическую активность, негативные эмоции, боль. Например, когда пациентка собиралась на за-

нятие по лечебной гимнастике, она начинала думать о том, что ей станет хуже, боль может усилиться, упражнения ей не помогут. Такие рассуждения вызывали у нее тревогу, она оставалась дома. Вместе с тем она ощущала чувство вины, поскольку обещала доктору и родственникам сходить на занятия, у нее возникало ощущение тяжести в голове, боль в спине усиливалась. После выявления подобных автоматических мыслей с пациенткой обсуждались альтернативные варианты мышления, взвешивались аргументы за и против посещения лечебной физкультуры. Проводились поведенческие эксперименты – пациентка шла на занятия и потом описывала свои ощущения. В ходе проведения КПТ удалось достичь всех намеченных целей: повысить физическую, социальную и профессиональную активность, улучшить ночной сон, снизить уровень тревоги и улучшить настроение. Через пять месяцев панические атаки регрессировали, нормализовались сон и настроение, прошли боль в спине и головная боль. Через год была констатирована устойчивость достигнутого успеха терапии. «Таким образом, комплексное лечение с включением лечебной гимнастики, приема НПВП, КПТ продемонстрировало эффективность при хронической боли в нижней части спины», – подытожила выступление В.А. Головачева.

Неврология

Терапия при поясничных болях. Персонализированный подход

Как отметил к.м.н. Алексей Иванович ИСАЙКИН (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова), долгое время считалось, что боли в спине связаны с грыжей диска, потом – с микротравматизацией мышц. Сейчас общепризнано, что основными источниками скелетно-мышечной поясничной боли являются патологически измененные

диски, фасеточные суставы и крестцово-подвздошное сочленение. Определить основной источник боли при вертеброгенной патологии позволяет нейроортопедическое обследование и изменения, обнаруженные в ходе проведения МРТ (трещина в фиброзном кольце, изменение в субхондральных отделах тел позвонков, грыжа диска). Если источник боли установлен, на него можно точно воздействовать.



К.м.н.
А.И. Исайкин



А.И. Исайкин охарактеризовал основные подходы к ведению пациентов со скелетно-мышечной болью, попутно развенчивая мифы о лечении боли в спине. Например, бытует мнение, что мышечный корсет предотвращает развитие боли в спине, а атрофия мышц в свою очередь становится причиной боли. Исследования показали отсутствие корреляции состояния мышц (содержание жира и толщина мышц по данным МРТ) с возникновением боли в спине и степенью нетрудоспособности¹¹. Не было обнаружено и достоверных отличий изменения типа мышечных волокон у здоровых людей и пациентов с болью в спине¹². Представление о том, что при боли в спине противопоказана гимнастика, также в корне не верно. Наоборот, раннее использование методов физической терапии при острых болях в спине значительно снижает общие затраты на лечение, необходимость в применении опиоидов, блокад и нейрохирургических манипуляций в сравнении с отсроченным назначением физической терапии (более 30 дней) или ее отсутствием¹³. Физические упражнения полезны при большинстве заболеваний костно-мышечной системы, включая остеоартрит, фибромиалгию, миофасциальную боль и хроническую боль в пояснице. При этом снижению боли способствуют различные виды упражнений (изометрические, аэробные, динамическое сопротивление), а степень гипоалгезии зависит от типа, интенсивности и продолжительности физической нагрузки. Следует подчеркнуть, что при вы-

полнении упражнений развивается общая гипоалгезия (а не только тренируемой части тела). Упражнения подбираются в зависимости от основного источника боли и выполняются в щадящем режиме с избеганием нагрузки на область поражения:

- при дискогенных болях – гимнастика Маккензи с упором на разгибательные упражнения;
- фасеточном синдроме – преобладание сгибательных упражнений;
- дисфункции крестцово-подвздошного сочленения – упражнения на приводящие мышцы бедра и стабилизацию.

Еще один миф – упражнения не должны вызывать боль. Однако возникновение боли при лечебной физкультуре считается допустимым и безопасным. Преодоление боли помогает уменьшить кинезиофобию, катастрофизацию, повысить самоэффективность, способствует повышению качества жизни. При этом нужно отслеживать уровень боли, испытываемой во время и после тренировки. Во время тренировки приемлемой считается боль до 5 баллов по Визуальной аналоговой шкале, но на следующий день она должна снизиться до прежнего уровня (как перед тренировкой). Если этого не произошло, пациенту необходимо перейти на более легкие упражнения. Важно, что физические упражнения эффективны не только в лечении, но и в профилактике эпизодов поясничной боли. Так, по данным систематизированного обзора 16 исследований с метаанализом, выполнение упражнений снижает риск развития поясничной боли на 33%, сочетание физических уп-

ражнений и обучения – на 27%. Это позволило авторам сделать вывод о том, что выполнение упражнений два-три раза в неделю позволит предупредить развитие боли в нижней части спины¹⁴.

Некоторые пациенты и врачи считают, что гимнастика для спины – сложно и дорого, забывая о таком доступном, бесплатном и простом виде физической нагрузки, как ходьба. Оказалось, что ходьба снижает выраженность боли и степень инвалидизации, улучшает все параметры качества жизни. По данным исследования с участием 48 482 человек старше 50 лет, ходьба по 30 минут три дня в неделю (всего 90 минут) достоверно уменьшала риск развития поясничной боли на 35% ($p < 0,001$)¹⁵.

В качестве дополнительного метода лечения при хронической боли может быть назначена мануальная терапия. Авторы систематического обзора с метаанализом (41 отобранное исследование, девять включенных работ, 1176 пациентов) пришли к выводу, что манипуляции (короткое движение за пределами двигательного диапазона) и мобилизация (движение в пределах двигательного диапазона) купируют боль и улучшают функциональные способности у пациентов с хронической болью в пояснице. Кроме того, было показано, что мануальная терапия безопасна¹⁶. В то же время имеется множество мифов о мануальной терапии, основной из которых заключается в том, что можно вправить грыжу диска. Напротив, неправильное проведение манипуляций, выполнение их при острых клинических проявлениях грыжи межпоз-

¹¹ Paalanne N., Niinimäki J., Karppinen J. et al. Assessment of association between low back pain and paraspinal muscle atrophy using opposed-phase magnetic resonance imaging: a population-based study among young adults // *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011. Vol. 36. № 23. P. 1961–1968.

¹² Cagnie B., Dhooge F., Schumacher C. Fiber typing of the erector spinae and multifidus muscles in healthy controls and back pain patients: a systematic literature review // *J. Manipulative Physiol. Ther.* 2015. Vol. 38. № 9. P. 653–663.

¹³ Arnold E., La Barrie J., DaSilva L. et al. The effect of timing of physical therapy for acute low back pain on health services utilization: a systematic review // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2019. [Epub ahead of print].

¹⁴ Shiri R., Coggon D., Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back pain: systematic review and meta-analysis of controlled trials // *Am. J. Epidemiol.* 2018. Vol. 187. № 5. P. 1093–1101.

¹⁵ Park S.M., Kim G.U., Kim H.J. et al. Walking more than 90 minutes/week was associated with a lower risk of self-reported low back pain in persons over 50 years of age: a cross-sectional study using the Korean National Health and Nutrition Examination Surveys // *Spine J.* 2019. Vol. 19. № 5. P. 846–852.

¹⁶ Coulter I.D., Crawford C., Hurwitz E.L. et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis // *Spine J.* 2018. Vol. 18. № 5. P. 866–879.



МОВАЛИС®

МЕЛОКСИКАМ

Движение без боли!

Сильный ход против боли и воспаления

благодаря двойному воздействию на ключевые этапы воспалительного каскада:^{1,2}



преимущественное подавление циклооксигеназы-2¹



окончательное подавление синтеза основного медиатора воспаления ПГЕ₂²



Реклама



**Boehringer
Ingelheim**

ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, стр. 3
телефон +7 (495) 544-50-44
www.boehringer-ingelheim.com

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата МОВАЛИС®

МНН: мелоксикам. Лекарственная форма: таблетки (П N012978/01); раствор для внутримышечного введения (П N014482/01). Фармакотерапевтическая группа: нестероидный противовоспалительный препарат – НПВП. Показания к применению: остеоартрит (артроз; дегенеративные заболевания суставов), в том числе с болевым компонентом; ревматоидный артрит; анкилозирующий спондилит; другие воспалительные и дегенеративные заболевания костно-мышечной системы, такие как артропатии, дорсопатии (например, ишиас, боль внизу спины, плечевой периартрит) и другие, сопровождающиеся болью. Противопоказания: гиперчувствительность; сочетание БА, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух, ангионевротического отека или крапивницы, вызванных непереносимостью НПВП; эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки; воспалительные заболевания кишечника; тяжелая почечная, печеночная и сердечная недостаточность; активное заболевание печени (р-р для в/м введения); гиперкалиемия; прогрессирующее заболевание почек; активное ЖК-кровотечение; недавно перенесенные цереброваскулярные кровотечения; заболевания свертывающей системы крови; тяжелые неконтролируемые СС-заболевания; беременность; грудное вскармливание; непереносимость галактозы (таблетки); не рекомендуется: таблетки – детям до 12 лет, раствор для в/м введения – до 18 лет; сопутствующая терапия антикоагулянтами (р-р для в/м введения). С осторожностью: заболевания ЖКТ в анамнезе; сердечная недостаточность; пожилой возраст; почечная недостаточность; ИБС; цереброваскулярные заболевания; дислипидемия/гиперлипидемия; сахарный диабет; сопутствующая терапия следующими препаратами: антикоагулянты, пероральные ГК, антиагреганты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; заболевания периферических артерий; одновременный прием других НПВП; одновременный прием метотрексата в дозировке более 15 мг/неделя; длительное использование НПВП; курение; алкоголизм. Способ применения и дозы: рекомендуемая доза составляет 7,5 мг или 15 мг 1 раз в сутки. Максимальная рекомендуемая суточная доза – 15 мг. Побочное действие: анемия; изменения числа клеток крови; реакции гиперчувствительности немедленного типа; головная боль; головокружение; сонливость; изменение настроения; спутанность сознания; дезориентация; вертиго; конъюнктивит; нарушения зрения; шум в ушах; боль в животе; диспепсия; желудочно-кишечное кровотечение; гастрит; стоматит; запор; вздутие живота; отрыжка; гастродуоденальные язвы; колит; эзофагит; перфорация ЖКТ; транзиторные изменения показателей функции печени; гепатит; зуд; кожная сыпь; фотосенсибилизация; бронхиальная астма с аллергией к НПВП; повышение АД; сердцебиение; изменения показателей функции почек; нарушения мочеиспускания, включая острую задержку мочи; ОПН; поздняя овуляция; бесплодие у женщин; периферические отеки; нефрит; почечный медуллярный некроз; нефротический синдром. Условия отпуска из аптеки: по рецепту. Перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения. РС-RU-100023, июль 2018

1. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Терапевтический архив. 2016;12:159-168.
2. Xu S, Rouzer CA, Marnett LJ. IJMBMB Life. 2014 Dec;66(12):803-811.



воночного диска способствуют ее увеличению, ухудшению состояния пациента и по сути представляют собой ятрогению¹⁷.

В зарубежных и отечественных рекомендациях отмечается, что в случае необходимости использования при острых радикулопатиях медикаментозной терапии средствами первой линии будут НПВП. Все НПВП обладают сходной эффективностью, поэтому при назначении препарата важно оценивать его безопасность¹⁸. А.И. Исайкин выделил мелоксикам, который в отличие от высокоселективных коксибов обладает благоприятным профилем безопасности и значительно реже вызывает поражения со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Как показал анализ 2422 публикаций (около 4 млн пациентов), по рискам в отношении сердечно-сосудистой системы мелоксикам сравним с ибупрофеном и напроксеном и значительно выигрывает у целекоксиба, диклофенака и индометацина¹⁹. В отличие от диклофенака, ибупрофена и напроксена мелоксикам не подавляет агрегацию тромбоцитов. Таким образом, если агентами получают терапию антиагрегантами, то лечение препаратом Мовалис® не повысит риск развития побочных реакций²⁰. При длительном приеме препарата Мовалис® риск развития желудочно-кишечных осложнений был достоверно ниже, чем при терапии диклофенаком. Обе дозы Мовалиса 7,5 и 15 мг продемонстрировали сопоставимую с плацебо безопасность в отношении желудочно-кишечного тракта¹⁹. Кроме того, мелоксикам благоприятно влияет на метаболизм гиалинового хряща. При приеме препарата Мовалис® концентрация мелоксикама в синовиальной жидкости составляет 50% от концентрации плаз-

мы крови в отличие от большинства других НПВП. Препарат оказывает непосредственное противовоспалительное действие в очаге, подавляет негативное воздействие повреждающих факторов, положительно воздействует на метаболизм хрящевой ткани, стимулирует эндогенный синтез гиалуриновой кислоты и протеогликанов. Таким образом, препарат может быть с успехом назначен для купирования боли при ревматических заболеваниях.

Завершая выступление, А.И. Исайкин обратил внимание на то, что в профилактике боли в нижней части спины важную роль играет предупреждение статистических перегрузок. Следует избегать работы в болезненных и неудобных положениях, в частности стоя, а также работы, связанной с повторяющимися движениями рукой или ногой, подъемом и перемещением людей или тяжелых предметов.

Заключение

В рамках симпозиума были рассмотрены принципы ведения пациентов с неспецифической скелетно-мышечной болью в спине в соответствии с рекомендациями экспертов, которые совпадают по основным позициям. Прежде всего необходимо информировать пациента о доброкачественности его состояния и благоприятном прогнозе заболевания. К значимым условиям быстрого выздоровления относятся поддержание двигательной и социальной активности, регулярное выполнение адекватно подобранных физических упражнений. Подчеркивается целесообразность проведения при хронической боли курсов КПТ, направленной на преодоление страхов и неверных убеждений пациента, уменьшение уровня психологического стресса и повышение качества жизни. Немаловажный аспект – подбор эффективных и безопасных лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим и противовоспалительным действием. Препаратами первой линии при неспецифической боли в спине на протяжении уже долгого вре-

мени остаются НПВП, которые назначаются с учетом возможных осложнений и индивидуальных особенностей в минимально эффективной дозировке и на минимальный срок. Среди НПВП докладчики выделили мелоксикам – оригинальный препарат Мовалис®. Мовалис® успешно купирует и острую, и хроническую скелетно-мышечную боль, а потому показан при лечении острой и хронической неспецифической боли в спине – одной из наиболее частых причин обращения за медицинской консультацией и временной нетрудоспособности. Мовалис® характеризуется благоприятным профилем безопасности и низким риском развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Благодаря наличию различных форм выпуска, сопоставимых по анальгетическому эффекту, может быть предложена ступенчатая терапия препаратом Мовалис®: внутримышечное введение в течение трех – пяти дней с дальнейшим переходом на пероральное применение. *

¹⁷ Парфенов В.А., Исайкин А.И. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. М.: ИМА-ПРЕСС, 2016.

¹⁸ 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. Vol. 166. № 7. P. 514–530.

¹⁹ Asghar W., Jamali F. The effect of COX-2-selective meloxicam on the myocardial, vascular and renal risks: a systematic review // Inflammopharmacology. 2015. Vol. 23. № 1. P. 1–16.

²⁰ Van Hecken A., Schwartz J.I., Depré M. et al. Comparative inhibitory activity of rofecoxib, meloxicam, diclofenac, ibuprofen, and naproxen on COX-2 versus COX-1 in healthy volunteers // J. Clin. Pharmacol. 2000. Vol. 40. № 10. P. 1109–1120.