

Хроническая боль в нижней части спины: диагностика и современные принципы терапии

Головачева В.А., Исайкин А.И.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Хроническая неспецифическая боль в нижней части спины (БНЧС) — одна из самых распространенных причин нетрудоспособности взрослого населения. Хроническое течение боли в спине часто поддерживается неправильным образом жизни пациента и назначением неэффективных методов лечения. Сочетание когнитивно-поведенческой терапии, лечебной гимнастики, постепенного увеличения физической активности с рациональной фармакотерапией эффективно в большинстве случаев хронической неспецифической БНЧС. При данном заболевании нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются лекарственными средствами первого выбора, которые целесообразно назначать коротким курсом. Выбор НПВП определяется наличием у пациента сопутствующих заболеваний и риском развития нежелательных явлений. Обсуждаются эффективность и безопасность мелоксикама при неспецифической БНЧС.

Ключевые слова: боль в нижней части спины; хроническая боль в спине; поясничная боль; лечение; нестероидные противовоспалительные препараты; мелоксикам.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; xoxo.veronica@gmail.com

Для ссылки: Головачева ВА, Исайкин АИ. Хроническая боль в нижней части спины: диагностика и современные принципы терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(4):147–152.

Chronic lower back pain: diagnosis and current principles of therapy

Golovacheva V.A., Isaikin A.I.

Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021

Chronic nonspecific lower back pain (LBP) is one of the most common causes of adult disability. The chronic course of back pain is often supported by the patient's unhealthy lifestyle and the use of ineffective treatments. The combination of cognitive behavioral therapy, therapeutic exercises, gradually increased physical activity, and rational pharmacotherapy are effective in most cases of chronic non-specific LBP. In this disease, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are the first-choice drugs that should be prescribed in a short cycle. The choice of NSAIDs is determined by the presence of concurrent diseases in the patient and by the risk of developing adverse events. The paper discusses the efficacy and safety of meloxicam in non-specific NSAIDs.

Keywords: lower back pain; chronic lower back pain; lumbar spine pain; treatment; nonsteroidal anti-inflammatory drugs; meloxicam.

Contact: Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronica@gmail.com

For reference: Golovacheva VA, Isaikin AI. Chronic lower back pain: diagnosis and current principles of therapy. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2019;11(4):147–152.

DOI: 10.14412/2074-2711-2019-4-147-152

Боль в нижней части спины (БНЧС) относится к числу ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения во всех развитых странах мира [1]. Известно, что БНЧС является причиной нетрудоспособности в 11–12% случаев. До 84% людей в течение жизни отмечают хотя бы один эпизод БНЧС [2]. Обычно у 60% пациентов с БНЧС через несколько недель после ее возникновения наблюдается выздоровление [3], но у 40% продолжительность боли увеличивается, и возрастает риск хронизации боли [4]. Распространенность хронической неспецифической БНЧС у взрослого населения составляет 23% [2]. БНЧС приводит к большим экономическим потерям в связи с нетрудоспособностью и оплатой медицинской помощи. Например, в Германии экономическое бремя БНЧС у лиц от 18 до 75 лет было оценено в 49 млрд евро [5].

Диагностика БНЧС

Хроническая неспецифическая БНЧС — скелетно-мышечная боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками и сохраняется 12 нед и более. Миофасциальный синдром чаще всего возникает вследствие мышечного перенапряжения, вызванного неподготовленными движениями, интенсивной физической активностью и длительными статическими нагрузками. Перечисленные процессы приводят к травме мышц спины, их растяжению, надрывам скелетно-мышечных и соединительнотканых волокон. Вторая причина формирования миофасциального синдрома — рефлекторное напряжение мышц спины из-за грыж дисков и спондилоартрита пояснично-крестцового отдела позвоночника [6, 7].

Диагноз хронической неспецифической БНЧС основывается на тщательном сборе жалоб и анамнеза, данных неврологического, соматического и нейроортопедического обследования. Типичная клиническая картина неспецифической БНЧС: ноющая боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, которая может распространяться на ногу, усиливаться при движениях с участием заинтересованных мышц и в определенных позах. При обследовании пациента с неспецифической БНЧС выявляется ограничение подвижности пояснично-крестцового отдела позвоночника из-за боли и напряженных мышц, при пальпации определяются напряжение и болезненность мышц спины, часто — болезненность в области фасеточных суставов (ФС) и крестцово-подвздошных сочленений (КПС). Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.

Пациентам с хронической БНЧС показаны инструментальные обследования: рентгенологическое исследование, рентгеновская компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная (МРТ) томография поясничного отдела, потому что при длительной боли повышается вероятность специфического характера заболевания [8]. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяет выявить врожденные аномалии и деформации, переломы позвонков, спондилолистез, воспалительные заболевания (спондилиты), первичные и метастатические опухоли, а также другие изменения. При КТ или МРТ возможно обнаружение грыж межпозвоночных дисков (с определением их размера и локализации), а также стеноза поясничного канала, опухоли спинного мозга или конского хвоста и др. Выбор метода исследования у конкретного пациента зависит от клинической ситуации, необходимости исключения определенных заболеваний (см. таблицу) [7, 9]. Целесообразно объяснить пациенту, что консультация специалиста по боли в спине не уступает по информативности инструментальным методам обследования.

При хронической БНЧС необходимо провести оценку психологических и социальных факторов боли для уточне-

ния прогноза заболевания и использования эффективных психологических методов терапии [9, 10]. Наличие психологических и социальных факторов боли является основанием для направления пациентов в мультидисциплинарные центры, в которых проводятся их выявление и коррекция [11].

Гипердиагностика остеохондроза позвоночника и грыж межпозвоночных дисков по результатам методов нейровизуализации

Многие пациенты с неспецифической БНЧС выполняют КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника по собственной инициативе, еще до посещения невролога или терапевта [11]. При этом нередко у людей среднего возраста и большинства пожилых пациентов выявляются остеохондроз позвоночника, протрузии и грыжи межпозвоночных дисков. На практике клиническое значение указанных изменений часто переоценивается, и они ошибочно трактуются как причина боли в спине [12]. Из-за этого устанавливается неправильный диагноз, избирается ошибочная тактика ведения пациента: «лечение остеохондроза», «лечение грыжи межпозвоночного диска», а не реально существующих у большинства пациентов скелетно-мышечных изменений [7]. Все это усугубляет тяжесть состояния пациента, приводя к искаженному представлению об имеющемся заболевании, катастрофизации боли, эмоциональным нарушениям (снижение настроения, повышение уровня тревоги), формированию ограничительного поведения из-за страха повреждения тканей, снижению социальной и профессиональной активности, а часто и к полному прекращению работы. Как следствие, такие пациенты «уходят в болезнь», и их лечение становится трудной задачей [8].

Подходы к лечению хронической неспецифической БНЧС

Эффективность лечения хронической неспецифической БНЧС оценивается по снижению ее интенсивности,

Возможные причины БНЧС и врачебная тактика при симптомах опасности

Симптомы опасности	Возможные причины БНЧС	Врачебная тактика
Злокачественное новообразование в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; возраст старше 50 лет; появление или усиление боли в покое, в ночное время	Злокачественное новообразование	Рентгенография, КТ или МРТ, в части случаев скintiграфия позвоночника, консультация онколога
Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков	Инфекционное поражение позвонков или дисков	КТ или МРТ позвоночника
Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности	Синдром поражения корешков конского хвоста	КТ или МРТ позвоночника, консультация нейрохирурга
Наличие признаков остеопороза, прием ГК, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины	Компрессионный перелом позвоночника	Рентгенография, КТ или МРТ позвоночника
Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений и приема НПВП	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	Консультация ревматолога
Наличие пульсирующего образования в брюшной полости	Аневризма брюшного отдела аорты	УЗИ, консультация хирурга
Выраженная или нарастающая слабость в ногах	Грыжа диска и (или) поясничный стеноз	КТ или МРТ позвоночника, консультация нейрохирурга

Примечание. ГК — глюкокортикоиды.

улучшению функционального статуса и эмоционального состояния, повышению трудоспособности пациента. Методы лечения хронической неспецифической БНЧС можно разделить на фармакологические, нефармакологические, инвазивные и хирургические [9]. Важное значение при ведении пациентов с неспецифической БНЧС придается нелекарственным методам лечения, поскольку заболевание имеет благоприятный прогноз при естественном течении, а применение лекарственных и хирургических методов связано с определенным риском осложнений. Среди нелекарственных методов ведущую роль играют информирование пациента с БНЧС о благоприятном прогнозе заболевания, целесообразности сохранения физической, социальной и профессиональной активности, при подострой и хронической БНЧС — применение лечебной гимнастики и психологических методов терапии.

Нефармакологические методы лечения

Сегодня нефармакологические методы лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС хорошо изучены и весьма разнообразны. Одни из них имеют высокую доказательную базу, другие — весьма низкую. Правильный выбор нефармакологического метода лечения может оказать решающим для достижения успеха терапии.

Образовательная беседа с пациентом о боли в спине — пациента необходимо информировать о доброкачественном характере заболевания, целесообразности сохранять физическую, социальную и профессиональную активность, избегать постельного режима. Важно определить факторы, которые поддерживают хроническое течение боли (нарушение сна, катастрофизация боли, тревога, ограничительное поведение), объяснить пациенту негативное влияние этих факторов на боль и тактику их коррекции [8, 9].

Лечебная гимнастика — наиболее эффективное направление лечения хронической неспецифической БНЧС [2, 13]. Показано преимущество лечебной гимнастики по сравнению с ее отсутствием или другими методами терапии (физиотерапия, чрескожная электрическая стимуляция нерва и др.) в отношении уменьшения боли и улучшения функциональной активности пациентов [14]. Существуют упражнения, направленные на укрепление мышц, выносливость, подвижность, увеличение объема движений, точность выполнения движений, тренировку сердечно-сосудистой системы, улучшение функционирования [15]. Выделяют три основные группы упражнений: биомеханические, аэробные и осознанные [13]. Упражнения проводятся в форме регулярных занятий, продолжительностью от 30 до 90 мин, в группе или индивидуально [9]. По терапевтической эффективности индивидуальные и групповые занятия достоверно не различаются [13, 16]. Однако результаты отдельных сравнительных исследований показали преимущество групповых занятий перед индивидуальными в облегчении боли и улучшении качества жизни. Упражнения, выполняемые под контролем специалиста по лечебной гимнастике, более эффективны для облегчения боли и улучшения качества жизни, чем самостоятельные занятия пациентов.

Биомеханические упражнения способствуют в первую очередь улучшению механической подвижности позвоночника. Применяют несколько вариантов биомеханических упражнений, направленных: 1) на укрепление мышц (силовые); 2) на растяжение мышц; 3) на увеличение объема дви-

жений; 4) на улучшение мышечного контроля (программы по улучшению устойчивости, пилатес); 5) на улучшение конкретных затруднительных движений (включая упражнения Маккензи, упражнения по методу Фельденкрайза).

Аэробные упражнения улучшают в первую очередь работу сердечно-сосудистой системы и физическую выносливость.

Осознанная гимнастика (йога, тай чи) — это выполнение физических упражнений при условии полного сосредоточения внимания на движениях и возникающих во время их выполнения ощущениях в мышцах. При выполнении упражнений проводится синхронизация движений и дыхания. Осознанная гимнастика отличается от двух предшествующих групп упражнений наличием элементов психотерапии и медитации: упражнения направлены на понимание связи между сознанием (мыслями) и телом (физическими ощущениями) и умение ее контролировать.

Анализ 75 контролируемых рандомизированных исследований, проведенных с 1979 по 2015 г., продемонстрировал несколько преимуществ различных групп упражнений перед стандартным лечением и другими нелекарственными методами [16]:

1) индивидуальные биомеханические упражнения достоверно превосходят стандартное лечение по облегчению боли в покое, при движениях и во время ходьбы, по улучшению качества жизни, по снижению уровня психологического дистресса;

2) индивидуальные биомеханические упражнения достоверно превосходят хиропрактику, физиотерапию, самостоятельные занятия лечебной гимнастикой (без специалиста) по долгосрочному облегчению боли, по повышению функциональной активности, по улучшению физического качества жизни;

3) групповые биомеханические упражнения достоверно превосходят стандартное лечение по долгосрочному облегчению боли и улучшению качества жизни;

4) групповые биомеханические упражнения достоверно превосходят самостоятельные занятия лечебной гимнастикой по долгосрочному облегчению боли;

5) индивидуальные аэробные упражнения достоверно превосходят стандартное лечение по долгосрочному облегчению боли; среди аэробных упражнений аквааэробика (ходьба в воде, на глубине) эффективнее, чем бег и ходьба по беговой дорожке, в краткосрочном и долгосрочном облегчении боли;

6) групповые аэробные упражнения достоверно превосходят стандартное лечение по улучшению физического и психологического качества жизни и схожи по эффективности в облегчении боли;

7) групповые аэробные упражнения достоверно превосходят самостоятельные занятия гимнастикой по облегчению боли;

8) осознанная гимнастика достоверно превосходит стандартное лечение по долгосрочному облегчению боли и повышению функциональной активности;

9) групповая осознанная гимнастика достоверно превосходит самостоятельные занятия гимнастикой.

По данным большинства исследований, групповые упражнения имеют преимущество перед индивидуальными по облегчению боли, снижению уровня психологического дистресса [16]. Осознанная гимнастика эффективнее, чем

другие виды упражнений, снижает уровень психологического дистресса. Групповые занятия хатха-йогой превосходят йогу Айенгара по долгосрочному облегчению боли и уменьшению уровня психологического дистресса. Некоторое преимущество имеют физические упражнения на свежем воздухе (аэробная лечебная гимнастика).

Однако пока нет убедительных данных о преимуществе какого-либо метода лечебной гимнастики или комплекса упражнений; ведущее значение имеют регулярность физических упражнений, исключение резких и чрезмерных движений [16]. Пешие прогулки, ходьба — высокоэффективный метод лечения и профилактики хронической неспецифической БНЧС [17]. Регулярные пешие прогулки на свежем воздухе (не менее 3–4 раз в неделю по 30 мин) могут способствовать уменьшению интенсивности хронической БНЧС и улучшению функционального состояния, но не заменяют лечебную гимнастику под руководством специалиста и должны сочетаться с ней [18].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — краткосрочный метод психотерапии с доказанной эффективностью в лечении болевых синдромов. КПТ способствует уменьшению боли, улучшению функционального статуса, повышению повседневной активности и рекомендована для лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС [2]. КПТ — не просто беседа с пациентом о заболевании, информирование его о причинах боли и благоприятном прогнозе. Важно отличать КПТ от других методов лечения — образовательной программы для пациентов и неэффективной в лечении хронической боли рациональной психотерапии. КПТ — структурированный метод, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы. Основная идея КПТ заключается в том, что сформировавшиеся у пациента с хронической болью дезадаптивные, нерациональные мысли и убеждения способствуют развитию дисфункционального поведения, которое и поддерживает его болезнь. Задачи КПТ: 1) выявить дезадаптивную мысль; 2) методично подвергнуть ее сомнению в представлении пациента; 3) перестроить представление пациента; 4) заменить дезадаптивную мысль на адаптивную и 5) разработать совместно с пациентом новый, функциональный по отношению к болезни, поведенческий навык. Длительная боль формирует у пациента болевое поведение, вызывает психологические проблемы и, возможно, развитие психических заболеваний (например, панического расстройства, депрессии). Решение этих проблем включают в задачи КПТ, что повышает ее практическое значение. КПТ проводится в форме сессий, индивидуально или в группе [19, 20]. Сочетание КПТ с лечебной гимнастикой и постепенным увеличением физической активности — высокоэффективная терапевтическая программа, позволяющая вернуть пациента к труду [2]. Данный метод лечения применяется в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова для лечения пациентов с хронической болью, в частности с хронической неспецифической БНЧС.

Физиотерапия, массаж — самые распространенные нефармакологические методы лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС в России, эффективность которых продолжает обсуждаться. На сегодняшний день эти методы не имеют доказательной базы и в связи с этим не могут быть официально рекомендованы [2].

Мануальная терапия — метод, широко применяемый в России для лечения хронической неспецифической БНЧС, его эффективность — также предмет дискуссий. Мануальная терапия эффективнее имитации мануальной терапии в облегчении боли и улучшении функционального статуса, но лишь на короткое время. Добавление мануальной терапии к стандартной терапии более эффективно, чем применение только стандартной терапии [2]. Считается, что мануальная терапия может дать положительный результат при высоком методическом уровне ее выполнения и при сочетании с лечебной гимнастикой, а также с другими методами лечения [6].

Фармакологическое лечение

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) используются для уменьшения боли, повышения функциональной активности, улучшения физического качества жизни; не установлено преимуществ какого-либо НПВП перед другими [16, 21]. При хронической неспецифической БНЧС НПВП назначают по возможности на короткий срок (до 10–14 дней) в минимальных эффективных дозах. При выборе конкретного НПВП следует учитывать риск возможных побочных эффектов [22].

Миорелаксанты — эффективность этой группы препаратов при хронической неспецифической БНЧС продолжает обсуждаться. В ряде исследований продемонстрирована эффективность миорелаксантов в облегчении болевого синдрома у пациентов с БНЧС [23, 24]. В то же время есть указания на то, что уменьшение интенсивности боли не связано с влиянием миорелаксантов на мышечное напряжение [25]. В российской практике наиболее часто назначаются тизанидин (сирдалуд) и толперизон (мидокалм) [6].

Антидепрессанты — их применение для лечения хронической неспецифической БНЧС весьма дискуссионно. Указывается, что антидепрессанты с норадренергическим и двойным (норадренергическим и серотонинергическим) действием эффективно облегчали боль по сравнению с плацебо, но были неэффективны для улучшения повседневной активности, функционального статуса и трудоспособности [2]. По заключению авторов кохрановского обзора исследований, посвященных лечению неспецифической БНЧС антидепрессантами, недостаточно данных, доказывающих их эффективность в уменьшении боли, улучшении настроения и функционального статуса [26]. Это не относится к пациентам с сочетанной большой депрессией, у которых терапия антидепрессантами может давать клинический эффект. К антидепрессантам с доказанным противоболевым действием относятся амитриптилин, имипрамин, дулоксетин, венлафаксин. В круг терапевтических задач при назначении антидепрессанта пациентам с БНЧС могут быть включены: 1) уменьшение боли (при этом противоболевое действие препарата не связано с наличием или отсутствием депрессии); 2) улучшение настроения (при наличии у пациента признаков депрессии и при условии длительного приема препарата); 3) улучшение сна за счет седативного и противоболевого эффекта. Не получено доказательств эффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам) при неспецифической БНЧС, их не рекомендуется использовать при лечении данной категории пациентов [2, 26].

Пластырь с капсаицином. Аппликации пластыря с капсаицином по сравнению с плацебо эффективно облегчают

боль на короткий период (3 нед) [2]. Но это дорогостоящий метод, требующий специальной подготовки медицинского персонала для проведения процедуры.

Инвазивные и хирургические методы лечения

Введение лекарственных средств (блокады с анестетиками и ГК) в область ФС, КПС можно использовать при подострой и хронической неспецифической БНЧС, поскольку оно способно уменьшить боль и незначительно улучшить функциональное состояние пациентов [27]. Введение лекарственных средств (блокады с анестетиками и ГК) в ФС и КПС целесообразно сочетать с другими методами терапии (лечебная гимнастика, психологические методы); это позволяет пациенту более активно заниматься лечебной гимнастикой [9, 16].

Радиочастотная денервация ФС и КПС может применяться при хронической скелетно-мышечной БНЧС в тех случаях, когда получен положительный эффект диагностической блокады (с анестетиками и ГК) [27]. Радиочастотная денервация наиболее обоснованна у тех пациентов, у которых наблюдается значительный эффект (уменьшение боли на 50–70% и более) после диагностической блокады с анестетиками [16].

Хирургическое лечение в виде удаления грыжи межпозвоночного диска или других вмешательств на диске не рекомендуется при скелетно-мышечной БНЧС, так как не имеет преимуществ перед консервативной терапией и сопряжено с риском развития нежелательных явлений [8, 9].

Эффективность и безопасность мелоксикама при хронической БНЧС

В России представлено большое количество НПВП, но лишь некоторые из них являются оригинальными и имеют собственную базу клинических исследований по безопасности и эффективности. Все НПВП делятся на несколько групп: неселективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ) 1 и ЦОГ2 (диклофенак, кетопрофен, напроксен, ибупрофен, индометацин), преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ2 (мелоксикам, нимесулид, этодоллак), высокоселективные ингибиторы ЦОГ2 (коксибы — целекоксиб, эторикоксиб). Выбор НПВП индивидуален для каждого пациента и во многом определяется профилем возможных нежелательных явлений. Неселективные ингибиторы ЦОГ1 и ЦОГ2 противопоказаны пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так как повышают риск обострения гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, развития кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Высокоселективные ингибиторы ЦОГ2 не рекомендуется назначать пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как НПВП этой группы увеличивают риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности. Преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ2 не оказывают выраженного влияния на ЖКТ и сердечно-сосудистую систему. К преимущественно селективным ингибиторам ЦОГ2 относится мелоксикам [28]. Мовалис® — оригинальный препарат мелоксикама, который имеет большую базу контролируемых исследований по безопасности и эффективности при лечении

суставной и скелетно-мышечной боли. Мовалис® по профилю безопасности и эффективности можно отнести к «золотой середине» терапии НПВП. Мелоксикам имеет столь же низкий риск осложнений со стороны ЖКТ, как и целекоксиб. К такому заключению пришли авторы крупного метаанализа, включавшего 1561 случай серьезных поражений верхних отделов ЖКТ на фоне приема коксибов и традиционных НПВП [29]. По сравнению с другими НПВП мелоксикам имеет самый низкий риск развития сердечно-сосудистых событий. На это указывают результаты метаанализа исследований, в которых участвовали 92 163 пациента, принимавших НПВП более 14 дней и госпитализированных из-за сердечной недостаточности [30]. При изучении профиля безопасности 27 НПВП самый низкий риск развития сердечной недостаточности отмечался у мелоксикама — 1,02 (95% доверительный интервал, ДИ 1,17–1,22), самый высокий риск — у кеторолака (1,83; 95% ДИ 1,66–2,02), эторикоксиба (1,51; 95% ДИ 1,41–1,62), индометацина (1,51; 95% ДИ 1,33–1,71). Авторы других крупных метаанализов, в которых оценивалась сердечно-сосудистая безопасность различных НПВП, заключили, что мелоксикам характеризуется очень низким риском развития инфаркта миокарда и инсульта по сравнению с коксибами и другими традиционными НПВП [31]. Следует отметить, что риск развития нежелательных явлений обычно возникает при длительном приеме НПВП.

Наряду с высокой безопасностью мелоксикам обладает выраженным обезболивающим действием при скелетно-мышечной, суставной боли, которое сопоставимо с таковым неселективного ингибитора ЦОГ1 и ЦОГ2 — диклофенака [32–34]. При этом диклофенак характеризуется значительным риском развития осложнений со стороны ЖКТ. Высокую эффективность мелоксикама связывают с тем, что подавление синтеза простагландина Е₂ происходит за счет ингибирования не только ЦОГ2, но и микросомальной простагландина Е₂ синтазы 1 [28].

По данным исследования, включавшего 140 пациентов с острой и подострой неспецифической БНЧС, эффективно назначение Мовалиса® по 15 мг/сут внутримышечно в течение 5 дней с последующим переходом на 15 мг/сут перорально еще 5 дней [35]. Такая схема назначения препарата может быть эффективна и при хронической неспецифической БНЧС. Использование НПВП при хронической БНЧС направлено на снижение ее интенсивности, что позволяет повысить приверженность пациента выполнению лечебной гимнастики, повышающей физическую активность.

Таким образом, неэффективность лечения хронической неспецифической БНЧС часто связана с тем, что применяется тактика, которая изначально имеет весьма сомнительную доказательную базу. Вследствие этого увеличивается количество так называемых резистентных к терапии пациентов, возрастает число нетрудоспособных лиц. Подход к терапии должен быть комплексным и включать фармакологические и нефармакологические методы с доказанной эффективностью. Сочетание НПВП, КПТ, лечебной гимнастики, постепенного увеличения физической активности и рациональной фармакотерапии — эффективная терапевтическая программа, которая позволяет помочь большинству пациентов с хронической неспецифической БНЧС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 disease and injuries 1990–2010: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163–96. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
2. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192–300.
3. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(2):4–11. [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):4–11. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11
4. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 2008 Jul 7;337:a171. doi: 10.1136/bmj.a171.
5. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, et al. Cost of back pain in Germany. *Eur J Pain*. 2009 Mar;13(3):280–6. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.04.005. Epub 2008 Jun 3.
6. Парфенов ВА. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009;1(1):19–22. [Parfenov VA. Low back pain: causes, diagnosis, and treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(1):19–22. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2009-17
7. Парфенов ВА. Диагноз и лечение при болях в спине. Русский медицинский журнал. 2004;(2):506. [Parfenov VA. Diagnosis and treatment of back pain. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2004;(2):506. (In Russ.)].
8. Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. Москва: ИМА-ПРЕСС; 2016. 104 с. [Parfenov VA, Isaikin AI. *Bol' v nizhnei chasti spiny: mify i real'nost'* [Low back pain: myths and reality]. Moscow: IMA-PRESS; 2016. 104 p.]
9. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(2S):7–16. [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(2S):7–16. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16
10. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018 Nov;27(11):2791–2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2. Epub 2018 Jul 3.
11. Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боли в поясничной области. Москва: МЕДпресс-информ; 2018. 196 с. [Parfenov VA, Isaikin AI. *Boli v poynasichnoi oblasti* [Low back pain]. Moscow: MEDpress-inform; 2018. 196 p.]
12. Калимеева ЕЮ, Парфенов ВА. Оптимизация ведения пациентов с хронической неспецифической люмбагией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(2):25–9. [Kalimeeva EYu, Parfenov VA. Optimization of the management of patients with nonspecific chronic low back pain. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017;9(2):25–9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2017-2-25-29
13. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):514–530. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14.
14. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Apr;24(2):193–204. doi: 10.1016/j.berh.2010.01.002.
15. Yamato T, Maher CG, Saragiotto BT, et al. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 2;(7):CD010265. doi: 10.1002/14651858.CD010265.pub2.
16. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016 Nov. www.nice.org.uk/guidance/ng59
17. O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Apr;96(4):724–734.e3. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.003. Epub 2014 Dec 19.
18. Machado LA, Maher CG, Herbert RD, et al. The effectiveness of the McKenzie method in addition to first-line care for acute low back pain: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2010 Jan 26;8:10. doi: 10.1186/1741-7015-8-10.
19. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res*. 2012;5:371–80. doi: 10.2147/JPR.S25330. Epub 2012 Oct 11.
20. Beck JS, editor. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. 394 p.
21. Kuritzky L, Samraj GP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *J Pain Res*. 2012;5:579–90. doi: 10.2147/JPR.S6775. Epub 2012 Nov 28.
22. Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein SM, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic nonspecific low-back pain. *Eur Spine J*. 2011 Jan;20(1):40–50. doi: 10.1007/s00586-010-1541-4. Epub 2010 Jul 31.
23. Парфенов ВА. Боли в спине и их лечение миодокалмом. Русский медицинский журнал. 2009;(4):267–71. [Parfenov VA. Back pain and their treatment with midocalm. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2009;(4):267–71. (In Russ.)].
24. Парфенов ВА. Мышечный спазм при боли в спине — патогенез, диагностика и лечение. Русский медицинский журнал. 2003;(10):590–3. [Parfenov VA. Muscle spasm in back pain. Pathogenesis, diagnosis and treatment. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2003;(10):590–3. (In Russ.)].
25. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 368 с. [Podchufarova EV, Yakhno NN. *Bol' v spine* [Back pain]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 368 p.]
26. Kassis A. Antidepressants to Treat Nonspecific Low Back Pain. *Am Fam Physician*. 2008 Jul 1;78(1):51–2.
27. Henschke N, Kuijpers T, Rubinstein SM, et al. Injection therapy and denervation procedures for chronic low-back pain: a systematic review. *Eur Spine J*. 2010 Sep;19(9):1425–49. doi: 10.1007/s00586-010-1411-0. Epub 2010 Apr 29.
28. Xu S, Rouzer CA, Marnett LJ. Oxycams, a class of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and beyond. *JUBMB Life*. 2014 Dec;66(12):803–11. doi: 10.1002/iub.1334. Epub 2014 Dec 23.
29. Garcia Rodriguez LA, Barreales Tolosa L. Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population. *Gastroenterology*. 2007 Feb;132(2):498–506. Epub 2006 Dec 3.
30. Arfe A, Scotti L, Varas-Lorenzo C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ*. 2016 Sep 28;354:i4857. doi: 10.1136/bmj.i4857.
31. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. *PLoS Med*. 2011 Sep;8(9):e1001098. doi: 10.1371/journal.pmed.1001098. Epub 2011 Sep 27.
32. Dreiser RL, Le Parc JM, Velicitat P, et al. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomised, double-blind trials versus placebo or diclofenac. *Inflamm Res*. 2001 Mar;50 Suppl 1:S17–23.
33. Colberg K, Hettich M, Sigmund R, et al. The efficacy and tolerability of an 8-day administration of intravenous and oral meloxicam: a comparison with intramuscular and oral diclofenac in patients with acute lumbago. German Meloxicam Ampoule Study Group. *Curr Med Res Opin*. 1996;13(7):363–77.
34. Goei The HS, Lund B, Distel MR, et al. A double-blind, randomized trial to compare meloxicam 15 mg with diclofenac 100 mg in the treatment of osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. 1997 Jul;5(4):283–8.
35. Герасимова ОН, Парфенов ВА, Калимеева ЕЮ. Лечение пациентов с острой и подострой дорсалгией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(3):36–41. [Gerasimova ON, Parfenov VA, Kalimeeva EYu. Treatment of patients with acute and subacute dorsalgia. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(3):36–41. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2018-3-36-41

Поступила 1.09.2019

Публикация статьи поддержана ООО «Берингер Ингельхайм». Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.