



Мудрость современной медицины в помощь практикующему неврологу

Многообразие методов лечения и широкий выбор фармакологических подходов к купированию боли в спине зачастую не обеспечивают полноценного и долговременного обезболивающего эффекта. Свой взгляд на пути решения данной проблемы представили ведущие российские эксперты в рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «МСД Фармасьютикалс».



Профессор, д.м.н.
В.А. Парфенов

Сфокусировав выступление на диагностике и лечении неспецифической люмбагии, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и директор клиники нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Владимир Анатольевич ПАРФЕНОВ прежде всего акцентировал внимание коллег на особенностях ведения пациентов с болью в спине в странах Западной Европы и России. Организация специализированной помощи в странах Западной Европы предусматривает обращение пациентов с острой болью в спине к врачам общей практики, наличие специализированных центров и рекомендаций по ведению данной категории больных. В нашей стране при отсутствии подобных центров и отечественных рекомендаций пациенты с острой болью в спине могут обратиться за помощью к самым

Час от часу не легче, или Диагностика и лечение неспецифической люмбагии

разным специалистам – от врача общей практики до ортопеда или ревматолога. Это чревато постановкой «приблизительного» диагноза и назначением некорректного лечения, которое может привести к хронизации болевого синдрома.

Большую помощь в ведении пациентов с болью в спине оказывают различные международные рекомендации. Так, в 2010 г. В.W. Koes и соавт. опубликовали анализ, где обобщили опыт 15 клинических рекомендаций обследования и лечения пациентов с болью в нижней части спины¹. В 2014–2015 гг. вышли в свет рекомендации по лечению поясничного стеноза и локальному введению кортикостероидов.

Среди основных причин боли в нижней части спины чаще всего регистрируются неспецифические скелетно-мышечные боли, дорсалгия (90–95% случаев), вертеброгенный поясничный стеноз и/или радикулопатия (2–4%), специфические заболевания (1–5% случаев). Наиболее частыми анатомическими источниками неспецифической боли в спине являются мышцы спины, межпозвонокковые диски, фасеточные суставы, крестцово-подвздошные суставы.

Боли в спине классифицируются по нескольким признакам, в пер-

вую очередь по длительности течения. Боль, которая длится до шести недель, определяется как острая, от шести до 12 недель – подострая, свыше 12 недель – хроническая.

Диагноз у пациента с болью в спине основывается на соматическом обследовании с использованием определенных опросников, чтобы исключить специфические причины боли («красные флажки») и необходимость в дополнительном обследовании. При типичной клинической картине и отсутствии «красных флажков» инструментальные методы обследования (рентгенография, магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная (КТ) томография) в настоящее время не рекомендуются, поскольку не улучшают течение заболевания. Применение этих диагностических методов оправдано только при наличии «красных флажков», указывающих на органические причины болей в спине.

Согласно Европейским рекомендациям по лечению острой неспецифической боли в спине, следует информировать пациента о благоприятном прогнозе заболевания, целесообразности поддержания двигательной и социальной активности. В качестве обезболивающих средств назначаются нестероидные противовоспалительные препараты

¹ Koes B.W., van Tulder M., Lin C.W. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care // Eur. Spine J. 2010. Vol. 19. № 12. P. 2075–2094.



Сателлитный симпозиум компании «МСД Фармасьютикалс»

(НПВП), дополнительно могут быть рекомендованы миорелаксанты².

Эффективность НПВП доказана в более 50 двойных слепых, плацебоконтролируемых рандомизированных исследованиях. Различные НПВП сопоставимы по эффективности, но могут отличаться по частоте и выраженности побочных эффектов, в первую очередь в отношении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Установлено, что селективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ) 2 имеют преимущества в виде более низкого риска развития осложнений со стороны ЖКТ³.

При острой боли в спине ингибиторы ЦОГ-2 назначаются коротким курсом, а пациентам с высоким риском желудочно-кишечных осложнений следует включать в схему лечения ингибиторы протонной помпы. При острой люмбагии и люмбоишиалгии не рекомендуется проводить лечебную гимнастику, мануальную терапию ввиду недоказанности их эффективности в первые четыре недели с момента заболевания. Не подтверждена эффективность и таких методов, как физиотерапия, массаж, вытяжение, иглорефлексотерапия.

Согласно Европейским рекомендациям, при хронической неспецифической боли в нижней части спины предпочтение отдается когнитивно-поведенческой терапии, лечебной гимнастике, образовательным программам и комбинации данных методов, которые эффективно реализуются в специализированных центрах с помощью подготовленных врачей⁴. Когнитивно-поведенческая терапия, которая широко применяется в клиниках Европы, включает методики, направленные на выявление неадекватных, неадаптивных представлений и поведенческих навыков пациента с хронической болью и замену их на адекватные и адаптивные. Лечебная гимнастика (индивидуально подобранный

комплекс упражнений) способствует уменьшению интенсивности хронической боли в нижней части спины и улучшению функционального состояния пациента. Рациональная фармакотерапия хронической неспецифической боли в первую очередь предусматривает прием НПВП и анальгетиков, миорелаксантов, антидепрессантов. В качестве дополнительных методов лечения могут быть использованы мануальная терапия, чрескожная электрическая стимуляция нервов. Хирургическое лечение проводится при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение двух лет при наличии грыжи межпозвонкового диска не более чем на двух уровнях. Показаниями к хирургическому лечению хронической боли в нижней части спины служат синдром компрессии корешков «конского хвоста», нарастающий или выраженный парез нижней конечности, нестерпимая боль при отсутствии эффекта от консервативной терапии. Профессор В.А. Парфенов поделился собственным опытом ведения пациентов с острой неспецифической болью в спине в клинике нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. На лечении находились 50 пациентов (22 мужчины и 28 женщин) в возрасте от 19 до 76 лет с острой люмбагией и люмбоишиалгией на фоне остеоартроза суставов позвоночника, которые получали в качестве обезболивающей терапии эторикоксиб (Аркоксиа) 60–90 мг/сут. Пациентам также была рекомендована двигательная активность, консультация врача по лечебной гимнастике. Пациенты наблюдались в течение 14–28 дней. В результате проведенного лечения у всех больных уменьшилась или полностью регрессировала боль в спине. Интенсивность боли по Визуальной аналоговой шкале снизилась с $6,68 \pm 5,23$ до $1,10 \pm 1,24$ балла. Среднее значение по шкале Роланда – Морриса,

оценивающей уровень активности пациента, снизилось с $8,70 \pm 6,21$ до $1,44 \pm 1,98$ балла. Ни один из 50 пациентов в период лечения не отметил развития нежелательных явлений. Положительный эффект имел место даже у тех пациентов, которые ранее подверглись хирургическому вмешательству (удалению грыжи диска), что подтверждает следующий клинический случай.

Пациентка, 52 года, с диагностированной люмбоишиалгией. Впервые боли в спине появились два года назад. Проходила лечение по месту жительства у невролога, который направил пациентку на МРТ. При МРТ выявлена грыжа диска между L4–L5 до 8 мм. Нейрохирург, к которому она пришла на консультацию, предложил хирургическое лечение. Пациентке была удалена грыжа диска L4–L5 позвонков, после операции боли в течение месяца регрессировали.

Обострение возникло после физической нагрузки за 21 день до консультации в клинике нервных болезней. Пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства. По данным МРТ пояснично-крестцового отдела, был диагностирован рецидив диска L4–L5 позвонков 7 мм и две протрузии дисков на уровне L3–L4, L5–S1 до 4 мм. Пациентке был рекомендован постельный режим, внутримышечные инъекции диклофенака, в результате интенсивность боли уменьшилась, но ненадолго. По мнению врача по месту жительства, пациентке следовало выполнить повторное хирургическое лечение грыжи диска L4–L5.

Пациентка обратилась за консультацией в клинику нервных болезней. На момент осмотра интенсивность боли в спине достигала 6 баллов по Визуальной аналоговой шкале. При внешнем обследовании: ограничение движений в поясничном отделе из-за боли, напряжение мышц спины, послеоперационный рубец,

Неврология

² Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guideline for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // Eur. Spine J. 2006. Vol. 15. Suppl. 2. P. 169–191.

³ Fine M. Quantifying the impact of NSAID-associated adverse events // Am. J. Manag. Care. 2013. Vol. 19. № 14. Suppl. P. s267–272.

⁴ Airaksinen O., Brox J., Cedraschi C. et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain // Eur. Spine J. 2006. Vol. 15. Suppl. 2. P. 192–300.



болезненность при пальпации паравертебральных точек на нижнем поясничном уровне и правого крестцово-подвздошного сочленения. Парезы, расстройства чувствительности, симптомы напряжения отсутствовали, рефлексy сохранены. Значение по шкале Роланда – Морриса составляло 8 баллов (умеренная утрата активности).

На основании проведенного обследования диагностирована острая люмбагия (неспецифическая боль в нижней части спины), состояние после дискэктомии. Пациентке был назначен препарат Аркоксиа по 90 мг/сут. Она была проинформирована о причинах боли, вероятном благоприятном исходе заболевания на фоне консервативной терапии без

хирургического лечения. Пациентке также были даны рекомендации по двигательной активности и консультации у врача по лечебной физкультуре. В результате проведенного лечения боль прошла в течение 14 дней, пациентка вернулась к прежней двигательной, бытовой и трудовой деятельности. Таким образом, состояние пациентки улучшилось быстрее, чем после оперативного вмешательства.

Профессор В.А. Парфенов привел еще один пример из клинической практики, иллюстрирующий эффективность и безопасность лекарственной терапии препаратом Аркоксиа при острой люмбагии и люмбоишиалгии на фоне остеоартроза суставов позвоночника. Пациентка С.,

54 года. В марте 2017 г. обратилась в клинику нервных болезней, где ей поставлен диагноз «остеоартроз суставов позвоночника, люмбоишиалгия (скелетно-мышечная боль), синдром грушевидной мышцы». Назначенное лечение включало фармакотерапию препаратом Аркоксиа по 90 мг/сут, образовательную программу, лечебную гимнастику и рекомендации по двигательной активности. Рационально подобранное лечение способствовало быстрому регрессу симптомов.

«Мультидисциплинарный подход – залог эффективности лечения пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины», – подчеркнул профессор В.А. Парфенов в заключение.



К.м.н.
О.С. Давыдов

В российском междисциплинарном консенсусе отмечено, что успех лечения скелетно-мышечной боли (купирование острой боли и предотвращение формирования хронического болевого синдрома) напрямую зависит от времени начала терапии, поэтому ее следует начинать как можно раньше⁵. Как отметил к.м.н. Олег Сергеевич ДАВЫДОВ, ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли Научно-исследовательского института общей патологии и патофизиологии, член президиума Российского общества по изучению

Время выиграно – победа будет за нами!

боли, на сегодняшний день установлено несколько механизмов, запускающих процесс хронизации болевого синдрома. Среди них наиболее распространенным считается периферическая сенситизация – повышенная чувствительность ноцицепторов к воздействию повреждающих стимулов. Снижение порога восприятия стимула, увеличение возбудимости ноцицепторов происходят в ответ на выработку медиаторов воспаления. Основными медиаторами периферической сенситизации считаются брадикинин, простагландины и лейкотриены, серотонин, гистамин, провоспалительные цитокины. Этот каскад реакций запускает персистирование, усиление болевого стимула и его передачу в центральную нервную систему, где происходит модуляция боли.

Еще одним механизмом формирования хронического болевого синдрома является центральная сенситизация – повышение возбудимости нейронов в центральной нервной системе, в первую очередь в задних рогах спинного мозга,

приводящее к тому, что обычные, «нормальные» по интенсивности стимулы начинают продуцировать аномальный ответ. Сегодня центральная сенситизация рассматривается в ряду основных механизмов поддержания хронической боли. Клинически центральная сенситизация может проявляться усилением первичной гипералгезии и аллодинии, зонами вторичной гипералгезии, распространяющимися гораздо шире зон первичной локализации боли. Кроме того, для центральной сенситизации характерны механическая, холоддовая гипералгезия, феномен сенсорного последствия и временной суммации, когда при нанесении серии болевых стимулов одинаковой интенсивности последние по времени стимулы воспринимаются как наиболее интенсивные.

Для подавления болевых импульсов и воздействия на периферическую сенситизацию применяются НПВП. Их механизм действия направлен на подавление ключевого фермента метаболизма арахидоновой кислоты – ЦОГ, которая участ-

⁵ Насонов Е.П., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус // Научно-практическая ревматология. 2016. Т. 54. № 3. С. 247–265.



Сателлитный симпозиум компании «МСД Фармасьютикалс»

вует в выработке провоспалительных простагландинов. Изоформа ЦОГ-1 содержится в кровеносных сосудах, желудке, почках и катализирует синтез простагландинов, которые участвуют в регуляции физиологических процессов. ЦОГ-2 образуется в периферических тканях только при воспалении и отвечает за гипервозбудимость нейронов при реализации механизма центральной сенситизации. Очевидна целесообразность подавления ЦОГ-2, которая экспрессируется в спинном мозге при воспалении или повреждении⁶.

Проникновение НПВП в центральную нервную систему через гематоэнцефалический барьер осуществляется за счет пассивной диффузии и ограничено из-за способности препаратов связываться с белками крови. По оценкам, эторикоксиб имеет наименьший процент связывания с белками крови, следовательно, у него выше потенциальная способность проникновения через гематоэнцефалический барьер и больше шансов воздействовать на механизмы центральной сенситизации⁷.

В рандомизированном исследовании изучались фармакокинетические параметры эторикоксиба в спинномозговой жидкости, плазме крови и тканях после однократного приема у пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава. Исследование показало, что эторикоксиб через два часа после приема достигает эффективной концентрации в спинномозговой жидкости (70 нг/мл), через час – в плазме крови (3000 нг/мл). Эффективная концентрация в спинномозговой жидкости сохранялась в течение 24 часов⁸.

Способность эторикоксиба проникать через гематоэнцефалический барьер и накапливаться в цереброспинальной жидкости в достаточных концентрациях, а также его доказанная эффективность в клинических исследованиях у пациентов с болью в спине, ревматоидным артритом и остеоартрозом обусловила проведение исследования его эффективности при центральной сенситизации.

В рандомизированном плацебо-контролируемом двойном слепом исследовании с перекрестным дизайном пациенты с остеоартрозом коленного сустава принимали эторикоксиб (препарат Аркоксия) в дозе 60 мг в течение четырех недель. Маркерами периферической сенситизации выступали данные Визуальной аналоговой шкалы по оценке интенсивности боли и алгометрии, маркерами центральной сенситизации – клинические корреляции и результаты количественного сенсорного тестирования⁹. Согласно полученным результатам, в группе эторикоксиба порог чувствительности достоверно повышался, то есть снижалась восприимчивость периферических рецепторов к болевым стимулам в области колена и голени. Кроме того, в группе эторикоксиба отмечалось достоверное снижение временной суммации боли по сравнению с плацебо, уменьшались зоны гипералгезии. Авторы сделали вывод о том, что механизм действия эторикоксиба (Аркоксия) реализуется не только через периферические механизмы подавления боли, но и через центральные механизмы путем подавления центральной сенситизации.

В другом исследовании оценивалась эффективность препарата Аркоксия

(эторикоксиба) у пациентов с остеоартрозом и недостаточным ответом на терапию другими НПВП в условиях реальной практики. Исследование продемонстрировало способность препарата Аркоксия уменьшать боль, улучшать функции сустава и качество жизни пациентов. В ходе исследования пациенты сначала получали различную обезболивающую терапию в течение четырех недель: мелоксикам, диклофенак, целекоксиб и другие препараты. После четырех недель терапии основная часть пациентов не достигла снижения болевого синдрома на 50% и все они были переключены на терапию эторикоксибом (Аркоксия) 60 мг и получали ее также в течение четырех недель. Более 66% больных отмечали значимое снижение интенсивности боли на фоне терапии эторикоксибом. Важно, что терапия препаратом Аркоксия способствовала сокращению приема гастропротективных препаратов в два раза и уменьшению количества нежелательных явлений в шесть раз¹⁰.

По оценкам, скорость наступления обезболивающего эффекта для 60 мг эторикоксиба составляет 30 минут. Это сопоставимо со скоростью наступления эффекта при применении препаратов с быстрым нарастанием максимальной концентрации (например, НПВП в инъекционных формах).

Лечение НПВП чревато развитием целого ряда побочных эффектов: желудочно-кишечных, кардиоренальных, печеночных, почечных, тромбоцитарных. Данные исследования КОРОНА-3 показали, что среди более 21 тыс. пациентов с выраженной болью, нуждающихся в приеме НПВП, 29% имеют риск со стороны ЖКТ, 23% – со сторо-

Неврология

⁶ Данилов А.Б. ЦОГ-зависимые механизмы, участвующие в антиноцицептивном действии НПВП на центральном уровне // *Manage Pain*. 2014. № 3. С. 4–8.

⁷ Lucas S. The pharmacology of indomethacin // *Headache*. 2016. Vol. 56. № 2. P. 436–446.

⁸ Renner B, Zacher J, Buvanendran A. et al. Absorption and distribution of etoricoxib in plasma, CSF, and wound tissue in patients following hip surgery: a pilot study // *Naunyn Schmied. Arch. Pharmacol*. 2010. Vol. 381. № 2. P. 127–136.

⁹ Arendt-Nielsen L, Egsgaard L.L., Petersen K.K. Evidence for a central mode of action for etoricoxib (COX-2 inhibitor) in patients with painful knee osteoarthritis // *Pain*. 2016. Vol. 157. № 8. P. 1634–1644.

¹⁰ Lin H.Y., Cheng T.T., Wang J.H. et al. Etoricoxib improves pain, function and quality of life: results of a real-world effectiveness trial // *Int. J. Rheum. Dis*. 2010. Vol. 13. № 2. P. 144–150.



ны сердечно-сосудистой системы и 10% – смешанный риск¹¹.

Метаанализ 176 клинических рандомизированных исследований по оценке эффективности, безопасности и переносимости основных неселективных и селективных НПВП показал, что самым низким риском развития осложнений со стороны ЖКТ отличался эторикоксиб. Риск развития нежелательных явлений у эторикоксиба был ниже, чем у диклофенака, и сопоставим с таковым у целекоксиба¹².

Некоторые авторы для снижения риска развития нежелательных явлений при терапии неселективными НПВП предлагают включать в схему лечения ингибиторы протонной помпы. Однако метаанализ результатов девяти рандомизированных клинических исследований по сравнительной оценке селективных ингибиторов ЦОГ-2 и неселективных НПВП в комбинации с ингибиторами протонной помпы продемонстрировал, что селективные ингибиторы ЦОГ-2 обладают гораздо меньшим риском развития осложнений со сто-

роны ЖКТ, особенно у пациентов с высоким риском, по сравнению с комбинацией «НПВП + ингибиторы протонной помпы»¹³.

По оценке Б.В. Заводовского и соавт. (2015), понятие «кардиотоксичность НПВП», описанное в различных исследованиях, представляется недостаточно определенным, так как объединяет в одну группу пациентов с разнообразной кардиологической патологией. Сравнение безопасности НПВП в отношении сердечно-сосудистой системы в наиболее крупных многоцентровых исследованиях (более 1000 пациенто-лет) показало, что наименьшим риском развития инфаркта миокарда и внезапной коронарной смерти отличался эторикоксиб по сравнению с целекоксибом, ибупрофеном и диклофенаком¹⁴.

В 2017 г. был опубликован метаанализ, включивший данные 26 рандомизированных и проспективных когортных исследований (n = 226 391), в которых сравнивали риск сердечно-сосудистых осложнений каждого НПВП отдельно с плацебо, неселективными НПВП и коксибами.

Было показано, что все коксибы, за исключением рофекоксиба, не увеличивали риск развития сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с неселективными НПВП. При исключении из анализа рофекоксиба риск сердечно-сосудистых осложнений у неселективных и селективных НПВП оказался сопоставим. Авторы метаанализа пришли к выводу о том, что ЦОГ-2-селективности не играет роли в формировании сердечно-сосудистого риска при приеме НПВП¹⁵. Завершая выступление, О.С. Давыдов констатировал, что при высоком риске осложнений со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы НПВП не применяются. Однако при умеренном риске желудочно-кишечных осложнений и умеренном/высоком риске сердечно-сосудистых осложнений можно назначить напроксен с ингибиторами протонной помпы или эторикоксиб, а при высоком желудочно-кишечном риске – эторикоксиб с ингибиторами протонной помпы. Раннее назначение препарата позволит выиграть время и предотвратить развитие хронической боли.



К.м.н.
А.И. Исайкин

Время лечить, а не наблюдать, или Принципы лечения неспецифической боли в спине

Представляя современные принципы лечения неспецифической боли в спине, к.м.н. Алексей Иванович ИСАЙКИН, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, опирался на международные рекомендации.

Согласно английским рекомендациям 2016 г., лечение пациента с неспецифической болью в спине должно начинаться с формирования у него правильного представления о заболевании, ранней активизации и использования активных стратегий преодоления¹⁶. При этом психологические методы лечения, особенно у па-

¹¹ Каратеев А.Е., Попкова Т.В., Новикова Д.С. и др. Оценка риска желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений, ассоциированных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов в популяции СНГ: предварительные данные эпидемиологического исследования КОРОНА-2 // Научно-практическая ревматология. 2014. Т. 52. № 8. С. 600–606.

¹² Van Walsem A., Pandhi S., Nixon R.M. et al. Relative benefit-risk comparing diclofenac to other traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors in patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: a network meta-analysis // Arthritis Res. Ther. 2015. Vol. 17. ID 66.

¹³ Jarupongprapa S., Ussavasodhi P., Katchamart W. et al. Comparison of gastrointestinal adverse effects between cyclooxygenase-2 inhibitors and non-selective, non-steroidal anti-inflammatory drugs plus proton pump inhibitors: a systematic review and meta-analysis // J. Gastroenterol. 2013. Vol. 48. № 7. P. 830–838.

¹⁴ Zingler G., Hermann B., Fischer T., Herdegen T. Cardiovascular adverse events by non-steroidal anti-inflammatory drugs: when the benefits outweigh the risk // Expert Rev. Clin. Pharmacol. 2016. Vol. 9. № 11. P. 1479–1492.

¹⁵ Gunter B.R., Butler K.A., Wallace R.L. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drug-induced cardiovascular adverse events: a meta-analysis // J. Clin. Pharm. Ther. 2017. Vol. 42. № 1. P. 27–38.

¹⁶ Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE Guideline, No. 59. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016.



Сателлитный симпозиум компании «МСД Фармасьютикалс»

циентов с высокой степенью психологического дисбаланса, имеют решающее значение. Наиболее эффективный способ – когнитивно-поведенческая терапия в рамках комплексного подхода, совместно с лечебной физкультурой и/или мануальной терапией. Нейровизуализация в отсутствие «красных флажков» не рекомендована даже при наличии признаков радикулопатии. Наиболее эффективной фармакотерапевтической стратегией признано применение НПВП с учетом возможных осложнений, индивидуальных особенностей пациента, в минимально возможной эффективной дозировке и в течение наименьшего срока в сочетании с гастропротекторами. Для лечения боли в поясничной области в отсутствие тревожных депрессивных нарушений не показаны антидепрессанты, а также не рекомендованы противосудорожные средства для лечения люмбагии без корешковой симптоматики. При решении вопроса о проведении нейрохирургического вмешательства обязательно должны учитываться такие факторы, как индекс массы тела, курение и наличие психоэмоциональных расстройств. Не рекомендована замена диска пациентам с болью в поясничной области, как и установка им стабилизирующих систем. В американских рекомендациях 2017 г., которые в большей степени рассчитаны на врачей общей практики и отчасти созвучны европейским рекомендациям, при острой боли в спине отдается предпочтение немедикаментозным способам лечения: поверхностному

тепловому массажу, акупунктуре, мануальной терапии, хотя эффективность этих методов имеет низкий уровень доказательности¹⁷. Если планируется медикаментозная терапия, то приоритет имеют НПВП и миорелаксанты. Лечение хронической боли в спине также следует начинать с немедикаментозных способов, руководствуясь мультидисциплинарным подходом с использованием как психологических, так и физических методов. При недостаточной эффективности переходят к медикаментозной терапии. Препаратами первой линии признаны НПВП, а препаратами второй линии – трамадол или дулоксетин. Опиоиды назначаются только в исключительных случаях, когда потенциальная польза превышает риски¹⁸. В систематическом Кокрейновском обзоре 2016 г. подтверждена эффективность НПВП в лечении острой и особенно хронической боли в поясничной области¹⁹. Не получено существенных различий в уменьшении боли при использовании различных групп НПВП, при этом селективные ингибиторы ЦОГ-2, в частности эторикоксиб (Аркоксиа), оказывают меньшее негативное влияние на ЖКТ. Аркоксиа, будучи высокоселективным ингибитором ЦОГ-2, характеризуется быстрым и длительным эффектом. Так, препарат начинает действовать через 24 минуты с момента приема внутрь, а эффект сохраняется на протяжении 24 часов²⁰. Благоприятный профиль безопасности в отношении ЖКТ считается одним из самых важных преимуществ эторикокси-

ба. При приеме Аркоксиа в дозах 60, 90 и 120 мг частота перфораций и кровотечений из верхнего отдела ЖКТ на 50% ниже таковой у традиционных НПВП²¹. Сравнительное когортное исследование, проведенное в Нидерландах, показало, что по безопасности этот препарат превосходит неселективные НПВП в комбинации с ингибиторами протонной помпы²².

По данным малоинвазивных диагностических исследований, чаще всего источником неспецифической боли в спине выступает дискогенная патология, на которую приходится до 40% случаев. Второе место занимают фасеточные боли (20–40%), за которыми следуют боли в крестцово-подвздошном сочленении (17–30%).

Нейроортопедическое обследование позволяет с высокой вероятностью определить основной источник боли для последующего дифференцированного лечения методом мануальной терапии, блокад, физиотерапии или нейрохирургического вмешательства.

Дискогенная патология может проявляться в виде дискогенной боли (вариант скелетно-мышечной боли, аксиальная боль) или дискорадикалярного конфликта (радикулярная боль, люмбоишиалгия). В постановке диагноза в первую очередь следует опираться на клинические критерии. Нейровизуализация (МРТ или КТ) имеет высокую чувствительность при низкой специфичности, к тому же обнаруженные изменения далеко не всегда становятся источником боли. Результаты МРТ необходимо трактовать в рамках имеющейся клинической картины. Какие

Неврология

¹⁷ 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 2017 // *Ann. Intern. Med.* 2017. Vol. 166. № 7. P. 514–530.

¹⁸ Chou R., Deyo R., Friedly J. et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline // *Ann. Intern. Med.* 2017. Vol. 166. № 7. P. 480–492.

¹⁹ Enthoven W.T., Roelofs P.D., Deyo R.A. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 2. CD012087.

²⁰ Takemoto J.K., Reynolds J.K., Remsberg C.M. et al. Clinical pharmacokinetic and pharmacodynamic profile of etoricoxib // *Clin. Pharmacokinet.* 2008. Vol. 47. № 11. P. 703–720.

²¹ Hunt R.H., Harper S., Watson D.J. et al. The gastrointestinal safety of the COX-2 selective inhibitor etoricoxib assessed by both endoscopy and analysis of upper gastrointestinal events // *Am. J. Gastroenterol.* 2003. Vol. 98. № 8. P. 1725–1733.

²² Van der Linden M.W., Gaugris S., Kuipers E.J. et al. COX-2 inhibitors: complex association with lower risk of hospitalization for gastrointestinal events compared to traditional NSAIDs plus proton pump inhibitors // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2009. Vol. 18. № 10. P. 880–890.



данные МРТ можно соотносить с клиническими находками? Это различные варианты трещин фиброзного кольца, которые выглядят на МРТ как зоны повышенного МР-сигнала в задних отделах фиброзного кольца в T2-режиме. Золотым стандартом считается провокационная дискография, однако метод относится к инвазивным. Пациенты, которым проводилась провокационная дискография, в дальнейшем чаще нуждались в нейрохирургическом вмешательстве.

Грыжа диска тоже имеет значение в развитии дискогенной патологии. Среди грыж диска выделяют:

- протрузии, когда фрагмент выпавшего диска в любой плоскости не превышает его основания;
- экструзии, которые в большей степени характерны для радикулопатии, когда величина выпавшего фрагмента в любой плоскости превышает его основание;
- секвестрированные грыжи диска, которые начинают терять связь с основанием.

Данные литературы и собственный клинический опыт показывают, что именно секвестрированные грыжи диска лучше всего подвергаются обратному регрессу, в том числе с уменьшением размеров. О дискогенном характере боли также говорят изменения в субхондральных отделах тел позвонков по типу Modik. А.И. Исайкин более подробно остановился на методах интервенционной медицины для лечения болевого синдрома. Показаниями для лечения боли в спине с помощью блокад считается отсутствие результатов традиционной консервативной терапии, побочные эффекты системного лечения, усиление боли и желание самого пациента.

Лечение дискогенной боли предусматривает использование целого спектра манипуляций, локальное введение кортикостероидов и местных анестетиков, ингибиторов факторов некроза опухоли альфа, чрескожную аннулопластику, радиочастотную денервацию коммунникантных ветвей и т.п.

Другим частым источником боли в спине является поражение фасеточных суставов, которое имеет следующие нейровизуализационные критерии:

- степень 1 – легкие дегенеративные изменения, сужение суставной щели менее 2 мм и/или небольшие остеофиты;
- степень 2 – умеренные дегенеративные изменения, сужение суставной щели менее 1 мм, и/или умеренные остеофиты, и/или субхондральные эрозии;
- степень 3 – тяжелые дегенеративные изменения, сильное сужение суставной щели, крупные остеофиты и субхондральные эрозии.

Стандартом диагностики считается проведение блокад фасеточных суставов. Блокады имеют значение и для лечения болевого синдрома. При их недостаточной эффективности дополнительным методом лечения может стать денервация, которая проводится под рентген-контролем. Системный обзор литературы подтвердил эффективность периастикулярных блокад нервов и радиочастотной денервации.

Дисфункция крестцово-подвздошных сочленений (КПС) зачастую становится причиной неспецифической боли в спине. К факторам, предрасполагающим к развитию КПС, относятся пожилой возраст, асимметрия длины ног, врожденные

аномалии строения позвоночника, длительное напряжение, беременность и предшествующие операции на позвоночнике. Корректная постановка диагноза «дисфункция КПС» предусматривает наличие типичной клинической картины, положительных провокационных тестов, характерных для патологии КПС, и положительных результатов диагностической блокады КПС, выполненной под рентгеновским контролем.

Инвазивные методы лечения дисфункции КПС включают внутриастикулярные и периастикулярные блокады местных анестетиков и глюкокортикостероидов, радиочастотную денервацию КПС и стабилизирующие операции КПС. Наиболее эффективным методом в лечении синдрома КПС признаны внутриастикулярные и периастикулярные блокады и радиочастотная денервация с охлаждающим электродом.

Можно сделать вывод о том, что дифференцированный подход в оценке основного источника боли с последующим таргетным воздействием на него с помощью блокад и методом радиочастотной денервации обеспечивает хороший результат в виде уменьшения болевого синдрома, улучшения качества жизни и психоэмоционального статуса, что, по словам А.И. Исайкина, согласуется с данными литературы.

Заключение

Современные подходы к лечению неспецифической скелетно-мышечной боли предусматривают своевременное устранение острой боли, отека и воспаления, препятствуя хронизации болевого синдрома. Селективный ингибитор ЦОГ-2 эторикокиб (Аркоксиа) обладает быстрым началом действия и длительным анальгетическим и противовоспалительным эффектом. Представленные докладчиками результаты клинических исследований и рутинной практи-

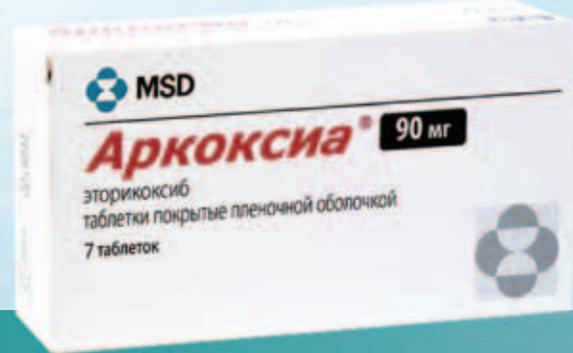
ки демонстрируют не только эффективность препарата Аркоксиа в купировании болевого синдрома, но и низкий риск развития желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений на фоне его приема. Обезболивающий эффект препарата Аркоксиа, обусловленный влиянием на периферические и центральные механизмы развития боли, и хороший профиль безопасности расширяют возможности оказания эффективной врачебной помощи пациентам с болевым синдромом. *

Неврология

РАСШИРЯЯ ГРАНИЦЫ ПРИВЫЧНОГО В ТЕРАПИИ БОЛИ

АРКОКСИА® МОЖЕТ ПРЕДЛОЖИТЬ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ВЫ ОЖИДАЕТЕ

- ▶ Широкие терапевтические возможности: дозировки 30, 60, 90, 120 мг¹
- ▶ Достигает максимальной концентрации в плазме так же быстро, как инъекционные формы НПВП^{1,2,5,6,*}
- ▶ Аркоксия® 120 мг оказывает наиболее выраженное обезболивающее действие при острой боли среди всех НПВП, опережая даже Кеторолак 60мг внутримышечно³
- ▶ Доказано снижает периферическую и центральную сенситизацию^{4,**}



Ключевая информация по безопасности из инструкции по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®

Регистрационный номер: ЛСР-009511/08. Торговое название: АРКОКСИА®. МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 30 мг, 60 мг, 90 мг, 120 мг. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** Эторикоксиб при пероральном приеме в терапевтических концентрациях является селективным ингибитором циклооксигеназы-2 (COX-2). В клинических фармакологических исследованиях эторикоксиб дозозависимо ингибирует COX-2, не оказывая влияния на COX-1 при применении суточной дозы до 150 мг. Препарат не ингибирует синтез простагландинов в слизистой оболочке желудка и не влияет на функцию тромбоцитов. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Симптоматическая терапия остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, боли и воспаления, связанных с острым подтаранным артритом. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Препарат АРКОКСИА® следует применять в минимально эффективной дозе минимально возможным коротким курсом. **Остеоартроз.** Рекомендуемая доза составляет 30 мг один раз в день или 60 мг один раз в день. **Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит.** Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. При состоянии, сопровождающемся острой болью, препарат АРКОКСИА® следует применять только в острый симптоматический период. **Острый подтаранный артрит.** Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. **Острая боль после стоматологических операций.** Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. При лечении острой боли после стоматологических операций препарат АРКОКСИА® следует применять только в острый период, не более 3 дней. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, активное желудочно-кишечное кровотечение. Полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты или других нестероидных противовоспалительных препаратов (в том числе в анамнезе). Беременность, период грудного вскармливания. Тяжелые нарушения функции печени (сывороточный альбумин <25 г/л или ≥ 10 баллов по шкале Чайлд-Пью). Тяжелая почечная недостаточность (Кл менее 30 мл/мин). Детский возраст до 16 лет. Воспалительные заболевания кишечника. Хроническая сердечная недостаточность (II–IV функциональный класс по NYHA). Неконтролируемая артериальная гипертензия, при которой показатели АД стойко превышают 140/90 мм рт. ст. Подтвержденная ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и/или цереброваскулярные заболевания. Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Подтвержденная гиперкалиемия. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** У пациентов с повышенным риском развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта вследствие приема НПВП; у пациентов, имеющих в анамнезе факторы риска сердечно-сосудистых осложнений, такие как дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение, сердечная недостаточность, нарушение функции левого желудочка, отеки и задержка жидкости; у пациентов с нарушениями функции печени легкой степени тяжести (5–6 баллов по шкале Чайлд-Пью) не следует превышать дозу 60 мг один раз в день, пациентам с нарушениями функции печени средней степени тяжести (7–9 баллов по шкале Чайлд-Пью)–30 мг один раз в день; у пациентов с нарушениями функции почек, одновременно применяющих ингибиторы АПФ, диуретики, антагонисты II, особенно пожилые; у пациентов с клиренсом креатинина < 60 мл/мин; у пациентов с предшествующим значительным снижением функции почек, с ослабленной функцией почек, декомпенсированной сердечной недостаточностью или циррозом печени, находившихся в группе риска при длительном применении НПВП. Следует соблюдать осторожность при сопутствующей терапии следующими препаратами: антикоагулянтами (например, варфарин), антиагрегантами (например, ацетилсалициловая кислота, клопидогрел), препаратами, метаболизирующиеся сульфотрансферазами. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Рекомендуется соблюдать осторожность при лечении пациентов с высоким риском развития осложнений со стороны ЖКТ при применении НПВП, в частности у пожилых пациентов, которые одновременно применяют другие НПВП, в т.ч. ацетилсалициловую кислоту, а также у пациентов с заболеваниями ЖКТ в анамнезе, как язвами или желудочно-кишечное кровотечение. Пациентам с известными факторами риска развития СС осложнений (такими как артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, курение) следует назначать эторикоксиб только после тщательной оценки пользы и риска. Следует соблюдать осторожность при назначении препарата АРКОКСИА® пациентам, у которых в анамнезе имеются сердечная недостаточность, нарушение функции левого желудочка или артериальная гипертензия. Во время лечения эторикоксибом следует обратить особое внимание на контроль АД, которое следует контролировать в течение 2 недель после начала лечения и периодически в дальнейшем. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки покрытые пленочной оболочкой 30мг, 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1, 2 или 4 блистера вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:** Хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. Не использовать по истечении срока годности. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** По рецепту врача. **ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:** Мерк Шарп и Доум Б.В., Нидерланды.

1. Инструкция по применению препарата Аркоксия. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Мовалис. 3. <http://www.bandtler.org.uk/booth/painpag/Activet/Analgesics/Leagtab.html>. 4. Lars Arendt-Nielsen Evidence for a central mode of action for etorixocib (COX-2 Inhibitor) in patients with painful knee osteoarthritis, 2016. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Кеторолак. 6. Инструкция по медицинскому применению препарата Артоксан. * В дозировке 120 мг. ** В дозировке 60 мг в группе пациентов с остеоартрозом.



ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7, стр. 1. Тел.: +7 (495) 916 71 00, факс: +7 (495) 916 70 94, www.msd.ru

Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению. MUSC-1244567-0000 01.2018