

NONSPECIFIC PAIN IN THE LUMBOSACRAL AREA: CLINICAL FEATURES OF AND APPROACHES TO DRUG THERAPY
(According to the materials of the european guidelines for the management of nonspecific lumbosacral pain)

T.A. Raskina, M.V. Koroleva
Kemerovo State Medical Academy

The paper describes the specific features of the clinical presentation, diagnosis, and treatment of pain syndrome in the lumbosacral area.

Key words: *lumbosacral pain, analgesic therapy, sirdalud.*
Contact: *Tatyana Alekseyevna Raskina rassib@mail.ru*

Под болью в пояснично-крестцовой области подразумевают боль или неприятные ощущения, локализующиеся ниже края реберной дуги и выше ягодичной складки. Боль может иррадиировать в ногу. Боль продолжительностью <6 нед считается острой, от 6 до 12 нед — подострой, ≥12 нед — хронической. Неспецифической называют боль, не связанную с распознаваемыми локальными патологическими процессами, такими как инфекционное, опухолевое, воспалительное (например, анкилозирующий спондилит), травматическое поражение позвоночника, остеопороз, радикулопатия, синдром поражения корешков конского хвоста [1].

Боль в пояснице встречается очень часто: хотя бы раз в жизни ее испытывают более 70% людей. В основном страдают лица от 35 до 55 лет, в развитых странах заболеваемость у взрослых составляет 5% в год, распространенность — 15—45% [2]. Факторы риска изучены недостаточно, чаще всего к ним относят тяжелый физический труд, поднятие тяжестей, длительную работу в положении стоя или сидя, вибрацию [2]. Острая боль в пояснице обычно проходит самостоятельно (в 90% случаев в течение 6 нед), но у 2—7% пациентов она становится хронической. На рецидивирующую и хроническую боль в спине приходится 75—85% дней общей нетрудоспособности [2, 3].

Причины боли в пояснице весьма многообразны. Системные заболевания, опухоли и местные инфекции — причины достаточно редкие. Примерно в 4% случаев боль в спине может быть вызвана компрессионными переломами позвонков, в 1% — новообразованиями, в 1—3% — компрессией поясничных или крестцовых корешков, связанной с грыжей межпозвонкового диска, в редких случаях — анкилозирующим спондилитом. Однако в подавляющем большинстве случаев (85%) специфических структурных изменений и патологических процессов, которые могли бы быть причиной боли, обнаружить не удастся. Дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, выявляемые методами визуализации, обычно слабо коррелируют с клинической симптоматикой.

Первоочередная задача при обследовании пациента с болью в пояснично-крестцовой области — убедиться в том, что боль является скелетно-мышечной и не связана с поражением внутренних органов (панкреатит, эндокардит, нефролитиаз, аневризма аорты, вирусные инфекции и др.). Следующая задача — определить, к какой категории относится боль: неспецифическая, корешковая или связанная с потенциально опасным заболеванием позвоночника. Как правило, для этого достаточно расспроса и физикального обследования. Важно не пропустить так называемые настояраживающие симптомы, которые могут быть проявлениями потенциально опасных заболеваний, таких как опухоли, компрессионные переломы, инфекции и воспалительные

процессы [4]. Необходимо также установить, является ли боль корешковой. В этом помогает анализ жалоб больного, характера и распределения боли. При клиническом обследовании особое внимание следует уделить выявлению нарушений чувствительности, слабости мышц ног, наличию тазовых расстройств: недержание/задержка мочи и кала, которые могут быть проявлением синдрома поражения корешков конского хвоста или спинного мозга и требуют незамедлительного дополнительного инструментального (визуализационного) обследования пациента. Диагностическая ценность приема Ласега, пальпации пояснично-крестцовой области и оценки подвижности суставов при неспецифической боли в пояснично-крестцовой области спорна.

Если настояраживающие симптомы и признаки поражения поясничных и крестцовых корешков отсутствуют, боль считают неспецифической. Помимо дифференциальной диагностики, сбор анамнеза и осмотр пациента преследуют еще одну цель — оценить интенсивность боли и ее влияние на активность больного. Это помогает выбрать тактику лечения.

При сборе анамнеза следует выявлять психосоциальные факторы риска развития хронической боли в спине и длительной нетрудоспособности. К ним относятся эмоциональные расстройства (депрессия, тревога, стресс), проблемы на работе (плохие условия труда, неудовлетворенность видом деятельности), поведенческие нарушения (снижение активности в связи с необоснованными опасениями). Эта информация особенно важна при подострой и хронической боли. По данным систематического обзора 13 исследований психосоциальных факторов риска боли в пояснично-крестцовой области [5], такими факторами могут быть отсутствие социальной поддержки на рабочем месте и неудовлетворенность работой. В другом систематическом обзоре [6] установлено, что психосоциальные факторы играют важную роль в развитии хронической боли в спине и нетрудоспособности.

Еще в одном систематическом обзоре, посвященном изучению связи рентгенологических изменений в поясничном отделе позвоночника и неспецифической боли в пояснично-крестцовой области, было показано, что при этом состоянии дегенеративные изменения (сужение межпозвонкового пространства, остеофиты и остеосклероз) выявляются чаще, однако относительный риск возникновения боли в спине при их наличии не высок, что указывает на низкую специфичность этого метода исследования [7]. Спондилолиз, спондилолистез, spina bifida, люмбализация или сакрализация позвонков — частые находки как при боли в пояснице, так и в ее отсутствие. Поэтому рентгенография при неспецифической боли в пояснице как стандартный диагностический метод нецелесообразна, так как, с одной стороны, не влияет на выбор тактики лечения, а с другой — подвергает пациента лишней лучевой нагрузке.

Недавний обзор литературы, посвященный методам диагностической визуализации — магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная (КТ) томография, рентгенография, радиоизотопное сканирование, — показал, что у взрослых моложе 50 лет с отсутствием симптомов системных заболеваний применение методов визуализации не улучшало результаты лечения боли в пояснице. В недавнем рандомизированном исследовании сделан вывод, что МРТ проводить также нецелесообразно, поскольку ее результат не влияет на тактику лечения, но может увеличить расходы на обследование и повлечь за собой ненужные вмешательства на позвоночнике [8]. Показано, что при наличии симптомов поражения корешков, подозрении на дисцит или новообразование лучший метод диагностики — МРТ, а для оценки деформаций позвоночника — обзорная рентгенография.

Таким образом, хотя имеются данные о связи неспецифической боли в пояснице с дегенеративными изменениями поясничного отдела позвоночника, эта связь довольно слаба и не влияет на выбор лечения и прогноз. Поэтому пациентам, у которых нетстораживающих симптомов и признаков поражения спинномозговых корешков, визуализирующие исследования проводить не следует.

Если боль сохраняется >4–6 нед, проводят повторное обследование. Особое внимание следует уделить психосоциальным факторам риска. Еслистораживающих симптомов и признаков корешковой боли нет, исследование с помощью методов визуализации нецелесообразно, так как на тактику лечения его результаты не влияют.

Цель лечения — устранить боль и предотвратить ее рецидивы. Важное значение имеют также улучшение функционального статуса, общего самочувствия, возвращение трудоспособности и снижение потребности в медикаментозном лечении. В зависимости от сопутствующих боли факторов должны решаться и такие задачи, как устранение мышечного спазма, депрессии, поведенческих нарушений, обусловленных болью, а также восстановление двигательной активности.

Острая боль

При острой боли в пояснице применяют парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты. Обезболивающий эффект парацетамола несколько слабее, чем НПВП, но он считается препаратом выбора благодаря меньшей частоте побочных эффектов.

Парацетамол

Метаанализ и систематический обзор показали, что при боли в пояснице парацетамол не эффективнее НПВП [9]. Побочные эффекты парацетамола обычно легкие. Его комбинация со слабыми наркотическими анальгетиками при однократном применении повышает риск развития побочных эффектов незначительно (ОР 1,1; 95 ДИ 0,8–1,5), а при многократном — существенно (ОР 2,5; 95% ДИ 1,5–4,2) [10].

НПВП

В двух систематических обзорах показано, что регулярный прием НПВП снижает боль, но не влияет на длительность периода нетрудоспособности, болевого синдрома и его хронизацию [11, 12]. Разные НПВП имеют одинаковую эффективность. Побочные эффекты НПВП (особенно у пожилых и при использовании высоких доз) могут быть тяжелыми [13]. У 10% пациентов развиваются гастрит и другие нарушения со стороны ЖКТ. Ибупрофен и диклофенак вызывают желудочно-кишечные побочные эффекты реже других НПВП (ОР при сравнении с плацебо составляет 1,27; 95% ДИ 0,91–1,78), что в ос-

новном связано с применением меньших доз этих препаратов [13]. Корешковую боль НПВП не устраняют.

Миорелаксанты

Миорелаксирующим эффектом обладает большая группа препаратов с разным механизмом действия и показаниями к применению. К средствам, потенциально способным уменьшать мышечный спазм, который нередко бывает одной из причин боли в пояснице, относятся бензодиазепиновые (диазепам, тетразепам) и небензодиазепиновые производные: центральные миорелаксанты (толперизон, циклобензаприн, тизанидин) и флупиртин. Другие средства — дантролен, баклофен — обычно применяют при спастических состояниях, в частности, при рассеянном склерозе, церебральном параличе и травмах спинного мозга.

В трех систематических обзорах показано, что миорелаксанты уменьшают боль в пояснице [9, 14, 15]. Эти обзоры включали 24 клинических исследования (1662 пациента), представлены убедительные данные о том, что при боли в пояснице тизанидин, циклобензаприн, дантролен, кари-зопродол, баклофен и орфенадрин эффективнее плацебо. Одно исследование бензодиазепинов показало, что внутримышечное введение диазепама с последующим приемом этого препарата внутрь в течение 5 дней обеспечивало лучшее кратковременное обезболивание, чем плацебо, однако это исследование включало малое число пациентов, поэтому рекомендация, касающаяся применения этого препарата, имеет невысокий уровень доказательности (уровень C). Данные о небензодиазепиновых миорелаксантах получены в систематических обзорах, поэтому рекомендации об использовании этих препаратов имеют высокий уровень доказательности (уровень A). В частности, по данным метаанализа исследований, в которых сравнивали небензодиазепиновые миорелаксанты с плацебо при лечении в течение 2–4 дней, ОР сохранения болевого синдрома при применении миорелаксантов составляет 0,80 (95% ДИ 0,71–0,89).

В европейских рекомендациях для лечения острой боли в нижней части спины в качестве эффективных миорелаксантов указаны тизанидин, дантролен, диазепам, баклофен [16]. Применение миорелаксантов обосновано признанием важной роли мышечного спазма в патогенезе боли в нижней части спины. Боль вследствие поражения межпозвонковых дисков, фасеточных суставов позвоночника, самих мышц и других причин повышает активность двигательных нейронов спинного мозга, что приводит к мышечному спазму, который в свою очередь играет значительную роль в поддержании боли. Патологически повышенный мышечный тонус имеет различные механизмы усиления боли: непосредственное раздражение болевых рецепторов мышц, ухудшение их кровоснабжения, что приводит к образованию порочного круга, ведущего к усилению мышечного спазма и сопровождающей его боли. Миорелаксанты разрывают порочный круг «боль — мышечный спазм — боль», благодаря чему способны ускорять процесс выздоровления [17].

В нашей стране тизанидин зарегистрирован под названием сирдалуд (Новартис Фарма) и выпускается в виде таблеток для приема внутрь в дозе 2 и 4 мг, а также в виде капсул с модифицированным высвобождением препарата (сирдалуд МР) в дозе 6 мг.

Тизанидин относится к миорелаксантам центрального действия (α -адренергическим агонистам), его эффект реализуется на спинальном и супраспинальном уровнях. Сти-

мулируя пресинаптические α_2 -рецепторы, он подавляет высвобождение возбуждающих аминокислот, которые стимулируют NMDA-рецепторы. Это приводит к угнетению полисинаптических рефлексов спинного мозга, ответственных за гипертонус мышц, и подавлению передачи возбуждения через них, что вызывает снижение повышенного тонуса сгибательной и разгибательной мускулатуры и уменьшение болезненных мышечных спазмов. Помимо миорелаксирующих свойств, тизанидин обладает также центральным умеренно выраженным анальгезирующим эффектом (за счет снижения высвобождения возбуждающих нейромедиаторов в головном мозге на уровне locus ceruleus) [17]. В экспериментах на животных было показано, что тизанидин (сирдалуд) может реализовывать свой эффект через снижение центральной сенситизации [18].

При легких болевых синдромах назначение тизанидина (сирдалуда) можно ограничить приемом препарата на ночь в дозе 2–4 мг до прекращения боли (обычно 5–7 дней). При умеренно выраженном болевом синдроме первый прием лучше также назначить на ночь в дозе 2–4 мг, затем постепенно повысить дозу до 6–8 мг/сут. В тяжелых случаях можно добавить еще 2–4 мг тизанидина (сирдалуда) на ночь. Диапазон эффективной суточной дозы препарата при болевых синдромах составляет 2–12 мг (оптимальная доза — 6–8 мг/сут). Положительный эффект, как правило, отмечается уже на 3-й день терапии. При хронических болевых синдромах обычно проводят курс длительностью 2–4 нед, регулируя продолжительность лечения и дозу препарата в зависимости от эффективности/переносимости.

При слабой или умеренной боли, связанной с мышечным спазмом (например, острая боль в шее или пояснице), может быть достаточно назначить тизанидин (сирдалуд) в виде монотерапии, эффективность которой была подтверждена во многих исследованиях, в том числе и в многоцентровом с участием 2251 пациента с острой болью, вызванной мышечным спазмом в пояснице, шее или плече. 88% пациентов оценили результат лечения как «хороший» или «очень хороший». В исследовании была отмечена также очень хорошая переносимость препарата (90% пациентов указали на «хорошую» или «очень хорошую» переносимость). Эти результаты позволили авторам рекомендовать тизанидин как препарат выбора среди миорелаксантов для лечения боли, связанной с мышечным спазмом [17, 19].

Однако при более выраженной боли для усиления терапевтического эффекта либо при лежащих в ее основе воспалительных изменениях целесообразно совместное применение тизанидина и НПВП. Исследования [20, 21] показали, что применение тизанидина потенцирует эффект НПВП. Кроме того, прием тизанидина (сирдалуда) оказывает гастропротективный эффект, который связывают с его адренергической активностью и спазмолитическим действием. Тизанидин (сирдалуд) уменьшает базальную и индуцированную секрецию кислоты в желудке, устраняет дисбаланс гликопротеидов в слизистой оболочке желудка и в желудочном секрете [18, 21].

В экспериментальных исследованиях при применении тизанидина продемонстрировано значительное снижение ulcerогенного эффекта ацетилсалициловой кислоты, индометацина, мелоксикама, нимесулида и напроксена. Гастропротективная активность тизанидина была доказана и в клинических исследованиях. У пациентов, получавших комбинацию ибупрофена и тизанидина, частота желудочно-ки-

шечных побочных эффектов, включая кровотечения, была достоверно ($p=0,002$) ниже, чем у пациентов, получавших комбинацию ибупрофена и плацебо [20]. Аналогичные результаты были получены и при сравнении комбинации диклофенака и тизанидина с комбинацией диклофенака и плацебо в многоцентровом (12 центров) проспективном двойном слепом плацебоконтролируемом рандомизированном клиническом исследовании, проведенном в 6 странах Азиатско-Тихоокеанского региона и включавшем 405 участников [21]. Гастропатия зарегистрирована у 12% пациентов, получавших комбинацию диклофенака и тизанидина, против 32% пациентов, леченных диклофенаком в сочетании с плацебо ($p<0,001$). Частота положительных результатов анализа кала на скрытую кровь составила в основной группе 5% по сравнению с 11% в контрольной. Важно отметить, что при этом не потребовалось отмены лечения и ни у одного больного не возникло серьезных нежелательных явлений.

Гастропротективное действие сирдалуда имеет особенно важное значение для ведения пациентов с хроническими болевыми синдромами, которые принимают НПВП на протяжении длительного времени (при ревматических заболеваниях), что часто приводит к развитию эрозивного гастрита и язв желудка и двенадцатиперстной кишки [22].

При необходимости следует назначить обезболивающие средства. Желательно, чтобы пациент принимал препарат через фиксированные промежутки времени. При острой неспецифической боли в пояснице препаратом первого ряда является парацетамол, второго — НПВП. При неэффективности парацетамола и НПВП можно назначить короткий курс миорелаксантов, отдельно или в комбинации с НПВП.

Хроническая боль

Для лечения хронической боли чаще всего назначают НПВП, миорелаксанты и наркотические анальгетики. Эффективность медикаментозной терапии при хронической боли хуже поддается оценке из-за сложности патогенеза заболевания и большей роли социальных и психологических факторов.

НПВП

НПВП — препараты выбора при хронической боли в пояснице благодаря их обезболивающему и противовоспалительному действию и доказанной эффективности. Из-за риска побочных эффектов применение этих препаратов должно быть ограничено периодом обострения и не может превышать 3 мес. Сравнительных рандомизированных исследований НПВП, парацетамола и метамизола при хронической боли в пояснице не проводилось.

Миорелаксанты

Лечение хронической боли — более сложная задача, чем лечение острой боли, и требует комплексного подхода. Применение миорелаксантов здесь является только компонентом лечения и должно быть обосновано наличием терапевтической мишени — мышечного спазма. В связи с этим должны быть правильно сформированы ожидания пациента в отношении эффекта миорелаксанта. Применение тизанидина (сирдалуда) может уменьшить боль, облегчить движения пациента, но не прекратит боль полностью, так как при хронической боли мышечный компонент не является ведущим.

В лечении хронических болевых синдромов применяют антиконвульсанты, антидепрессанты, поэтому важно учитывать, как взаимодействует тизанидин с этими лекарствами. Имеются работы, показавшие, что тизанидин потенцирует действие трициклических антидепрессантов (амитриптили-

Сирдалуд®

тизанидин

Наиболее предпочтительный
миорелаксант для
комбинации с НПВП*^{1, 2}



- Усиливает действие НПВП^{3, 4}
- Обеспечивает гастропротективный эффект^{2, 3, 5, 6, 7}



* НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

Краткое описание

Сирдалуд® (SIRDALUD®)
Сирдалуд® МР (SIRDALUD® MR)

Регистрационный номер, П. № 012947/01 от 19.08.2005 г., № ЛС-002605 от 29.12.2006 г.

Лекарственная форма. Сирдалуд®: таблетки (1 таблетка содержит 2 или 4 мг тизанидина в форме гидрохлорида). Сирдалуд® МР: капсулы с модифицированным высвобождением (1 капсула содержит 6 мг тизанидина в форме гидрохлорида).

Показания. Сирдалуд® и Сирдалуд® МР. Спастичность скелетных мышц при неврологических заболеваниях, например, при рассеянном склерозе, хронической миелопатии, дегенеративных заболеваниях спинного мозга, последствиях нарушений мозгового кровообращения и детском церебральном параличе (пациенты старше 18 лет). Сирдалуд®. Болезненный мышечный спазм, связанный со статическими и функциональными заболеваниями позвоночника (шейный и поясничный синдромы), а также возникающий после хирургического вмешательства, например, по поводу грыжи межпозвоночного диска или остеопороза тазобедренного сустава.

Способ применения и дозы. Болезненный мышечный спазм: Сирдалуд®: от 2 до 4 мг 3 раза в сутки.

Спастичность скелетных мышц, вызванная неврологическими заболеваниями: Сирдалуд®: начальная суточная доза не должна превышать 6 мг, разделенных на 3 приема. Затем дозу постепенно увеличивают до достижения оптимального терапевтического эффекта (12–24 мг в сутки). Не следует превышать суточную дозу 36 мг. Сирдалуд® МР: начальная доза составляет 6 мг в сутки; при необходимости суточную дозу можно постепенно увеличивать – на 6 мг с интервалами 3–7 дней до максимальной – 24 мг/сут.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к тизанидину или к любому другому компоненту препарата. Выраженные нарушения функции печени. Одновременное применение с сильными ингибиторами CYP1A2, такими, как флувоксамин или ципрофлоксацин.

Предосторожности. При применении тизанидина возможно развитие выраженного снижения АД (в отдельных случаях вплоть до коллапса и потери сознания). Не следует резко отменять терапию тизанидина, дозу препарата снижают постепенно.

Необходимо проводить контроль функции печени у больных, получающих тизанидин в суточной дозе 12 мг и выше. При наличии клинических признаков нарушения функции печени, а также при стойком повышении активности печеночных трансаминаз в плазме крови (выше верхней границы нормы в 3 раза и более)

применение тизанидина следует прекратить. Соблюдать осторожность у больных с нарушениями функции почек, а также у пациентов в возрасте старше 65 лет. Не рекомендуется применять у детей и подростков младше 18 лет. Тизанидин может применяться в период беременности только в том случае, если ожидаемая польза для матери перевешивает потенциальный риск для плода. При развитии головокружения или снижения АД на фоне терапии тизанидином следует воздержаться от управления автотранспортом или работы с механизмами.

Сирдалуд® не рекомендуется пациентам с редкими наследственными заболеваниями, такими, как непереносимость галактозы, тяжелая лактазная недостаточность, мальабсорбция, глюкозы-галактозы.

Взаимодействие. Не рекомендуется одновременное применение с ингибиторами CYP1A2, такими, как некоторые антиаритмические средства (амиодарон, мексилетин, пропафенон), циметидин, некоторые фторхинолоны (эноксацин, левофлоксацин, норфлоксацин), рофекоксиб, оральные контрацептивы и тиклопидин. Антигипертензивные средства, включая диуретики; седативные препараты; алкоголь.

Побочное действие. При приеме в малых дозах, рекомендуемых для облегчения болезненного мышечного спазма: сонливость, утомляемость, головокружение, сухость во рту, тошнота, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, повышение активности печеночных трансаминаз, снижение АД.

При приеме более высоких доз, рекомендуемых для лечения спастичности, могут также наблюдаться: мышечная слабость, бессонница, расстройства сна, галлюцинации, снижение артериального давления, брадикардия, гепатит и печеночная недостаточность.

При резкой отмене терапии тизанидином отмечалось развитие тахикардии и повышение АД, в отдельных случаях могущее привести к острому нарушению мозгового кровообращения.

Формы выпуска. Сирдалуд®: таблетки 2 мг по 30 шт. в упаковке, таблетки 4 мг по 30 шт. в упаковке.

Сирдалуд® МР: капсулы с модифицированным высвобождением 6 мг по 10, 20 и 30 капсул в упаковке.

Примечание для врачей. Прежде чем назначить препарат, пожалуйста, прочитайте также инструкцию по применению.

Сирдалуд®: «НОВАРТИС ФАРМА АГ», ШВЕЙЦАРИЯ, ПРОИЗВЕДЕНО «НОВАРТИС САГЛИК ГИДА ВЕ ТАРИМ ЮРЮНЛЕРИ САНАЙИ ВЕ ТИКАРЕТ А.С.», ТУРЦИЯ.

Сирдалуд® МР: «НОВАРТИС ФАРМА АГ», ШВЕЙЦАРИЯ, ПРОИЗВЕДЕНО «НОВАРТИС ФАРМАСЬЮТИКА С.А.», ИСПАНИЯ.

1. Данилов А.Б. Возможности применения тизанидина (Сирдалуд) в клинической практике. Обзор литературы // РМЖ, т. 17, № 19, 2009.

2. Левин Я.И., Кудаква А.М. Боли в спине // РМЖ, т. 17, № 7, 2009.

3. Бадюкин В.В. Значение миорелаксантов в купировании болевого синдрома и мышечного гипертонуса при ревматических заболеваниях // РМЖ, т. 17, № 4, 2009.

4. Sirdalud Ternerlin Asia Pacific Study Group Efficacy and gastroprotective effects of tizanidine plus diclofenac versus placebo plus diclofenac in patients with painful muscle spasms // Current Therapeutic Research 1998; 59 (1): 13–22.

5. Emre M. The gastroprotective effects of tizanidine: an overview // Current Therapeutic Research 1998; 59 (1): 2–12.

6. Осипова В.В. Головная боль напряжения: Практическое руководство для врачей. — М.: Издательство ОГТИ, 2009 г.

7. Wagstaff A.J., Bryson H.M. Tizanidine. A review of its pharmacology, clinical efficacy and tolerability in the management of spasticity associated with cerebral and spinal disorders // Drugs 1997; 53 (3): 435–452.



ООО «Новartis Фарма»: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2; тел.: (495) 967 1270; факс: (495) 967 1268

SUD/MedPres/A4/0311/3000

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ К ПРЕПАРАТУ

Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

на) [23]. В то же время необходимо помнить, что тизанидин нельзя сочетать с приемом антидепрессанта флувоксамина. Одновременный прием тизанидина и флувоксамина может привести к тяжелому снижению АД и вызвать осложнения со стороны ЦНС. Это предостережение недавно появилось в инструкции по применению тизанидина (сирдалуд).

Таким образом, благодаря высокой эффективности и незначительным побочным эффектам ряд отечественных и зарубежных экспертов рассматривают тизанидин (сирдалуд) как препарат выбора для лечения острой и подострой миофасциальной боли в качестве монотерапии и как препарат первой очереди для лечения хронического миофасциального синдрома в комбинации с другими медикаментами [19, 24].

Антидепрессанты

Антидепрессанты часто используются в составе медикаментозной терапии хронической боли. Лучше всего изучены трициклические антидепрессанты (норадренергические и норадренергические/серотонинергические). Обезболивающее действие этих препаратов связывают с блокадой обратного захвата нейротрансмиттеров (норадреналина и серотонина) и модулированием болевой чувствительности.

Наркотические анальгетики

При непереносимости или неэффективности парацетамола и НПВП применяются наркотические анальгетики. Лечение следует начинать со слабых наркотических анальгетиков для приема внутрь или в виде накожных пластырей (трамадол, кодеин, тилидин). Побочные эффекты длительного лечения такими средствами обычно незначительные (запор, головокружение, потливость), возможно развитие импотенции. В связи с риском возникновения зависимости следует отдавать предпочтение препаратам медленного высвобождения и приему препарата через строго определенные промежутки времени. Сильные наркотические анальгетики (морфин, оксикодон, гидроморфон, фентанил) можно использовать только как последнее средство, когда остальные возможности обезболивания исчерпаны.

Габапентин

Противосудорожное средство габапентин применяется для лечения невропатической боли. В рандомизированном исследовании у пациентов с неспецифической хронической болью в пояснице габапентин не обеспечил существенного обезболивающего эффекта по сравнению с плацебо [25].

Капсаицин

Капсаицин — вещество, получаемое из кайенского перца, связывается с болевыми рецепторами кожи, вследствие чего сначала наступает период повышенной чувствительности, проявляющейся зудом, жжением, покалыванием и расширением сосудов кожи, а затем — рефрактерный период со сниженной чувствительностью. При повторном применении развивается стойкая, но полностью обратимая десенситизация. Рандомизированные исследования [26, 27] убедительно показали, что применение в течение 3 нед пластыря с капсаицином обеспечивало выраженный обезболивающий эффект по сравнению с плацебо.

Таким образом, в период обострений хронической боли в пояснице можно использовать НПВП и слабые наркотические анальгетики. На непродолжительное время можно назначать миорелаксанты и пластырь с капсаицином. Целесообразно применение норадренергических и норадренергических/серотонинергических антидепрессантов. Габапентин при хронической боли в пояснице не рекомендуется.

Эпидуральное введение глюкокортикоидов (ГК)

Эффективность эпидурального введения ГК при острой неспецифической боли в пояснице изучалась в четырех систематических обзорах, которые дали противоречивые результаты [9, 28–30]. Эффективность этого метода при хронической неспецифической боли также не доказана. Учитывая риск побочных эффектов (головная боль, лихорадка, повреждение твердой оболочки спинного мозга, эпидуральный абсцесс, угнетение дыхания), применение этого метода нецелесообразно.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(2):192–300.
2. Andersson G.B.J. The epidemiology of spinal disorders. In: Frymoyer J.W., ed. *The adult spine: principles and practice*. 2nd ed. New York: Raven Press, 1997;93–141.
3. Frymoyer J.W. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988;318:291–300.
4. Royal College of General Practitioners. *Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain*. London: Royal College of General Practitioners, 1996 and 1999.
5. Hoogendoorn W.E., van Poppel M.N.M., Bongers P.M. et al. Systemic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000;25:2114–25.
6. Linton S.J. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25:1148–56.
7. Van Tulder M.W., Assendelft W.J.J., Koes B.W. et al. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain: a systematic review of observational studies. *Spine* 1997;22:427–34.
8. Jarvik J.G., Hollingworth W., Martin B. et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2810–8.
9. Van Tulder M.W., Koes B.W., Bouter L.M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22:2128–56.
10. De Craen A.J.M., Di Giulio G., Lampe-Schoenmaeckers A.J.E.M. et al. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *Br Med J* 1996;313:321–5.
11. Koes B.W., Scholten R.J.P.M., Mens J.M.A. et al. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997;56:214–23.
12. Van Tulder M.W., Scholten R.J.P.M., Koes B.W. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software 2000.
13. Henry D., Lim L.L.Y., Rodriguez L.A.G. et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *Br Med J* 1996;312:1563–6.
14. Van Tulder M.W., Touray T., Furlan A.D. et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004.
15. Bigos S., Bowyer O., Braen G. et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR publication no. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of health

and Human Services. December 1994.

16. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006;15(Suppl. 2):169—91.
17. Данилов А.Б. Возможности применения тизанидина (сирдалуда) в клинической практике. Обзор литературы. РМЖ 2009;17 (20):1370.
18. Coward D.M. Tizanidine: Neuropharmacology and mechanism of action. Neurology 1994;44(Suppl. 9): 6—11.
19. Hutchinson D.R., Daniels F. A multinational study in general practice to evaluate the effectiveness and tolerability of tizanidine in the treatment of painful muscle spasms. Br J Clin Res 1990;1:39—48.
20. Berry H., Hutchinson D.R. Tizanidine and ibuprofen in acute low-back pain: Results of a double-blind multicentre study in general practice. J Intern Med Res 1988;16: 83—91.
21. Sirdalud Ternilin Asia-Pacific Study

- group. Efficacy and gastroprotective effects of tizanidine plus diclofenac versus placebo plus diclofenac in patients with painful muscle spasm. Curr Ther Res 1998;59:13—22.
22. Бадюкин В.В. Применение сирдалуда в ревматологической практике. РМЖ 2005;13(24):1588—9.
23. Bettucci D., Testa L., Calzoni S. et al. Combination of tizanidine and amitriptyline in the prophylaxis of chronic tension — type headache: evaluation of efficacy and impact on quality of life. J Headache Pain 2006;7(1):34—6.
24. Воробьева О.В. Возможности альфа-адренергических агонистов в лечении миофасциальной боли. РМЖ 2007;5:445—8.
25. McClean G.J. Does Gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain? A randomised, double-blind, placebo controlled study. Pain Clinic 2001;13:103—7.

26. Keitel W., Frerick H., Kuhn U. et al. Capsicum pain plaster in chronic non-specific low back pain. Arzneimittelforschung 2001;51(11):896—903.
27. Frerick H., Keitel W., Kuhn U. et al. Topical treatment of chronic low back pain with a capsicum plaster. Pain 2003;106(1—2):59—64.
28. Koes B.W., Scholten R.J.P.M., Mens J.M.A. et al. Epidural steroid injections for low back pain and sciatica: an updated systematic review of randomized clinical trials. Pain Digest 1999;9:241—7.
29. Nelemans P.J., de Bie R.A., de Vet H.C.W. et al. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2001.
30. Watts R.W., Silagy C.A. A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica. Anaesth Intensive Care 1995;23:564—9.

Применение ацеклофенака (аэртала) при боли в спине

Ю.Л. Корсакова

РМАПО, Москва

Боль в спине — самый распространенный вариант поражения опорно-двигательного аппарата, который в большинстве случаев обусловлен патологией мягких тканей и дегенеративными изменениями в позвоночнике, реже — грыжей межпозвонкового диска, спинальным стенозом, компрессионными переломами при остеопорозе, травмами, врожденными аномалиями, смещением позвонков, а также инфекциями, опухолями, воспалительными процессами в позвоночнике и отраженной болью. Ряд ревматических заболеваний протекает с болью в спине, в том числе серонегативные спондилоартриты, болезни Шейермана—Мау и Форестье, остеоартроз и др. Причину болевого синдрома в спине зачастую установить не удается. Для терапии данного патологического состояния применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), среди которых ацеклофенак (аэртал) зарекомендовал себя как эффективное средство, характеризующееся хорошей переносимостью.

Ключевые слова: боль в спине, дегенеративные изменения в позвоночнике, серонегативные спондилоартриты, ацеклофенак (аэртал).

Контакты: Юлия Леонидовна Корсакова julia_06@mail.ru

USE OF ACECLOFENAC (AERTAL) IN BACK PAIN

Yu.L. Korsakova

Russian Medical Academy for Postgraduate Education, Moscow

Back pain is a generalized type of locomotor lesion that is caused by soft tissue pathology and degenerative changes in the vertebral column in most cases and by intervertebral disk herniation, spinal stenosis, compression fractures in osteoporosis, by injuries, congenital anomalies, vertebral displacement less frequently, as well as by infections, tumors, inflammatory processes in the vertebral column, and related pain. A number of rheumatic diseases, including seronegative spondyloarthritis, Scheuermann—Mau' disease, Forestier's disease, osteoarthritis, etc., are accompanied by back pain. The cause of back pain syndrome cannot be frequently identified. This abnormality is treated by nonsteroidal anti-inflammatory drugs, among which aceclofenac (Aertal) has acquired a reputation as an agent having a good tolerability.

Key words: back pain, degenerative changes in the vertebral column, seronegative spondyloarthritis, aceclofenac (Aertal).

Contact: Yulia Leonidovna Korsakova julia_06@mail.ru

Болевой синдром в области позвоночника — самый распространенный вариант патологии опорно-двигательного аппарата. Диагностика и лечение этого синдрома явля-

ются важной биопсихосоциальной проблемой, решением которой занимаются специалисты разного профиля: неврологи, ортопеды, нейрохирурги, ревматологи, психиатры [1].