

Е.С. АКАРАЧКОВА¹, к.м.н., И.А. ЗАЙЦЕВА², Н.Н. СТЯПУНИНА³, А.А. КАРЕЛИНА⁴, Н.Б. ЛЕОНОВА⁵, Е.В. ВОЛКОВА⁶

¹ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва; ² ЛДЦ «Док. клиник», г. Москва; ³ МЧС №122, г. С.-Петербург;

⁴ поликлиника 7 МУЗ ГКБ №6, г. Тверь; ⁵ поликлиника №1, г. Воронеж;

⁶ кафедра физической культуры РАНХ и ГС при Президенте РФ, г. Москва

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛИ В СПИНЕ.

РЕЗУЛЬТАТЫ 6-МЕСЯЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В статье приводятся данные, в т. ч. и результаты собственного исследования, об эффективности применения Мовалиса для купирования боли в пояснице при обострении хронического болевого синдрома, а также о необходимости включения в комплексную терапию боли в спине активных упражнений на основе статодинамического стретчинга мышц спины, живота и аэробных кардиотренировок. Учитывая, что в большинстве случаев пациенты не выполняют общих рекомендаций (ЛФК на дому, изменение образа жизни и т. д.), подчеркивается, что больному необходима конкретная программа реабилитации и профилактики под руководством фитнес-инструктора или инструктора-реабилитолога. Подчеркивается, что для преодоления кинезиофобии и повышения приверженности (комплаенса) пациентов активным физическим упражнениям рекомендуется применение мази Финалгон®, оказывающей положительное влияние на состояние мышечно-связочного аппарата.

Ключевые слова: боль в спине, реабилитация, профилактика боли в спине, кинезиофобия, ЛФК, физиотерапия, активные физические упражнения, статодинамический стретчинг, йога, пилатес, аэробные кардиотренировки, Мовалис®, Финалгон®, эффективность и безопасность НПВП

Несмотря на достижения современной медицины, до сих пор боль в спине является сложной клинической задачей, а если боль становится хронической, то еще и экономической проблемой. Это одна из основных причин невыхода на работу у людей моложе 45 лет [1, 2].

Широко распространено мнение, что большинство эпизодов боли в спине бывают недолгими, 80—90% обострений разрешается в течение 6 недель независимо от типа лечения и только у 5—10% пациентов развивается стойкий болевой синдром [3]. Однако такой оптимистический прогноз часто подвергается сомнениям из-за множественных рецидивов боли у большинства пациентов [4, 5, 6, 7].

Приблизительно у 40%, а по некоторым данным, у 39—76% больных, обращающихся за помощью, развивается хронический болевой синдром [8, 9, 10,

11], терапия которого, как правило, малоэффективна [12, 13].

Физиотерапия, в т. ч. и лазеротерапия, массаж, спинальные манипуляции, часто применяемые на практике, оказывают незначительный и нестойкий эффект. Также не существует доказательств, что манипулятивные методы лечения превосходят другие рекомендуемые методы лечения, такие как анальгетики, физиотерапия, и наоборот. Все эти методы считаются равнозначными и оказывают умеренный эффект [14]. В целом эффективность лечения не зависит от возраста пациента или продолжительности симптомов боли, т. к. эти факторы не имеют прямого отношения к инвалидности и интенсивности боли в спине [15]. В последние годы вектор клинического внимания стал смещаться в сторону реабилитационно-профилактических аспектов, включающих возможности предотвращения возникновения как новой, так и обострения хронической боли [16, 17, 18].

Подчеркивается, что пассивное консервативное лечение должно быть кратковременным и сведено к минимуму. Важное значение приобретает подход, основанный на принципе преемственного лечения:

быстрое и безопасное купирование эпизода острой боли с последующим включением профилактических методов, направленных на модификацию факторов хронизации: психосоциальных, соматических и физических (и в первую очередь снижение веса тела и регулярная физическая активность¹, которые связаны с сердечно-сосудистой системой и опорно-двигательным аппаратом) [19, 20].

Клинически доказано, что активная лечебно-профилактическая тактика ведения пациента с болью в спине наиболее эффективна в улучшении функционирования больного и возврата его на работу [21, 22, 23].

Учитывая, что боль в спине — многофакторное заболевание со сложным патогенезом, значительный вклад в формирование неспецифической боли в пояснице (наиболее распространенный вариант болевого синдрома в спине) [24, 25] вносит дисфункция глубоких мышц брюшного пресса (поперечной мышцы живота), тазового дна, диафрагмы и многораздельной мышцы при изменении координации и снижении активности поясничных мышц, особенно мышц разгибателей спины [26, 27, 28].

Боль в пояснице и пояснично-крестцовой области — это не только проблема мышечной силы и выносливости. Изменения происходят и в нервно-мышечных механизмах. Установлено, что для обеспечения устойчивости позвоночника у этих пациентов увеличивается жесткость мышц туловища [29], что влияет на эффективность движения [30].

Доказано, что регулярные занятия с техникой динамической мышечной стабилизации (статодинамический стретчинг на основе йоги и пилатеса в рамках аэробной нагрузки) составляют основу лечения, реабилитации и профилактики боли в спине [31]. Конкретные упражнения с участием многораздельной мышцы спины и поперечной мышцы живота способствуют большей устойчивости позвоночника, модуляции нервно-мышечного контроля и являются более эффективными по сравнению с другими методами для сни-

жения боли и нетрудоспособности [32]. Упражнения для повышения силы и выносливости мышц позвоночника также помогают пациенту преодолеть кинезиофобию гораздо эффективнее, чем анальгетики и обычные физиотерапевтические процедуры [33, 34].

■ Боль в пояснице и пояснично-крестцовой области — это не только проблема мышечной силы и выносливости. Изменения происходят и в нервно-мышечных механизмах.

Успешная терапия боли в спине направлена на разные патогенетические факторы формирования и хронизации процесса и включает как лекарственные методы, так и немедикаментозные лечебно-профилактические виды лечения. Эффективность преемственного подхода была показана нами в 6-месячном исследовании, в котором приняли участие 85 пациентов в возрасте от 19 до 55 лет с обострением неспецифической хронической поясничной боли² из четырех городов России (Москвы, С.-Петербурга, Твери и Воронежа): у 41 пациента имела место боль в пояснично-крестцовой области (люмбалгия), у 44 пациентов — боль в пояснично-крестцовой и ягодичной области с иррадиацией в одну из нижних конечностей (люмбоишиалгия). Задача исследования состояла в быстром и безопасном купировании болевого эпизода, активизации пациента и оценке эффективности и безопасности последующих профилактических методов.

Основу лечения обострения болевого синдрома составила ступенчатая НПВП-терапия. В течение 12–14 дней назначался мелоксикам (Мовалис®) в

¹ При этом важно помнить, что любая физическая активность — не только интенсивная и потенциально травмирующая, но также бытовая требует определенной адаптации и подготовки к ее выполнению.

² В исследование не вошли пациенты, имеющие клинические и нейровизуализационные признаки грыж межпозвоночных дисков, требующих оперативного лечения или исключающих амбулаторное лечение; переломы опорно-двигательного аппарата; тяжелые или нестабильные соматические заболевания; злокачественные новообразования; клинически значимые неврологические или психические заболевания (эпилепсия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, опухоль мозга, шизофрения, алкоголизм); а также беременные или кормящие грудью женщины.

дозе 15 мг/сут (первые 3 дня в/м инъекции, затем пероральная таблетированная форма)³. Также в комплексную терапию были включены доступные в поликлинических условиях физиотерапевтические процедуры на основе ультразвуковых, электрических колебаний и магнитного поля [35, 36].

■ Успешная терапия боли в спине направлена на разные патогенетические факторы формирования и хронизации процесса и включает как лекарственные методы, так и немедикаментозные лечебно-профилактические виды лечения.

Через 3—5 дней пациентам в терапию вводились занятия ЛФК (стандартный комплекс для пациентов с подострой болью в пояснице) в поликлинических условиях (5—10 занятий с частотой 2—3 раза в неделю). Через 12—14 дней пациенты были разделены на четыре группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности болевого анамнеза, локализации, интенсивности и длительности боли, частоте обострений за предшествующие исследованию 6 месяцев, за которыми проводилось 6-месячное катamnестическое наблюдение (табл. 1).

■ 1-я группа — 25 больных (11 мужчин и 14 женщин в возрасте от 21 до 53 лет), которые после курса терапии не придерживались рекомендаций по профилактике рецидивов;

■ 2-я группа — 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 20 до 55 лет), которые в последующие 6 месяцев наблюдения ежедневно по утрам применяли местно-согревающую мазь Финалгон®⁴

в качестве средства для профилактики рецидива, а также «стартовых» болей, скованности в мышцах, ригидности связочного аппарата [37, 38]. Пациентам 1-й и 2-й групп также были озвучены общие рекомендации по образу жизни;

■ 3-я группа — 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин в возрасте от 21 до 52 лет) в последующие 6 месяцев активно занимались ЛФК с инструктором в специализированных фитнес-группах с частотой 2—3 раза в неделю под контролем состояния сердечно-сосудистой системы с помощью кардиомониторов Polar FT4. Занятия проводились по классической схеме⁵;

■ 4-я группа — 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 23 до 54 лет) в последующие 6 месяцев ежедневно по утрам применяли разогревающую мазь Финалгон®⁴ и активно занимались ЛФК с инструктором в специализированных фитнес-группах с частотой 2—3 раза в неделю под контролем состояния сердечно-сосудистой системы с помощью кардиомониторов Polar FT4. Занятия проводились по классической схеме⁵.

Динамическая оценка состояния проводилась на 12—14-й день лечения, через 3 и 6 месяцев (12 и 24 недель соответственно) (табл. 1). При возникновении обострения пациенты приходили на визиты и получали соответствующую терапию.

Основу лечения обострения болевого синдрома составляет ступенчатая НПВП-терапия. Мовалис® (мелоксикам) на протяжении многих лет во всем мире признан как один из наиболее безопасных препаратов из класса НПВП, в т. ч. и у лиц, длительно принимающих Аспирин.

Результаты. На фоне терапии Мовалисом болевой синдром достоверно снизился у пациентов всех

³ Мовалис® (мелоксикам) на протяжении многих лет во всем мире признан как один из наиболее безопасных препаратов из класса НПВП, в т. ч. и у лиц, длительно принимающих Аспирин (см. Акарачкова Е.С., Зайцева И.А. Основные принципы терапии НПВП: эффективность, безопасность, индивидуальный подход // Консилиум медиком. 2012. том 14. №2 С.116—119; Göksel O., Aydin O., Misirligil Z., Demirel Y.S., Bavbek S. Safety of meloxicam in patients with aspirin/non-steroidal anti-inflammatory drug-induced urticaria and angioedema // J Dermatol. 2010 Nov;37(11):973—9. doi: 10.1111/j.1346-8138.2010.00948.x.; Ryn J. van, Kink-Eiband M., Kuritsch I., Feifel U., Hanft G., Wallenstein G., Trummlitz G., Pairet M. Meloxicam does not affect the antiplatelet effect of aspirin in healthy male and female volunteers. J Clin Pharmacol 2004; 44 (7), 777—784).

⁴ Финалгон® применяется ежедневно в утреннее время за 10—15 минут перед тем, как встать с кровати, пациент наносил с помощью аппликатора часть мази размером около 1 см (горошина) на область поясницы и крестца.

⁵ Схема занятий:

а) «разминка» — ходьба по беговой дорожке, угол наклона полотна 0°, скорость движения пациента соответствовала целевой зоне пульса 60% от максимальной;

б) основная часть занятия 40 минут на основе статодинамического стретчинга или йоги, интенсивность нагрузки соответствовала частоте пульса в зоне 70—80% от максимальной;

в) «заминка» — ходьба по беговой дорожке, угол наклона полотна 0°, скорость движения пациента соответствовала целевой зоне пульса 60% от максимальной;

г) целевые зоны пульса определялись с помощью метода Карвонена (Karvonen Heart Rate Calculator) [http://www.briancalkins.com/HeartRate.htm].

четырёх групп. Не менее чем у 70% больных в каждой группе интенсивность боли снизилась более чем на 50%. В условиях реальной клинической практики комплексная терапия со ступенчатой схемой назначения НПВП в виде 3-дневного применения инъекционной формы Мовалиса с последующим переводом пациента на таблетированную форму способствовала значительному клиническому улучшению у пациентов с болью в спине.

Выбор НПВП основывался на доказательной базе безопасности применения Мовалиса со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем⁶ [39, 40].

⁶ В перечне критериев исключения были пациенты, в анамнезе которых имели место гастрит или другие проявления со стороны ЖКТ. Однако в клинической практике такие пациенты встречаются часто и составляют группу риска по ЖКТ-осложнениям НПВП-терапии. Они нуждаются в обязательной превентивной гастропротекции, которая включает назначение блокаторов протонной помпы вне зависимости от вида введения НПВП (орально или в/м), и ее длительность совпадает с приемом НПВП.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов с болью в пояснице и результаты лечения в формате (Ме (LQ;UQ))

Показатели	1-я группа n = 25	2-я группа n = 20	3-я группа n = 20	4-я группа n = 20	Межгрупповое сравнение
Пол, абсол. мужчины женщины	11 14	10 10	9 11	10 10	
Возраст, годы	39 (24; 49)	43 (26; 52)	40 (22; 48)	41 (23; 53)	
Люмбагия, абс. (%)	12 (48%)	11 (55%)	9 (55%)	10 (50%)	
Люмбоишиалгия, абс. (%)	13 (52%)	9 (45%)	11 (45%)	10 (50%)	
Длительность заболевания, годы	11 (4; 20)	6 (2; 12)	9 (5; 14)	8 (3; 18)	
Длительность настоящего обострения, дни	6 (2; 14)	8 (3; 12)	8 (2; 13)	5 (2; 10)	
Количество рецидивов боли за последние 6 месяцев	3 (1; 4)	2 (1; 3)	2 (1; 3)	3 (1; 4)	
Количество рецидивов боли за 6 месяцев наблюдения	2 (1; 3)	1 (0; 1)*	1 (1; 1)*	1 (0; 1)*	**
ВАШ боли при обращении, баллы	7 (6; 9)	8 (6; 9)	8 (6; 9)	8 (6; 10)	
ВАШ боли на фоне терапии Мовалисом®; 10—14 дней	3 (2; 5)*	4 (2; 5)*	3 (2; 4)*	3 (2; 5)*	
Количество пациентов с редукцией боли на фоне терапии Мовалисом в/м инъекции №3 на 50% и более, абс. (%)	18 (72%)	14 (70%)	15 (75%)	14 (70%)	
ВАШ боли при обострении в период с 3-й по 12-ю неделю наблюдения	6 (5; 9)	5 (4; 7)*	5 (4; 6)*	3	**
ВАШ боли при обострении в период с 13-й по 24-ю неделю наблюдения	6 (4; 8)	3 (2; 4)*	3 (3; 3)*	2	**
Количество пациентов с рецидивом боли с 3-й по 12-ю неделю наблюдения, абсол. (% от всей группы)	6 пациентов в возрасте стар- ше 40 лет; 2 пациента моложе 40 лет (32%)	1 пациент старше 40 лет; 1 пациент моложе 40 лет (10%)	2 пациента старше 40 лет (10%)	1 пациент старше 40 лет (5%)	***
Количество пациентов с рецидивом боли с 13-й по 24-ю неделю наблюдения, абс. (% от всей группы)	20 (80%)	3 (15%)	2 (10%)	1 (5%)	***

Примечания: учитывая малую выборку по выделенным группам, в таблице приводятся данные медианы (нижняя квартиль, верхняя квартиль) для последующего применения непараметрических методов статистического анализа.

* $p < 0,05$ (достоверность динамики лечения от исходных значений с помощью критерия Уилкоксона);

** $p < 0,05$ (достоверность отличий между группами при сравнении независимых выборок количественных показателей с помощью рангового дисперсионного анализа Краскела — Уоллиса);

*** $p < 0,05$ (достоверность отличий между группами при сравнении независимых выборок качественных показателей с помощью критерия ²⁾).

Также учитывалось, что у Мовалиса доказаны наименьшие по сравнению с другими НПВП гепатотоксичность [41] и влияние на почки [42]. В настоящем исследовании у пациентов не выявлены нежелательные побочные эффекты, отказов от лечения не было. Мы также не отметили негативно-го влияния на показатели гемодинамики ни в период 14-дневного приема Мовалиса, ни через 6 месяцев (табл. 2).

В клинической практике активно проводятся исследования для оценки анальгетического влияния не только мелоксикама, но и других препаратов. Как правило, результаты этих исследований отражают достаточную эффективность. Но, учитывая, что не менее чем у 40% пациентов после первого эпизода боли в спине формируется хронический болевой синдром, т. е. боль становится рецидивирующей [43, 44, 45], только купирование (редукция) болевого синдрома оказывается недостаточным. И как продемонстрировано в работе профессора О.В. Курушиной (2011), до настоящего времени в отечественной неврологии обширные исследования хронической боли проводились на основе биомедицинской модели. Соответственно, рекомендации сводились в основном к разработке схем назначения лекарственных препаратов. Такой подход объясняется двумя причинами: стремлением врача и пациента как можно скорее снять боле-

вые ощущения (объективно повышается качество жизни, но не устраняется причина болезни) и нежеланием врача и пациента тратить дополнительные усилия и время на применение нелекарственных методов лечения. При этом увеличивается зависимость пациента от лекарственных средств, формируется установка на привлечение внешних факторов для борьбы с болью, роль личности пациента в этом процессе снижается, роль врача повышается, зависимость от лекарственных средств трансформируется в зависимость от врачей. Доказано, что подобная медиализация боли эффективна только тогда, когда имеет место высокая степень комплаентности пациента, а как раз она и является одной из самых тревожных для медицинского сообщества проблем в наше время [46].

Мы также столкнулись с подобной проблемой. На первичном неврологическом приеме было установлено, что все пациенты страдали хроническими болями в спине (более 1 года) с периодическими обострениями (1 и более за 6 месяцев, предшествующих исследованию), которые, как правило, купировались с помощью комплексной лекарственной терапии в сочетании с физиотерапевтическими и манипуляционными методиками. Однако положительный эффект, который пациенты в первую очередь оценивали субъективно по отсутствию

Таблица 2. Динамика АД и ЧСС у пациентов с болью в пояснице (Ме (LQ;UQ))

Показатель	АД, мм рт. ст.			ЧСС, уд/мин		
	исходно	через 2 недели	через 24 недели	исходно	через 2 недели	через 24 недели
1-я группа	130/80 (130; 142/80; 90)	132/80 (120; 140/70; 90)	130/75 (126; 134/70; 85)	72 (68; 74)	66 (68; 70)	68 (65; 78)
2-я группа	120/80 (120; 130/70; 80)	118/80 (110; 120/70; 80)	115/75 (110; 120/70; 80)	74 (70; 80)	75 (70; 78)	70 (63; 75)
3-я группа	130/80 (110; 140/75; 85)	133/80 (125; 135/75; 85)	115/70 (110; 128/65; 80) *	75 (72; 78)	71 (68; 78)	66 (64; 70) *
4-я группа	120/80 (115; 130/70; 86)	113/66 (110; 120/60; 70)	115/68 (110; 120/63; 70) *	68 (66; 72)	66 (60; 71)	66 (62; 68)
Межгрупповое сравнение			***			

Примечания: учитывая малую выборку по выделенным группам, в таблице приводятся данные медианы (нижняя квартиль, верхняя квартиль) для последующего применения непараметрических методов статистического анализа.

* $p < 0,05$ (достоверность динамики лечения от исходных значений с помощью критерия Уилкоксона);

** $p < 0,05$ (достоверность отличий между группами при сравнении независимых выборок количественных показателей с помощью рангового дисперсионного анализа Краскела — Уоллиса).

МОВАЛИС 15



таблетки 15 мг



ампулы 15 мг/1,5 мл



суспензия 7,5 мг/5 мл

Движение без боли

**15 лет
успеха**

Быстрый и мощный эффект ⁽⁸⁾

Возможность ступенчатой длительной терапии ^(2-5; 7)

Отличная общая и местная переносимость ⁽²⁻⁷⁾

Приём один раз в день ⁽¹⁾

Для получения дополнительной информации
по препарату обращайтесь в офис компании
«Берингер Ингельхайм»

125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А стр. 3
тел.: (495) 544 50 44, факс: (495) 544 56 20

1. Инструкция по применению.

2. Yocum D, et al. Arch Intern Med 2000, Oct 23;160(19):2947-54.

3. van Hecken, Schwartz, et al. J Clin Pharmacol 2000;40:1109-20.

4. Leese, et al. J Clin Pharm 2000;40:124-32.

5. Sanchez-Matienzo D. Clinical Therapeutics 2006;28:8.

6. Vaccarino V, Sirtoni R, Bufalino L. Curr Ther Res 1989;45:1-13.

7. Wolfgang C, et al. AJM 2008;1092-1098.

8. Алексеев В.В. Второй международный симпозиум. Прага. 2004.



**Boehringer
Ingelheim**

значимой и ограничивающей активность боли, был нестойким. После проведенной терапии, как правило, мероприятия по модификации факторов хронизации боли не проводились. Болевой синдром рецидивировал. После очередного рецидива боли в спине и успешного его лечения пациенты 1-й группы снова получили стандартные рекомендации: избегать ситуаций, провоцирующих обострение боли, а также резких движений, длительных статических нагрузок, заниматься физкультурой, например плаванием, а также комплексом упражнений, который доступен в интернете или в обучающих брошюрах. Однако рекомендаций они не придерживались, а посещения бассейна или занятия ЛФК в домашних условиях носили нерегулярный хаотичный характер или вообще не выполнялись. В течение ближайших 3 месяцев у 8 (32%) пациентов возникли рецидивы боли: у 2 пациентов в возрасте моложе 40 лет и 6 пациентов в возрасте старше 40 лет. Интенсивность и локализация боли практически не отличались от той, что была при первом их обращении. В последующие 3 месяца уже у 20 (80%) пациентов имели место рецидивы боли. В среднем за 6 месяцев отмечалось 2 (1; 3) рецидива, что также не отличалось от исходного уровня (3 (1; 4) рецидива за 6 месяцев, предшествующих исследованию). Однако у 1/5 пациентов после успешной терапии Мовалисом рецидивов боли за последующие 6 месяцев отмечено не было. Эти данные перекликаются с результатами исследования, проведенного под руководством профессора В.В. Алексеева (2009), в котором было показано, что Мовалис® оказывает положительное анальгетическое влияние, но также способствует уменьшению частоты последующих рецидивов обострений боли при 2-летнем катamnестическом наблюдении [47].

Результаты нашего исследования демонстрируют, что значительное положительное влияние стандартной терапии является важным как для врача, так и для пациента, однако необходимость в профилактике рецидивов боли сохраняется, особенно у лиц старше 40 лет. В ходе исследования нами была выявлена достоверная связь между возрастом обращения пациента и количеством обострений за 6 месяцев, предшествующих нашему исследованию

(коэффициент $r = 0,49$, $p = 0,0027$), что соотносится с данными об учащении рецидивов боли в спине с возрастом [48].

Пациенты 2-й группы после успешной терапии очередного обострения боли в спине получили рекомендации ежедневно в утреннее время наносить на пояснично-крестцовую область мазь Финалгон®, а также заниматься физкультурой, избегать ситуаций, провоцирующих обострение боли, а также резких движений, длительных статических нагрузок, которые, как и пациенты 1-й группы, не выполняли. В итоге в течение ближайших 3 месяцев ежедневного обязательного применения мази Финалгон® только у 2 (10%) пациентов возникли рецидивы боли: у 1 пациента в возрасте моложе 40 лет и 1 пациента в возрасте старше 40 лет. И если локализация боли при обострении не изменилась, то ее интенсивность достоверно снизилась. В последующие 3 месяца только у 3 (15%) пациентов имели место рецидивы боли. В среднем 1 (0; 1) рецидив за 6 месяцев, что достоверно реже, чем на момент обращения (2 (1; 3)), а также реже, чем у пациентов 1-й группы (2 (0; 3)). Интенсивность боли при обострении в итоге была достоверно ниже: изначально боль была сильной (средняя ВАШ боли 8 (6; 9) баллов), через 6 месяцев ежедневного применения Финалгона интенсивность боли была слабая (средняя ВАШ 3 (2; 4) балла). При описании субъективных ощущений пациенты отмечали, что их перестала беспокоить скованность в пояснице, движения, которые ранее могли вызывать ощущение боли (например, при пользовании автомобилем, при поднятии тяжестей, при наклонах, в т. ч. при обувании или одевании/снятии носков), не вызывали трудностей выполнения и дискомфорта. Пациенты также отмечали, что двигаться стали увереннее и без страха внезапного появления боли при движении, что позволяет рассматривать Финалгон® как средство профилактики рецидивов обострения хронической неспецифической боли в спине и преодоления кинезиофобии.

Пациенты 3-й группы после успешного лечения очередного обострения боли в спине, наряду с общими стандартными бытовыми рекомендациями, были включены в групповые занятия с инструктором

ром-реабилитологом. В течение ближайших 3 месяцев только у 2 (10%) пациентов в возрасте старше 40 лет возникли рецидивы боли. При этом интенсивность боли была достоверно ниже. В последующие 3 месяца у 2 (10%) пациентов старше 40 лет были зафиксированы рецидивы боли. В среднем 1 (1; 1) рецидив за 6 месяцев наблюдения по сравнению с исходными 2 (1; 3) рецидивами за 6 месяцев, предшествующих исследованию. Интенсивность боли при обострении была достоверно ниже: изначально боль была сильной (средняя ВАШ боли 8 (6; 9) баллов), через 6 месяцев регулярных занятий интенсивность боли была слабая (средняя ВАШ 3 (3; 3) балла). Субъективно пациенты отмечали увеличение физической активности и амплитуды движений в пояснице, которая не сопровождалась болью.

Пациенты 4-й группы в течение 6 месяцев ежедневно применяли Финалгон® в утреннее время и регулярно занимались с инструктором-реабилитологом. В итоге в течение ближайших 3 месяцев только у 1 (5%) пациента в возрасте старше 40 лет был рецидив боли, интенсивность которой была значительно ниже, чем при первом обращении, и составила 3 балла против 9 баллов исходно. В последующие 3 месяца только у 1 (5%) пациента старше 40 лет был зафиксирован рецидив боли, интенсивность которого была на уровне 2 баллов по ВАШ. В среднем 1 (0; 1) рецидив за 6 месяцев наблюдения по сравнению с исходными 3 (1; 4) рецидивами за 6 месяцев, предшествующих исследованию. Пациенты отмечали, что утреннее применение мази Финалгон®, особенно в первые недели после обострения, способствовало также уменьшению страха возникновения боли при движениях на занятиях.

Межгрупповое сравнение динамики выбранных лечебно-профилактических методов показало, что регулярное применение Финалгона в монотерапии оказалось эффективным (особенно при сравнении с 1-й группой, в которой пациенты не применяли никаких методов профилактики обострений) и было сопоставимо с результатами 6-месячных ЛФК-занятий (пациенты 2-й группы). Длительное ежедневное применение Финалгона у пациентов 2-й группы привело к уменьшению ощущения утрен-

ней скованности и жесткости в пояснице, что способствовало преодолению кинезиофобии и повышению активности пациентов в течение всего дня.

Важное значение профилактического применения Финалгона продемонстрировали пациенты 4-й группы, у которых значительно реже по сравнению с пациентами 2-й и 3-й групп имели место рецидивы боли, что позволяет предположить, что утреннее применение мази создает оптимальные условия для последующей дневной активности, что также повышает комплаенс проводимой ЛФК. Известно, что на

**■ Основу лечения обострения
болевого синдрома составляет
ступенчатая НПВП-терапия. Мовалис®
(мелоксикам) на протяжении многих
лет во всем мире признан как один
из наиболее безопасных препаратов
из класса НПВП, в т. ч. и у лиц,
длительно принимающих Аспирин.**

фоне применения Финалгона создаются оптимальные условия для работы мышечно-связочного аппарата, увеличивается амплитуда движений, боль при движениях не беспокоит или ее интенсивность значительно меньше, что способствует преодолению кинезиофобии и позволяет вести активный образ жизни. Именно это составляет основу реабилитации у данной группы пациентов, приводит к облегчению хронических болевых состояний при дегенеративных и воспалительных заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Таким образом, происходит воздействие на боли, которые объясняются напряженностью и скованностью в мышцах и суставах, что определяет высокую эффективность Финалгона как лечебно-профилактического средства [49, 50, 51].

Также в ходе исследования было выявлено положительное влияние регулярных физических упражнений на гемодинамику (табл. 2), что соотносится с известными данными о снижении на фоне аэробных тренировок симпатoadренальной активности и нормализации адаптивных регуляторных влияний нисходящей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [52].

Таким образом, проведенное исследование в очередной раз подтвердило, что лечение пациентов с болью в спине — сложный процесс, успех которого зависит от адекватного воздействия на патогенетические составляющие болевого синдрома. Быстрое и безопасное купирование боли — основа анальгетической терапии — заключается в назначении минимальных доз НПВП на минимально возможно короткий срок. Однако не менее важным остаются вопросы реабилитации и профилактики. И в первую очередь у пациентов с болью в спине необходимо проводить мероприятия по модификации факторов хронизации, в т. ч. направленные на снижение веса тела, основанные на специфической диете и регулярной физической нагрузке (исходя из возможностей пациента), что снижает риск обострений [53]. Упражнения

являются одними из наиболее эффективных методов лечения неспецифической боли в спине как в долгосрочной, так и краткосрочной перспективе [54, 55].

Применение наружных средств, оказывающих разогревающее и местно-раздражающее действие, позволяет подготовить мышечно-связочный аппарат к предстоящим нагрузкам в течение дня, а также повысить эффективность и переносимость проводимой ЛФК-терапии. Подобный комплексный подход к лечению и профилактике не только возникновения, но и обострения хронического болевого синдрома в спине благоприятно влияет на функционирование пациента в целом, особенно у лиц старше 40 лет с высоким риском хронизации боли в спине.



ЛИТЕРАТУРА

1. da Fonseca J.L., Magini M., de Freitas T.H. Laboratory gait analysis in patients with low back pain before and after a Pilates intervention. *J Sport Rehabil.* 2009;18(2):269–282.
2. La Touche R., Escalante K., Linares M.T. Treating non-specific chronic low back pain through the Pilates Method. *J Bodyw Mov Ther.* 2008;12(4):364–370.
3. [van Tulder M., Becker A., Bekkering T., et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low-back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl 2):S169–91.]
4. Stanford E.A., Chamber C.T., Biesanz J.C., Chen E. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain* 2008; 138:11–21.
5. Cassidy J.D., Côté P., Carroll L.J., Kristman V. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine* 2005; 30:2817–2823.
6. Jacob T., Baras M., Zeev A., Epstein L. A longitudinal, community-based study of low back pain outcomes. *Spine* 2004; 29:1810–817.
7. Smith B.H., Elliott A.M., Hannaford P.C., Chambers W.A., Smith W.C. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: Results from a general population follow-up study. *Spine* 2004; 29:1032–1040.
8. Grotle M., Brox J.L., Veiermød M.B., et al. Clinical course and prognostic factors in acute low-back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005; 30: 976–82.
9. Walker B.F. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord.* 2000; 13(3): 205–217.
10. Henschke N., Maher C.G., Refshauge K.M., Herbert R.D., Cumming R.G., Bleasel J. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ.* 2008; 337(7662): 1–7.
11. Pengel L.H.M., Herbert R.D., Maher C.G., Refshauge K.M. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2003; 327(7410): 323.
12. Gladwell V., Head S., Haggard M., Beneke R. Does a program of Pilates improve chronic non-specific low back pain? *J Sport Rehabil.* 2006; 15(4): 338–350.
13. Maher C.G. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthop Clin North Am.* 2004; 35(1): 57–64.
14. Assendelft W.J., Morton S.C., Yu E.L., Suttrop M.J., Shekelle P.G. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1):CD000447.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.