

Д.В.ГРИШИН, М.В.ПУТИЛИНА, д.м.н., профессор, РГМУ, Москва

# Лечение боли в спине

**В настоящее время боли в спине (БС) в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигли размеров эпидемии, что в большинстве случаев связано с возрастающими физическими нагрузками на человека [10]. Широкое распространение данной патологии, особенно у лиц молодого и среднего трудоспособного возраста, обуславливают большое социально-экономическое значение этой проблемы [1]. Поэтому в число приоритетных направлений, рекомендованных ВОЗ к детальному изучению в рамках «Декады костей и суставов» (The Bone and Joint Decade 2000—2010 гг.), отнесены и боли в спине (WHO, 1999) [10, 13].**

**В** МКБ10 дегенеративные заболевания позвоночника включены в класс «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)», при этом выделены: артропатии (M00-M25); системные поражения соединительной ткани (M30-M36); дорсопатии (M40-M54); болезни мягких тканей (M60-M79); остеопатии и хондропатии (M80-M94); другие нарушения мышечной системы и соединительной ткани (M95-M99).

Дорсопатии — группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии, связанная с дегенеративными заболеваниями позвоночника [7]. Этот термин в соответствии с МКБ-10 заменяет применявшийся ранее термин «остеохондроз позвоночника». В России 48% населения имеют предрасположенность к развитию остеохондроза. Неврологические проявления этой патологии составляют 71—80% всех заболеваний периферической нервной системы, клинически проявляются болью и некоторым ограничением движений. Обострение данного заболевания составляет 32—161 дней на 100 работающих в год, что ведет к значительным экономическим потерям. На первом месте по частоте встречаемости стоят поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника (60—80%), а на втором — шейного отдела позвоночника (около 10%). В неврологической практике выделяют следующие синдромы: рефлекторный (встречается в 90% случаев) и компрессионный (выявляется в 5—10% случаев). Диагностика боли в рамках синдромов имеет ряд особенностей, требующих анализа клинической картины и данных дополнительных методов исследований: рентгенографии, МРТ и т.д.

Обычно недооценивается роль миофасциальных синдромов. По данным ряда авторов, они регистрируются у 35—85% населения планеты [14]. Суть миофасциального болевого синдрома заключается в том, что мышца страдает первично, а не след за морфологическими или функциональными нарушениями в позвоночнике. В патологический про-

цесс может вовлекаться любая мышца или группы мышц. Одна из наиболее частых причин формирования этого синдрома — острое перерастяжение самой мышцы при выполнении «неподготовленного» движения. Обычно больной точно помнит, какое движение или действие вызвало появление боли, но состояние может ухудшиться на фоне предшествующих рефлекторных мышечно-тонических синдромов, осложняя их течение. Следовательно, определение первичности происхождения боли является сложным процессом, поэтому стратегия терапии должна учитывать и этот момент.

Анализ отечественной и международной литературы показал, что многие методы лечения и диагностики БС, рекомендованные ВОЗ, не решили проблему [3,4,10]. Многие вопросы не решены и находятся на стадии обсуждения и изучения. В то же время остаются неизменными основные принципы консервативной терапии: раннее начало, снятие болевого синдрома, сочетание патогенетической и симптоматической терапии [2,5]. В первую очередь проводятся мероприятия, направленные на снятие или уменьшение болевого синдрома уже при первом обращении пациента к врачу. Патогенетическая терапия направлена на борьбу с оксидантным стрессом, воздействием на микроциркуляторное русло, улучшение кровоснабжения пораженного участка, снятие признаков нейрогенного воспаления [8]. С этой целью применяются антиоксидантные, вазоактивные и нестероидные противовоспалительные препараты. Среди данных препаратов наиболее часто используют кавинтон, трентал, актовегин, мексидол, берлитион (октолипен). Симптоматическая терапия — метод купирования алгических проявлений.

Общепризнанным методом лечения боли в спине является назначение нестероидных противовоспалительных средств, механизм действия которых связан с ингибированием синтеза простагландинов [6,9]. Известно около 100 различных нестероидных противовоспалительных средств. Однако, несмотря на многолетнюю историю их применения, все еще

остаётся ряд нерешённых вопросов, таких как развитие побочных эффектов и разработка оптимальных дозировок.

В настоящее время существуют две группы НПВС в зависимости от их действия: неселективные и селективные.

Неселективные НПВС блокируют как конституциональную циклооксигеназу-1, с которой связывают желудочно-кишечные побочные эффекты этих лекарств, так и индуцибельную циклооксигеназу-2, образование которой активирует противовоспалительные цитокины. К неселективным НПВС относятся: лорноксикам (ксефокам), ибупрофен, индометацин. Ксефокам рекомендуется использовать в дозе 16–32 мг. При выраженном болевом синдроме в первый день назначают по 16 мг в/м или в/в дважды в день, затем уменьшают дозу до 8 мг в день в течение 3–5 дней. Курс лечения составляет не менее 5–7 дней.

Селективные препараты воздействуют преимущественно на циклооксигеназу-2. Селективными ингибиторами ЦОГ являются: нимесулид, мелоксикам (амелотекс, мовалис, артрозан), целекоксиб (целебрекс).

Амелотекс (мовалис, артрозан) применяют внутримышечно 1 раз в сутки, а далее возможно продолжение лечения с использованием таблетированной формы.

Противовоспалительное действие этого препарата связано с торможением ферментативной активности циклооксигеназы-2, участвующей в биосинтезе простагландинов в области воспаления. Мелоксикам (амелотекс, мовалис) хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, его абсолютная биодоступность — 89%. Суточная дозировка препарата составляет 7,5–15 мг/сут в зависимости от выраженности клинической картины. Курс лечения составляет не менее 5–7 дней [11, 12].

Эффективность нестероидных противовоспалительных средств повышается при их сочетании с антигистаминными препаратами, антидепрессантами и противосудорожными средствами [15]. Обезболивающий эффект антидепрессантов основан на редукции депрессии (снижение выраженности депрессии облегчает боль) и потенцировании действия экзогенных (нестероидных противовоспалительных средств) и эндогенных анальгезирующих веществ (эндорфины, энкефалины). В последнее время для этой цели широко используют антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (например, рексетин по 20 мг в день). Среди противосудорожных средств предпочтение отдается нейронтину (габепентин), который принимают начиная с 300 мг в день, добавляя по 300 мг ежедневно до оптималь-

**АМЕЛОТЕКС® 15**  
МЕЛОКСИКАМ

**Амелотекс® —  
и боль уходит**

5 ампул по 1,5 мл

Амелотекс®  
Мелоксикам  
Раствор для внутримышечного введения  
15 мг/1,5 мл №3  
15 мг/1,5 мл №5

Регистрационный номер: ЛСР-004199/08  
Отпускается по рецепту врача. Мелоксикам противопоказан, перед применением ознакомиться с инструкцией.

**cotek**

ной дозы 1800 мг/сут (в три приема). В случае выраженного болевого синдрома (чаще всего компрессионного генеза) используют опиоидные анальгетики (например, трамадол). Трамадол назначают по 50–100 мг в день.

При развитии болезненного мышечного спазма (особенно миофасциальном болевом синдроме) показаны миорелаксанты. В неврологической практике широко используют мидокалм, сирдалуд. Мидокалм назначают по 50–150 мг (в зависимости от выраженности мышечного спазма) 3 раза в день.

При лечении компрессионного синдрома (особенно при вовлечении в патологический процесс спинного мозга (миелопатии)) показано назначение  $\alpha$ -липоевой кислоты (октолипен) для улучшения аксональной проводимости. Препарат назначают по 600 мг внутривенно капельно в течение 10–14 дней, далее по 1–2 таблетки в день в течение 2–3 месяцев. Эффективность лечения повышается при сочетании с нейротропными витаминами группы В, а также нейромидином. Последний назначают в дозе 120 мг (по 2 таблетки 3 раза в день) в течение 4 недель.

Целесообразно в комплекс лечебных мероприятий при лечении болевого синдрома включать препараты витаминов группы В (мильгамма, комплигам В, комбилипен, бенфолипен).

При терапии болевого синдрома в спине не следует забывать, что нарушается венозный отток, особенно при компрессионном синдроме. Для его улучшения рекомендуется применение троксевазина, обладающего выраженным вентоническим действием. В данном случае препарат назначают по 2 капсулы (600 мг) 3 раза в день.

С целью улучшения обменных процессов в пораженных дисках рекомендовано использование хондропротекторов (терафлекс, алфлутоп) [16].

Кроме вышеперечисленных препаратов, в остром периоде назначают разогревающие мази («Эфкамон», «Эспол», «Индовазин» «Фастум-гель»). На спазмированные мышцы проводят аппликации димексида (диметилсульфоксид).

Особое внимание следует уделить оперативному лечению. Хирургическое лечение заболеваний позвоночника является методом лечения, применяемым лишь у небольшого числа больных с осложненным течением болезни (грыжи дисков, стеноз позвоночного канала и др.). По данным литературы, лишь 0,3% больных нуждаются в оперативных вмешательствах. Абсолютным показанием к операции является острое сдавление спинного мозга и корешков конского хвоста, проявляющееся тазовыми нарушениями, двусторонними болями и парезами. Относительным показанием к оперативному лечению является стойкость болевых синдромов при отсутствии эффекта от консервативной терапии (на протяжении 3-х и более месяцев). Однако даже при микрохирургических дискэктомиях с эффективностью до 80% сохраняется опасность развития послеоперационных осложнений (гематома, тромбоз, менингит, неблагоприятные рубцовые ситуации, послеоперационные нарушения функции тазовых органов и др.). При этом, по различным данным, летальность от различных послеоперационных осложнений составляет 1–3%. В связи с этим, разработка новых методов консервативного лечения болей в спине является перспективной и актуальной.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что чем раньше пациент начинает курс лечения, тем больше у него шансов сохранить в норме функции позвоночника и избежать других поздних осложнений. При этом не следует дожидаться появления видимых клинических признаков.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Нервные болезни. М., 1988, 637 с.
2. Леонович А.Л. Актуальные вопросы невропатологии. Минск, 1990, 207 с.
3. Алексеев В.В. Применение мелоксикама в лечении люмбаго. Рус. Мед. Журнал, т. 11, №7, 2003, с. 416–418.
4. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. Изд. дом «ГЭОТАР-МЕД», 2001, с. 606–611.
5. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (перспективы применения в медицине). М., 2000, 262 с.
6. Насонов Е.Л., Цветкова Е.С. Селективные ингибиторы циклооксигеназы-2: новые перспективы лечения заболеваний человека. Тер. Архив, 1998; 5: с. 8–14.
7. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика). Атмосфера, Нервные болезни, 2002, №2, 2–12.
8. Шеметов Д.А. Клинико-гемодинамические показатели при спондилезе (спондилоартрозе), осложненном болями в нижней части спины, и их динамика в процессе терапии. Автореферат дисс. канд. мед. наук, М., 2001, с. 1–24.
9. Auvinet B., Ziler R., Appelboom T., et al. Comparison of the onset and intensity of action of intramuscular meloxicam and oral meloxicam in patients with acute sciatica. Clinical Therapeutics. 1995; 17; 6: с. 78–90.
10. Borenstein D. «Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли». Междун. Мед. Журнал, 2000, №35, с. 36–42.
11. Bosch H., Sigmund R., Hettich M. Efficacy and tolerability of intramuscular meloxicam and oral meloxicam in patients with acute lumbago: comparison with intramuscular and oral piroxicam. Curr. Med. Res. Opin. 1997; 14; 1:29–38.
12. Combe B., Velicet P., Garson N., et al. Comparison of intramuscular and oral meloxicam in rheumatoid arthritis patients. Inflamm. Res. 2001; 50; 1: 10–16.
13. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. Geneva. 1999.
14. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the USA. // Arthritis & Rheumatism 1998; 12:264–268.
15. Wasiaik R., Kim J., Pransky G. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes. // Spine 2006; 31(2):219–25.
16. Cole T.C., Ghosh P., Taylor T.K.F. Arterparon modifies proteoglycan turnover in the intervertebral disk. // J.Bone J.Sure.1998; 70B:166.