

Пост-релиз симпозиума

«Как обыграть боль в 21 веке? Мнения экспертов» (8 ноября 2021 г., XII Междисциплинарный международный конгресс «Manage Pain»)

В статье представлена хронология симпозиума «Как обыграть боль в 21 веке? Мнения экспертов», прошедшего 8 ноября 2021 г. в рамках XII Междисциплинарного международного конгресса «Manage Pain» («Управляй болью!»). На симпозиуме обсуждались вопросы назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в том числе эторикоксиба (Аторика табс), на примере клинического случая, проблемы терминологии, связанные с понятиями «люмбаго» и «ишиас», редкие клинические синдромы (например, синдром толстого кошелька), с которыми необходимо дифференцировать неспецифические боли в спине, стратегии выбора НПВП у пациентов с остеоартритом, важность своевременного назначения НПВП в рамках профилактики хронизации болевых синдромов, влияние эмоциональных и когнитивных факторов на хронизацию боли в спине. Обсуждалось использование эторикоксиба (Аторика) в лечении хронической боли в спине, а также данные о его безопасности.

Ключевые слова: manage pain; нестероидные противовоспалительные препараты; селективные ингибиторы циклооксигеназы-2; эторикоксиб; Аторика табс.

Контакты: Татьяна Максимовна Остроумова; t.ostroumova3@gmail.com

Для ссылки: Пост-релиз симпозиума «Как обыграть боль в 21 веке? Мнения экспертов» (8 ноября 2021 г., XII Междисциплинарный международный конгресс «Manage Pain»). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(6):147–152. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-6-147-152

Post-release of the symposium «How to Deal with Pain in the 21st Century? Expert Opinions» (November 8, 2021, XII Interdisciplinary International Congress «Manage Pain»)

The article presents the chronology of the symposium «How to Deal with Pain in the 21st Century? Experts' opinions», which took place on November 8 during the XII interdisciplinary international congress «Manage Pain». The lectures discussed issues of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), including etoricoxib (Atorika tabs), administration on the example of a clinical case, problems of terminology associated with the concepts of «lumbago» and «sciatica», rare clinical syndromes (for example, heavy-purse syndrome) that we need to differentiate nonspecific back pain with, strategies for choosing NSAIDs in patients with osteoarthritis, the importance of timely administration of NSAIDs in the prevention of chronic pain syndromes, the influence of emotional and cognitive factors on the back pain chronization. The benefits of etoricoxib (Atorika) in the treatment of chronic back pain were reviewed, as well as the evidence for its safety.

Keywords: manage pain; non-steroidal anti-inflammatory drugs; selective COX-2 inhibitors; etoricoxib; Atorika tabs.

Contact: Tatiana Maksimovna Ostroumova; t.ostroumova3@gmail.com

For reference: Post-release of the symposium «How to Deal with Pain in the 21st Century? Expert Opinions» (November 8, 2021, XII Interdisciplinary International Congress «Manage Pain»). *Nevrologiya, neuropsychiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(6):147–152. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-6-147-152

8–10 ноября 2021 г. прошел XII Междисциплинарный международный конгресс «Manage Pain» («Управляй болью!»). Традиционно организаторами мероприятия выступают Ассоциация междисциплинарной медицины и ОЧУ ДПО «Институт междисциплинарной медицины», а также ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). Основными целями конгресса являются обмен знаниями, улучшение коммуникаций и обмен опытом между врачами разных специальностей, участвующими в лечении пациентов с различными болевыми синдромами.

Симпозиум «Как обыграть боль в 21 веке? Мнения экспертов» был посвящен проблеме боли в спине. В своем приветственном слове руководитель Российского общества по изучению боли (РОИБ), член президиума Европейской

федерации боли М.Л. Кукушкин подчеркнул, что Международная ассоциация по изучению боли объявила 2021 год посвященным проблеме боли в спине, поскольку, «с одной стороны, боль в спине чаще всего встречается среди болевых синдромов в популяции, с другой стороны — у врачей сегодня существует крайне ограниченное время на приеме для общения с пациентом», что затрудняет возможности диагностики и лечения.

Первый доклад под названием «Вопросы реальной клинической практики» был представлен заведующим кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Сеченовского Университета профессором В.А. Парфеновым, который также возглавляет подкомитет по боли в спине РОИБ. Обсуждались проблемы, встречающиеся в нашей стране при диагностике и лечении пациентов, страдающих болью в спине: отсутствие специализирующихся на боли отделе-

ний, персонала в штате, который должен принимать участие в ведении подобных пациентов (кинезиолог, когнитивный психолог). В своем докладе В.А. Парфенов продемонстрировал клинический случай пациентки 48 лет с хронической болью в пояснице, у которой не отмечалось положительного эффекта от проводимого в течение 6 мес лечения, включающего физиотерапию, мануальную терапию, прием различных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), иглорефлексотерапию, антидепрессанты. Она была консультирована пятью неврологами и тремя ортопедами. Кроме того, у пациентки были выявлены признаки артроза обоих тазобедренных суставов и грыжи нижних поясничных дисков. При неврологическом осмотре у нее не отмечалось признаков поражения спинномозговых корешков, но были обнаружены типичные признаки поражения левого крестцово-подвздошного сочленения (КПС). При этом не отмечалось признаков депрессии и тревожности, но была умеренная степень инсомнии. Проведены образовательная программа, работа с неправильными представлениями пациентки о причинах болезни, двигательной активности, лечебных упражнениях и была выполнена диагностическая блокада левого КПС (нейрохирургом под ультразвуковым контролем), после которой пациентка отметила уменьшение выраженности боли с 7 до 1 балла во визуальной аналоговой шкале. В.А. Парфенов объяснил, что «если говорить о доказательности выявления анатомического источника боли — это единственно возможный достоверный метод диагностики». Для купирования болевого синдрома был рекомендован прием НПВП эторикоксиб 60 мг в течение 10 дней. Приведены результаты многоцентрового проспективного исследования эффективности эторикоксиб в условиях реальной клинической практики среди пациентов с остеоартритом, у которых прием других НПВП оказался не эффективен [1]. НПВП были заменены на эторикоксиб 60 мг/сут в течение 4 нед, после чего отмечалось снижение болевого синдрома на 28% и уменьшение скованности в суставах на 23%. «Есть данные о том, что в сравнении с другими лекарственными средствами эторикоксиб лучше проникает через гематоэнцефалический барьер [2, 3]. И если в патогенезе хронической боли в спине мы обсуждаем центральную сенситизацию, то, возможно, эторикоксиб имеет преимущество», — подчеркнул В.А. Парфенов. Также пациентке была рекомендована лечебная гимнастика и даны предписания по правильному положению спины во время работы. В.А. Парфенов заострил внимание слушателей на необходимости кинези- и эрготерапии.

На примере данной пациентки также обсуждалась необходимость поиска анатомического источника боли у пациентов с болью в спине. «Если боль хроническая, когда пациентка не знает, что с ней, не знает прогноз, это остается крайне важным». Были представлены общие рекомендации при хронической неспецифической боли в спине [4]: когнитивно-поведенческая терапия, лечебная гимнастика, образовательная программа, комбинация этих методов терапии; лечение сочетанных заболеваний и расстройств, применение НПВП, миорелаксантов, антидепрессантов; возможно, введение лекарственных средств («блокады») и денервационные операции в зависимости от причины боли.

В рамках доклада была затронута и необходимость мультидисциплинарного подхода к пациентам с болью

в спине, а также организации в нашей стране междисциплинарных специализированных клиник боли, где подобный подход может быть реализован при лечении пациентов с хроническими болевыми синдромами.

В заключение своего доклада В.А. Парфенов подчеркнул, что «все же основными методами в терапии пациентов с болью в спине являются методы кинезитерапии, т. е. терапии движением».

В процессе дискуссии был задан вопрос о массе тела пациентки, представленной в клиническом случае. Д.А. Искра уточнил, что у пациентов с возраста 50 лет часто регистрируются изменения в КПС, не сопровождающиеся болью, и задан вопрос: «Чаше ли дисфункция КПС встречается у женщин, а также насколько большой вклад вносит повышенная масса тела?». В.А. Парфенов ответил, что дисфункция КПС действительно несколько чаще встречается у женщин, но у представленной пациентки этот фактор скорее не играл роли (рост пациентки — 170 см, масса тела — 65 кг).

Второй доклад, «**Люмбоишиалгия = люмбаго + ишиас или нет?**», представлял д.м.н., профессор, президент региональной общественной организации «Северо-Западное общество по изучению боли» Д.А. Искра, поднявший в самом начале своего выступления вопросы терминологии, используемой при постановке диагноза пациентам с болями в спине. «Ишиас — это боль какая? Это боль невропатическая, это боль ноцицептивная? Это важно?» — спросил у слушателей Д.А. Искра и уточнил, что сам по себе диагноз «люмбоишиалгия» несет в себе лишь локализацию боли, а не ее причины. Были рассмотрены 10-я и 11-я версии Международной классификации болезней (МКБ), в которых под люмбалгией подразумевается неспецифическая скелетно-мышечная боль. В МКБ-10 для постановки диагноза «ишиас» необходимо исключить поражение седалищного нерва и межпозвоночного диска, а в МКБ-11 — еще и дегенеративные заболевания позвоночника. «Что же остается в диагнозе ишиас?» — спросил Д.А. Искра и уточнил, что при ишиасе, согласно современному дефинициям, подразумевают острую невропатическую боль только при поражении спинномозговых нервов L_{IV}–S_{II}.

В своем докладе Д.А. Искра рассказал слушателям о клинических особенностях и методах диагностики миофасциального болевого синдрома, синдрома грушевидной мышцы, синдрома толстого кошелька, невропатии позы лотоса, пиомиозита грушевидной мышцы, поражения верхних ветвей ягодичы, вневязовых туннельных невропатий, катамениального (циклического) ишиаса, постинъекционной седалищной невропатии, опухолей (доброкачественные и злокачественные инвазии) и сосудистых пороков развития седалищной невропатии, конденсационного остеита подвздошной кости и аксиальной спондилоартропатии, которые клинически очень схожи с люмбоишиалгией (боль в спине, распространяющаяся на заднюю часть бедра), однако не соответствуют кодам в МКБ-10 и МКБ-11. В течение всего доклада остро стояли вопросы: «Что такое ишиас? Как мы должны его диагностировать? Должны ли мы включать причину боли в диагноз?».

В заключение своего доклада Д.А. Искра предложил классифицировать ишиас как вертеброгенный (радикулопатия), внепозвоночный ишиас (сдавление седалищного нерва внутри или снаружи таза) и псевдоишиас (дисфункция КПС, ветвей седалищного нерва и др.).

М.Л. Кукушкин уточнил, что, «к сожалению, в научной литературе понятию “ишиас” не дается четкого определения. Если мы переведем на русский этот термин, то это некое поражение седалищного нерва, но есть нюансы, когда мы переходим к МКБ-10... Диагноз “M54.3 (ишиас)” — это некий симптомокомплекс, который связан с поражением скелетно-мышечной системы, а не с поражением нерва. Если мы говорим об ишиасе как о поражении седалищного нерва, то это код G». Сославшись на отечественные рекомендации [5, 6], М.Л. Кукушкин подчеркнул, что у пациентов с диагнозом «люмбоишиалгия» боль связана с патологией диска, фасеточного сустава и мышц, которая проецируется по миотому, дерматому или склеротому, в отсутствие поражения седалищного нерва. Таким образом, люмбоишиалгия — это неспецифическая скелетно-мышечная боль, которая требует назначения НПВП, в частности эторикоксиба, кинезитерапии и когнитивно-поведенческой терапии.

Следующий доклад — «**Как поймать драконов: неспецифическая боль в спине и спондилоартрит на ранних стадиях**» — представлял д.м.н., зав. лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой А.Е. Каратеев. Обсуждались анатомические субстраты хронической боли в спине — спондилоартриты. В качестве причины болей в спине рассматривался остеоартрит фасеточных суставов и КПС. Подчеркивалось, что не всегда выявляется корреляция между рентгенографическими проявлениями остеоартрита фасеточных суставов / КПС и клинической симптоматикой [7, 8]. Лектор согласился с В.А. Парфеновым, что для точной диагностики анатомического субстрата боли необходимо проведение диагностической блокады. Рассматривались различные фенотипы скелетно-мышечной боли при боли в спине: воспалительный (боль ночью и в покое, скованность, уменьшение после начала движения, при разминке), боль, связанная с механическим стрессом (появление боли при нагрузке, в вертикальном положении, при конкретных движениях, уменьшение или полное прекращение боли в состоянии покоя), обусловленная поражением связок (сочетание «воспалительной» и «механической» боли), связанная с центральной сенситизацией (несоответствие между выраженной клинической картиной и умеренными структурными изменениями, яркая эмоциональная окраска боли, распространенная боль, «невропатические дескрипторы») [9–11]. А.Е. Каратеев подчеркнул, что данные фенотипы боли крайне важны для выбора стратегии терапии: например, если у пациента преобладает воспалительный фенотип, ему необходимо назначение НПВП. Обсуждалась тактика назначения НПВП при различных нозологиях. «Если, например, мы говорим про спондилоартрит, то здесь подход совершенно иной. Тут требуется постоянная, длительная терапия, которая имеет значение патогенетической терапии, т. е. мы назначаем НПВП при болезни Бехтерева, грубо говоря, навсегда», — объяснил А.Е. Каратеев. Подчеркивалось, что в рамках терапии остеоартрита НПВП назначаются лишь на время, для контроля боли [12]. Также были затронуты вопросы безопасности терапии НПВП: «НПВП, к большому сожалению, это не витамины. Они не безопасны, они вызывают целый ряд осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, кардиоваскулярной системы, по-

чек. Это большая проблема. Поэтому всегда возникает вопрос выбора НПВП: что мы назначаем пациенту в дебюте лечения?». А.Е. Каратеев также рекомендовал эторикоксиб в качестве препарата выбора: «...эторикоксиб, препарат Аторика табс, например, имеет влияние как раз на центральную сенситизацию, за счет того, что он проникает через гематоэнцефалический барьер». Подчеркивалось, что теперь эторикоксиб имеет в показаниях к применению и хроническую боль в нижней части спины [13]. Были продемонстрированы результаты двух рандомизированных клинических исследований (РКИ) [14, 15], показавших, что назначение эторикоксиба в дозе 60 мг/сут при хронической боли в спине приводило к статистически значимо большему снижению боли по сравнению с плацебо. Приводилось сравнительное исследование [16] эффекта эторикоксиба 60 мг и диклофенака 150 мг у 446 больных с хронической неспецифической болью в спине (период наблюдения — 4 нед). «Вы видите, что динамика боли и улучшения функции одинакова при назначении этих двух лекарств, но эторикоксиб реже вызывал побочные эффекты», — прокомментировал А.Е. Каратеев.

В возникшей дискуссии обсуждался достаточно важный вопрос: может ли врач на приеме отличить хроническую боль, связанную с остеоартритом фасеточных суставов, от спондилоартрита? «Спондилоартрит — это состояние, которое характеризуется прежде всего воспалительной хронической болью в спине. Есть специальные критерии воспалительной боли в спине, которые мы используем, и это можно очень быстро определить. Если же мы говорим про боль преимущественно механического характера, т. е. ту, которая возникает при движении, при нагрузке, ...то мы говорим, что спондилоартрита здесь нет», — ответил А.Е. Каратеев. Также возник вопрос о сроках назначения НПВП при остеоартрите. А.Е. Каратеев подчеркнул, что НПВП при остеоартрите назначаются для контроля боли и нет какой-то рекомендованной длительности их применения. «Многие врачи думают, что есть ограничения в инструкции к НПВП. Для некоторых есть, например для кеторолака. Но для эторикоксиба такого ограничения нет. И если мы лечим боль, особенно хроническую, нам может потребоваться длительный курс», — отметил А.Е. Каратеев.

Д.м.н., заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Волгоградского государственного медицинского университета, член совета экспертов Ассоциации междисциплинарной медицины, организатор и руководитель школы «Биомеханика и боль» образовательного проекта «Персонализированное управление болью» А.Е. Барулин представил доклад «**Биомеханика и боль в спине**». Подробно рассматривались стадии формирования миофасциальной боли (остаточное мышечное напряжение, дисфункция сегментарного аппарата спинного мозга, изменение программ построения движения). На клинических примерах обсуждались важность комплексной оценки биомеханики у пациентов с болью в спине и способы коррекции неправильных паттернов движения, механизмы формирования и медикаментозная терапия боли. А.Е. Барулин уточнил, что назначение НПВП позволяет уменьшить воспалительную реакцию и обеспечить хороший контроль боли, что помогает в реабилитационном процессе и создает условия для восстановления объема движений.

Во время обсуждения был задан вопрос: сколько по времени занимает перестройка двигательного стереотипа? А.Е. Барулин ответил, что при комплексном подходе это занимает около 1 мес, и отметил, что врач должен поддерживать устойчивое желание пациента поправиться и восстановиться для увеличения приверженности терапии. М.Л. Кукушкин уточнил: сколько процентов пациентов регулярно выполняют рекомендованный комплекс упражнений? А.Е. Барулин объяснил, что в течение первых 3 мес комплаентность достаточно высокая (до 90%), но затем она может снижаться, если врач не поддерживает контакт с пациентом.

Д.м.н., заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Волгоградского государственного медицинского университета, член Совета экспертов Ассоциации междисциплинарной медицины, соорганизатор ежегодной региональной конференции «Manage Pain Волгоград» О.В. Курушина в своем докладе «Сказка о потерянном времени, или Как вовремя помочь пациенту» заострила внимание на ятрогенных причинах формирования хронической боли. «Не вовремя, неправильно, не полноценно купированная острая боль — это тоже фактор формирования хронической боли», — подчеркнула О.В. Курушина. Обсуждались механизмы формирования периферической и центральной сенситизации, а также патогенез ноцицептивной боли. Лектор также подчеркнула, что эторикоксиб воздействует именно на механизмы центральной сенситизации, когда пациент нуждается в уменьшении повышенной возбудимости центральных нейронов, особенно при воспалительной боли [1]. «Аторика проявила себя как оптимальное лекарственное средство для замены, даже в случае неэффективности других препаратов», — отметила О.В. Курушина.

Во время дискуссии подчеркивалось, что чем эффективнее купируется острая боль, тем более вероятна профилактика ее хронизации. Был задан достаточно важный вопрос: на чем должен строиться выбор НПВП? О.В. Курушина ответила: «Тут имеют место индивидуальная чувствительность, и от этого нам, к сожалению, никуда не спрятаться... Самое главное, чтобы доктор был готов оценить эффект действия препарата и был готов его поменять». Также был задан вопрос о назначении эторикоксиба при сердечно-сосудистых заболеваниях. О.В. Курушина отметила, что, по данным исследования MEDAL (Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term) [17], риски сердечно-сосудистых осложнений при применении эторикоксиба являются такими же, как и при назначении диклофенака. Активно обсуждался персонализированный подход в терапии пациентов с хронической болью в спине.

Доклад М.Л. Кукушкина «Терапия НПВП: между Сциллой и Харибдой» был посвящен стратегии выбора НПВП. Были представлены результаты Кокрейновского систематического обзора 2020 г. (32 РКИ, посвященных оценке эффективности НПВП в терапии острой неспецифической боли в спине), показавшего, что НПВП, по сравнению с плацебо, более эффективны в купировании острой боли и более значимо облегчают функциональные нарушения, не отличаясь при этом по частоте и выраженности побочных эффектов [18]. Обсуждался биосинтез простагландинов, связанный с активностью циклооксигеназы (ЦОГ), из арахидоновой кислоты, входящей в состав фосфолипидов

мембраны клеток. Подчеркивалось, что ЦОГ-1 продуцирует простагландины для поддержания нормальных функций организма (например, увеличения продукции слизи стенкой желудка, регуляции кислотности желудочного сока, экскреции воды почками, гемостаза); соответственно, при ее ингибировании возрастает риск нежелательных реакций. ЦОГ-2 ассоциирована с продукцией простагландинов, участвующих в реализации воспалительного ответа (например, она обуславливает появление боли). М.Л. Кукушкин подчеркнул, что в настоящее время выбор НПВП — эмпирический и для успеха терапии необходимо учитывать механизм анальгетической активности, доказательства клинической эффективности, особенности взаимодействия с другими препаратами, спектр побочных эффектов и особенности фармакокинетики и фармакодинамики. Рассматривались механизмы действия различных представителей класса НПВП; отмечено, что эторикоксиб обладает выраженной селективностью в отношении ЦОГ-2. Обсуждались клинические рекомендации по рациональному использованию НПВП [12], в которых подчеркивается, что высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2 были специально разработаны для снижения риска осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. Были продемонстрированы результаты метаанализа 76 РКИ [19], в котором эторикоксиб в дозе 30–90 мг обладал наибольшим обезболивающим эффектом по сравнению с плацебо. На примере исследования L. Arendt-Nielsen и соавт. [2], которое показало снижение площади гипералгезии на фоне введения эторикоксиба, М.Л. Кукушкин еще раз напомнил, что за счет своей способности проникать через гематоэнцефалический барьер эторикоксиб способен ингибировать синтез ЦОГ-2 в центральной нервной системе, оказывая таким образом влияние на механизмы центральной сенситизации. В докладе также были затронуты вопросы безопасности применения НПВП. Представлены результаты метаанализа, показавшего, что эторикоксиб реже вызывает НПВП-ассоциированные диспепсии в сравнении с неселективными НПВП [20]. Еще раз была затронута тема кардиоваскулярной безопасности эторикоксиба. По данным исследования MEDAL [17] и крупного метаанализа [21] (31 исследование, 116 429 пациентов, период наблюдения более 115 тыс. пациенто-лет), высокая селективность эторикоксиба не приводила к нарастанию кардиоваскулярного риска, в сравнении с традиционными НПВП. В заключение М.Л. Кукушкин посоветовал «выбирать те препараты, которые именно для данного конкретного больного являются эффективными, с хорошей доказанностью и безопасностью».

Обсуждался вопрос эффективности НПВП при терапии пояснично-крестцовой дискогенной радикулопатии. М.Л. Кукушкин отметил, что симптомокомплекс, возникающий у пациента с пояснично-крестцовой радикулопатией, включает в себя иммунное воспаление, вызывающее ирритацию корешка, которое требует купирования. Именно поэтому в острой фазе радикулопатии НПВП являются препаратами выбора. Обсуждалась комбинированная терапия НПВП и антиконвульсантами при острой пояснично-крестцовой радикулопатии. М.Л. Кукушкин подчеркнул, что антиконвульсанты не способны бороться с воспалением, поэтому, чтобы не упустить время и не допустить развития центральной сенситизации, данный подход может быть вполне оправдан.

Завершал симпозиум доклад «Пациент vs врач: диалог с закрытыми глазами», представленный д.м.н., профессором, заведующим кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского государственного медицинского университета Э.З. Якуповым. В своем приветственном слове лектор обратил внимание, что «мы очень часто смотрим на наших пациентов с широко закрытыми глазами». Обсуждалось, что, несмотря на возможности нелекарственных и лекарственных методов лечения, по данным Всемирной организации здравоохранения от 2017 г. [22], боль в спине остается ведущей причиной нетрудоспособности. Подчеркивалось, что пациент с острой болью в спине не всегда обращается к врачу, а может заниматься самолечением, и в итоге это приводит к центральной сенситизации и формированию хронической боли. Обсуждались эмоциональные аспекты болевых синдромов на примере экспериментального исследования [23], в котором удалось охарактеризовать примерно 150 нейронов в нижней и задней части амигдалы, которые были активны только в те моменты, когда животное ощущало боль. После выключения этих нейронов животные по-прежнему чувствовали боль, но переставали чувствовать отрицательный эмоциональный оттенок боли: не зализывали больное место и не избегали тех мест в клетке, где их мог подстеречь укол иглы. Э.З. Якупов обратил внимание, что довольно часто врачи избегают оценки аффективного и когнитивного компонентов, участвующих в модуляции боли. Обсуждались причины хронизации боли в спине, с особым вниманием к неадекватной анальгетической терапии в остром периоде, личностным особенностям и социально-психологическим факторам, в частности «катастрофизации боли». Отдельно рассматривались проблемы пациента с болью в спине (отсутствие времени, достаточного, чтобы изложить жалобы; попытка «спрятаться» за инструментальные методы обследования и переложить ответственность за свое здоровье на окружающих) и его лечащего врача (поверхностная оценка жалоб,

данных анамнеза; неадекватный выбор методов лечения — «симптоматический подход»). Рассматривались предикторы отсутствия приверженности лекарственной терапии и причины несоблюдения предписанного режима лечения, связанные с врачом (отсутствие диалога, время приема и т. д.). Обсуждались важность эмоционального восприятия боли, механизмы социального и оперантного научения, а также когнитивные факторы, играющие роль в формировании хронической боли. Подчеркивалась необходимость информировать пациентов о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его разрешения, рекомендовать избегать постельного режима, сохранять активный образ жизни, а также облегчить боль. Э.З. Якупов закончил свое выступление словами профессора Е.Ж. Cassell: «Возможно, для того, чтобы лучше понять проблему боли, врачам стоит посмотреть на пациентов как на людей?».

Таким образом, прошедший симпозиум «Как обывать боль в 21 веке? Мнения экспертов» затронул важнейшие аспекты работы практических врачей: ограниченное время на приеме, трудности диагностики и выбора метода терапии при боли в спине. Эксперты сошлись во мнении, что к каждому пациенту необходим персонализированный и мультидисциплинарный подход, а также выразили надежду о возможности формирования специализированных болевых центров в нашей стране. Этиориксиб (Аторика) был отмечен всеми участниками симпозиума как один из наиболее оптимальных препаратов для лечения пациентов с хронической болью в нижней части спины.

Материал подготовлен к.м.н. **Т.М. Остроумовой**,
кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО
«Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет)

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Lin HY, Cheng TT, Wang JH, et al. Etoricoxib improves pain, function and quality of life: results of a real-world effectiveness trial. *Int J Rheum Dis*. 2010 May;13(2):144-50. doi: 10.1111/j.1756-185X.2010.01468.x
- Arendt-Nielsen L, Egsgaard LL, Petersen KK. Evidence for a central mode of action for etoricoxib (COX-2 inhibitor) in patients with painful knee osteoarthritis. *Pain*. 2016 Aug;157(8):1634-44. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000562
- Moss P, Benson HAE, Will R, Wright A. Fourteen days of etoricoxib 60 mg improves pain, hyperalgesia and physical function in individuals with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2017 Nov;25(11):1781-91. doi: 10.1016/j.joca.2017.07.009
- Urits I, Burshtein A, Sharma M, et al. Low back pain, a comprehensive review: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2019 Mar;23(3):23. doi: 10.1007/s11916-019-0757-1
- 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. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11 [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, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11 (In Russ.)].
- Парфенов ВА, Яхно НН, Давыдов ОС и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 [Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 (In Russ.)].
- Kalichman L, Kim DH, Li L, et al. Computed tomography-evaluated features of spinal degeneration: prevalence, intercorrelation, and association with self-reported low back pain. *Spine J*. 2010 Mar;20(3):200-8. doi: 10.1016/j.spinee.2009.10.018
- Cohen SP, Chen Y, Neufeld NJ. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of epidemiology, diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2013 Jan;13(1):99-116. doi: 10.1586/ern.12.148
- Vardeh D, Mannion RJ, Woolf CJ. Toward a Mechanism-Based Approach to Pain Diagnosis. *J Pain*. 2016 Sep;17(9 Suppl):T50-69. doi: 10.1016/j.jpain.2016.03.001

10. Siddiq MAB, Rahim MA, Khan MTI, Shikder AZH. Lumbar Ligament Sprain-degeneration and Prolapsed Lumbar Intervertebral Disc: A Frequent Missed Combination. *Cureus*. 2019 Jan 25;11(1):e3958. doi: 10.7759/cureus.3958
11. Филатова ЕС, Туровская ЕФ, Алексеева ЛИ и др. Анализ патогенетических механизмов хронической суставной боли у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом коленных суставов. *Научно-практическая ревматология*. 2014;52(6):631-5. doi: 10.14412/1995-4484-2014-631-635
[Filatova ES, Turovskaya EF, Alekseeva LI, et al. Analysis of the pathogenetic mechanisms of chronic joint pain in patients with rheumatoid arthritis and knee osteoarthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(6):631-5. doi: 10.14412/1995-4484-2014-631-635 (In Russ.)].
12. Каратеев АЕ, Насонов ЕЛ, Ивашкин ВТ и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(Прил. 1):1-29. doi: 10.14412/1995-4484-2018-1-29
[Karateev AE, Nasonov EL, Ivashkin VT, et al. Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Clinical guidelines. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(Suppl 1):1-29. doi: 10.14412/1995-4484-2018-1-29 (In Russ.)].
13. Каратеев АЕ. Эторикоксиб может использоваться при хронической неспецифической боли в спине: новое показание для хорошо известного препарата. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(2):125-30. doi: 10.14412/2074-2711-2020-2-125-130
[Karateev AE. Etoricoxib can be used for chronic nonspecific back pain: a new indication of the well-known drug. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(2):125-30. doi: 10.14412/2074-2711-2020-2-125-130 (In Russ.)].
14. Birbara CA, Puopolo AD, Munoz DR, et al. Treatment of chronic low back pain with etoricoxib, a new cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor: improvement in pain and disability — a randomized, placebo-controlled, 3-month trial. *J Pain*. 2003 Aug;4(6):307-15. doi: 10.1016/s1526-5900(03)00633-3
15. Pallas RM, Seger W, Adler JL, et al. Etoricoxib reduced pain and disability and improved quality of life in patients with chronic low back pain: a 3 month, randomized, controlled trial. *Scand J Rheumatol*. 2004;33(4):257-66. doi: 10.1080/03009740410005728
16. Zerbin C, Ozturk Z, Grifka J, et al. Efficacy of etoricoxib 60 mg/day and diclofenac 150 mg/day in reduction of pain and disability in patients with chronic low back pain: results of a 4-week, multinational, randomized, double-blind study. *Curr Med Res Opin*. 2005 Dec;21(12):2037-49. doi: 10.1185/030079905X75069
17. Cannon CP, Curtis SP, FitzGerald GA, et al. Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. *Lancet*. 2006 Nov;368(9549):1771-81. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69666-9
18. Van der Gaag WH, Roelofs PD, Enthoven WT, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr;4:CD013581. doi: 10.1002/14651858.CD013581
19. Da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. *Lancet*. 2017;390(10090):e21-e33. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31744-0
20. Watson DJ, Bolognese JA, Yu C, et al. Use of gastroprotective agents and discontinuations due to dyspepsia with the selective cyclooxygenase-2 inhibitor etoricoxib compared with non-selective NSAIDs. *Curr Med Res Opin*. 2004 Dec;20(12):1899-908. doi: 10.1185/030079904X12681
21. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011 Jan;342:c7086. doi: 10.1136/bmj.c7086
22. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1789-858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
23. Corder G, Ahanonu B, Grewe BF, et al. An amygdalar neural ensemble that encodes the unpleasantness of pain. *Science*. 2019 Jan;363(6424):276-81. doi: 10.1126/science.aap8586

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

15.11.2021/06.12.2021/08.12.2021

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья подготовлена по материалам симпозиума, организованного при поддержке компании «Верофарм». Конфликт интересов отсутствует.

Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

The article was prepared based on the materials of the symposium organized with the support of the «Veropharm» company. There is no conflict of interest.

The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Остроумова Т.М. <https://orcid.org/0000-0003-1499-247X>