

Е.В. Подчуфарова
ММА им. И.М. Сеченова

Боль в спине и ее лечение

BACK PAIN AND ITS TREATMENT

E.V. Podchufarova

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The paper describes the current views of the development of back pain and management tactics in patients with this pain that is periodically observed in almost everyone. Back pain may be induced by changes in the vertebral column, diseases of muscles, involvement of the roots and peripheral nerves, pathology of thoracic, abdominal, and small pelvic viscera, and psychogenic disorders. Musculoskeletal disorders are the most common causes of back pain. The mechanisms of development of back pain are presently the subject of active investigations. Back pain is indubitably a multidisciplinary problem, which is especially confirmed by the fact that there are different approaches to revealing the source of pain and there is a great deal of treatments for this condition. Unlike chronic pain, acute musculoskeletal pain in the back is a benign and generally self-limited condition. To set off nonspecific back pain, i.e. pain associated with musculoskeletal disorders without signs of involvement of cervical, thoracic, lumbar, and sacral roots and specific spinal lesions (spondylolisthesis, osteoporosis, tumors, inflammatory spondyloarthropathies, etc.) is convenient and warranted in most cases when a patient with acute back pain is examined by a general practitioner. The paper gives the data of the current guidelines for the management of patients with nonspecific back pain.

Key words: back pain, treatment, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Ekaterina Vladimirovna Podchufarova: neurocat@inbox.ru

Распространенность и факторы риска развития боли в спине

В течение года боль в спине испытывает до 76% населения, при этом выраженная боль отмечается в 7% случаев, а трудоспособность из-за боли в спине утрачивают около 9% населения. На протяжении жизни боль в спине развивается у большинства (85,5%) людей [1].

Боль в спине занимает ведущее положение в структуре обращаемости за медицинской помощью. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в одной из поликлиник Москвы, из 1300 первичных пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью, у 24,9% основной причиной обращения была боль в пояснично-крестцовой области [2]. Среди больных, обратившихся по другой причине, боль в спине отмечалась в 3,9% случаев. В течение последнего года боль в поясничной области беспокоила 52,9% пациентов, а в течение последнего месяца — 38,5%. Результаты эпидемиологического исследования, включившего опрос более 46 тыс. жителей разных стран Европы и Израиля, показали, что хронической болью в спине (различной локализации) страдает 24%, болью в поясничной области — 18%, а болью в шее — 8% населения [3].

Боль длительностью менее 6 нед считается острой, от 6 до 12 нед — подострой и более 12 нед — хронической. Пациенты с острой, подострой и хронической болью в спине различаются прогнозом относительно выздоровления и восстановления трудоспособности, также неодинаковы у них подходы к диагностике и лечению.

Традиционно считается, что большинство пациентов с острой болью в спине полностью выздоравливают [4]. В целом это мнение справедливо, однако оно не подкреплено последующим длительным наблюдением за пациентами, перенесшими эпизод острой боли в спине. По данным обращаемости к врачам общей практики, показано, что в течение 2 нед выздоравливает около 90% пациентов с острой болью в пояснично-крестцовой области [5]. Однако в это исследова-

ние были включены пациенты с болью в спине длительно — до 2 нед, за которыми в дальнейшем проводилось наблюдение только в течение месяца. Данные других исследований указывают, что частота полного выздоровления в указанный срок колеблется от 28 до 62% [6, 7]. У 76% пациентов возникают повторные обострения, в среднем через 7 нед после первого эпизода средней длительностью 2—3 нед [8]. Таким образом, при ведении пациента с болью в спине врач в большинстве случаев может быть оптимистичен в отношении доброкачественного течения и завершения выздоровления текущего эпизода, однако должен проявлять определенную осторожность относительно прогноза данного состояния в плане возможности его рецидива. Можно и нужно объяснять пациенту, что вероятность его выздоровления при первом эпизоде боли в спине высока, однако следует отметить и вероятность повтора заболевания.

Первый эпизод боли в спине чаще возникает на 3-м десятилетии жизни [9]. Высокая заболеваемость сохраняется в период с 3-го до 6-го десятилетия. С одной стороны, повышенная физическая активность лиц молодого возраста, возможно, предрасполагает к возникновению эпизодов боли в спине. С другой стороны, большая обращаемость за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста может быть связана с большим влиянием боли в спине на их повседневную активность по сравнению с людьми старших возрастных групп. С увеличением возраста позвоночник предуготован к повреждению из-за нарастания в нем дегенеративных изменений даже в отсутствие большой нагрузки, что предрасполагает к возникновению хронической боли в спине у пожилых людей.

Среди пожилых людей боль в спине чаще регистрируется у женщин, что, возможно, связано с большей распространенностью у них остеопороза позвоночника. Важно и то, что женщины более часто, чем мужчины, обращаются за медицинской помощью, в том числе по поводу боли в спине [10—12]. Острая боль в шейном отделе позвоночника

также чаще отмечается у женщин, а на распространенность хронической боли (длительностью более 1 года) половые различия не влияют [13, 14].

Более низкие социальный статус и уровень образования повышают вероятность инвалидизации при боли в спине [15–17]. Ожирение (индекс массы тела > 30) является независимым фактором риска боли в спине [18]. Боль в спине чаще встречается у курящих, однако неизвестно, что повышает частоту эпизодов боли в спине в этих случаях — непосредственно курение или связанные с ним состояния, например частый кашель [11]. Боль в спине чаще встречается при низкой самооценке состояния здоровья и при наличии ряда заболеваний: мигрени, заболеваний сердца, костей, суставов и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [19].

В развитии боли в спине имеет значение повторяющаяся однообразная физическая активность, связанная с работой или особенностями проведения досуга. К факторам риска возникновения боли в спине относят подъем тяжестей, длительные статические нагрузки, воздействие вибрации на рабочем месте [18, 20–22]. Боль в шее связана с длительным пребыванием в положении с наклоном головы или туловища вперед, неудобной позой рук при работе, длительным ($> 95\%$ рабочего времени) сидением, а также воздействием вибрации на руки [23]. Боль в спине чаще встречается у операторов станков, работников сферы обслуживания, фермеров [22]. За медицинской помощью по поводу боли в спине чаще обращаются женщины, которые поднимают или перемещают предметы массой более 11,3 кг, и те, кто проводит на ногах более 2 ч за рабочую смену [24]. Неудовлетворенность условиями труда также служит фактором риска возникновения боли в шее и пояснице [25, 26].

Показана независимая от других факторов значимая связь между психологическими факторами — стрессом, тревогой, депрессией, пассивными стратегиями преодоления боли, страхом, связанным с болью и возникновением боли в спине. Психологические факторы вносят больший вклад в инвалидизацию, связанную с болью в спине, чем биомеханические нарушения позвоночника и суставов конечностей [27]. Психосоциальные факторы риска хронизации боли в спине — наиболее статистически значимы и потенциально модифицируемы. Психологический портрет пациента, склонного к хроническому течению боли в спине: депрессия, страх боли или повреждения позвоночника, акцентуация на собственном состоянии и неспособность найти оптимальную (активную) стратегию преодоления боли. Вероятность хронического течения боли в спине существенно увеличивается при наличии комбинации факторов риска. Например, в своем исследовании E. Thomas и соавт. [28] показали, что основными факторами риска хронизации боли в спине являются боли в спине в анамнезе, неудовлетворенность условиями труда, наличие боли в других частях тела, иррадиация боли в ногу, пол и ограничение объема движений в позвоночнике более чем в двух плоскостях. У пациентов, не имевших ни одного или имевших не более 2 из перечисленных факторов риска, хроническая боль в спине развивалась менее чем в 6% случаев, при наличии 3 и 4 факторов риска — соответственно в 27 и 35%, при выявлении 5 факторов риска и более — в 70% случаев.

При наличии риска инвалидизации на стадии острой, а особенно подострой боли в спине необходимы детальный анализ психосоциальных факторов риска, уровня кинезиофобии (страха движения), катастрофизации, депрессии, ожида-

ний и опасений относительно возможности возвращения к обычной активности, представлений пациента, в какой степени боль в спине связана с работой. В дальнейшем требуется коррекция путем включения пациента в образовательную программу («школа боли в спине»), проведения рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии, назначения антидепрессантов. Ряд авторов рекомендует тесное взаимодействие врачей с работодателями с целью возможных изменений условий труда, психологической обстановки на рабочем месте, постепенного включения пациента в работу для достижения оптимального уровня трудовой активности [29].

Патогенетические механизмы боли в спине

На основании различных патофизиологических механизмов выделяют ноцицептивную, невропатическую и психогенную боль.

Ноцицептивная боль связана с активацией болевых рецепторов — ноцицепторов. Она, как правило, острая, соответствует степени тканевого повреждения и длительности действия повреждающих факторов. Ноцицептивные болевые синдромы возникают в результате активации ноцицепторов при травме, воспалении, ишемии, чрезмерном растяжении тканей. Примерами служат боли при воспалении суставов позвоночника. В случае вовлечения в патологический процесс костной или мышечной ткани возникает ощущение тупой, ноющей боли. Эта боль усиливается при движении, ослабевает в покое и обычно хорошо локализована.

Боль вследствие повреждения соматосенсорной системы называется *невропатической* [30]. Она часто носит хронический характер, сохраняется или появляется после заживления тканей и не несет защитной функции в случае ее хронизации. Невропатическая боль в шее и спине обычно связана с поражением корешков при формировании грыжи межпозвоночного диска. Она может возникать при стенозе позвоночного канала, спондилолистезе, компрессии корешков спинно-мозговых нервов остеофитами и гипертрофированными фасеточными суставами. Как правило, боли, вызванные поражением спинно-мозгового корешка, иррадируют в конечность, сопровождаются изменениями поверхностной чувствительности, сухожильных рефлексов, при них возможны двигательные нарушения, трофические расстройства. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с невриномами и другими опухолями, вовлекающими корешки спинно-мозговых нервов. Во всех неясных случаях следует провести нейровизуализацию.

Психогенная боль в спине в чистом виде встречается редко. Она крайне трудна для диагностики, поскольку пациент, страдающий психическим расстройством, нередко имеет сочетанные скелетно-мышечные и другие неврологические расстройства, способные вызвать боль. В том случае, когда наличие выраженной боли, вызывающей дискомфорт и отмечающейся почти постоянно на протяжении по меньшей мере 6 мес, не может быть адекватно объяснено физическими причинами или соматическим заболеванием, возможна постановка диагноза соматоформного болевого расстройства.

Хроническая боль в спине может формироваться с участием всех трех патофизиологических механизмов: ноцицептивного, невропатического и психогенного. Например, болевой синдром при компрессионной радикулопатии часто носит смешанный характер. Невропатическая боль связана с повреждением корешка вследствие его компрессии, отека, ишемии и формирования воспаления. Ноцицептивный механизм

принимает участие в формировании боли при активации ноцицепторов в поврежденном диске и окружающих его тканях, развитии иммунного воспаления в ответ на повреждение диска, а также воспалительную реакцию, связанную с непосредственным воздействием ферментов, содержащихся в диске, на окружающие ткани. Кроме этого, у пациента с компрессионной радикулопатией нередко формируются рефлекторные скелетно-мышечные нарушения, например мышечно-тонические синдромы, которые становятся дополнительными источниками ноцицептивной болевой импульсации.

У пациентов с хронической болью в спине при отсутствии четких клинических признаков поражения корешков может формироваться боль, формально соответствующая характеристикам невропатического болевого синдрома. Использование специального опросника для диагностики невропатической боли (PainDETECT) и оценочной шкалы невропатических симптомов и признаков университета Лидс (LANSS) позволило выявить признаки невропатической боли у 37—54,7% пациентов с хронической болью в спине [31, 32]. По данным Российского эпидемиологического исследования распространенности невропатической боли, основной причиной развития невропатического болевого синдрома служили боли в поясничном отделе позвоночника у 34,7% опрошенных, боли в шее у 11,9%, боли в грудном отделе у 3,9% [33]. Высокая частота боли, характерной для невропатического болевого синдрома, у пациентов со скелетно-мышечными болями в спине может быть обусловлена наличием у них клинических признаков сенситизации, например формированием гипералгезии и аллодинии. Кроме того, по данным R.Freyenhagen и соавт. [34], часть пациентов с хронической болью в спине с иррадиацией в ногу даже при отсутствии клинических признаков поражения корешков страдает невропатическим болевым синдромом. Наконец, при оценке характеристик болевого синдрома необходимо учитывать и психологические особенности пациентов, когда выбор разных характеристик боли (в том числе формально соответствующих невропатическому болевому синдрому), а также наличие распространенной болезненности при пальпации паравerteбральной области могут быть проявлением болевого поведения и отражать психогенные механизмы формирования боли. В свою очередь, у пациентов с психогенными болевыми синдромами, как правило, выявляются негрубые скелетно-мышечные нарушения, которыми невозможно объяснить степень выраженности болевых ощущений и психологического дистресса. При этом они могут служить как субстратом формирования психогенной боли и болевого поведения, так и следствием детренированности мышц, нагрузка на которые приводит к усилению болевых ощущений.

Определение механизмов боли у конкретного больного позволяет создать патофизиологически обоснованную стратегию лечения.

Боль в спине — симптом, а не нозологическая форма, поэтому при ее классификации нередко применяются анатомо-топографические термины, не отражающие сути патологического процесса, а обозначающие область, в которой локализируются болевые ощущения. Так, локальная боль в шее обозначается как цервикалгия, в грудном отделе позвоночника — торакалгия, в пояснично-крестцовой области — люмбалгия. Для боли, иррадиирующей из шейного отдела позвоночника в руку, применяется термин «цервикобрахиалгия», в затылочную или иную область головы — «цервикокраниалгия», а бо-

ли, распространяющейся из пояснично-крестцовой области в ногу, — «люмбоишиалгия». В литературе под этими терминами понимают прежде всего скелетно-мышечные болевые синдромы, т.е. состояния, при которых источниками боли могут быть мышцы, суставы и связки. Боль, связанную с поражением шейных, грудных, поясничных или крестцовых корешков, описывают в рамках радикулопатии.

Причины боли в спине

Боль в спине может быть обусловлена изменениями позвоночника (тел позвонков, межпозвоночных дисков, суставов, связочного аппарата) — вертеброгенная боль, повреждением и заболеваниями мышц, поражением нервной системы (спинного мозга, корешков, периферических нервов), патологией внутренних органов грудной и брюшной полости, малого таза, психическими расстройствами. Считают, что наиболее частой причиной острой боли в спине являются скелетно-мышечные изменения, связанные с растяжением, микротравматизацией, избыточной перегрузкой мышц, связок или суставов позвоночника [35—37].

При анализе первичной обращаемости к врачам общей практики по поводу острой боли в пояснично-крестцовой области ее скелетно-мышечные нарушения как причины боли выявляют у 85% пациентов. Предположительно, микротравматизация и растяжение мышц при выполнении «неподготовленного движения» служат причиной боли у подавляющего большинства пациентов (>70% случаев). «Дискогенная» боль (категория, самостоятельность которой в настоящее время нуждается в уточнении) и боль, связанная с дисфункцией дугоотростчатых (фасеточных) суставов, отмечаются у 10% пациентов с острой болью в спине. Компрессионная радикулопатия пояснично-крестцовых корешков наблюдается в 4%, а неврологические осложнения поясничного стеноза — в 3% случаев. Компрессионные переломы тел позвонков, связанные с остеопорозом, обнаруживаются в 4% обращений, а спондилолистез — в 2% случаев [38]. Кроме того, причиной боли в спине может быть травматическое поражение позвоночника, которое иногда приводит к переломам позвонков и разрывам дисков, но чаще — к растяжению капсулы суставов и связок позвоночного столба.

Основными потенциально опасными вертеброгенными источниками боли в спине, которые отмечаются у 1% пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу боли в спине, являются первичные и метастатические опухоли позвоночника (0,7% случаев), воспалительные (спондилоартриты) и инфекционные (туберкулез, дисцит) его поражения (0,3 и 0,01% случаев соответственно). Воспалительные спондилоартриты (анкилозирующий спондилит — болезнь Бехтерева, псориатический артрит, реактивные артриты и др.) нередко сопровождаются энтезитами — воспалением в местах прикрепления сухожилий или связок к кости.

Невертеброгенные, связанные с соматической патологией боли в спине встречаются у 2% пациентов, обратившихся с жалобами на боль в спине, и обусловлены заболеваниями органов грудной и брюшной полости, таза и забрюшинного пространства [38].

В последнее время в клинических рекомендациях, посвященных проблеме боли в спине, нередко встречается термин «неспецифическая боль в спине», который обозначает боль, связанную со скелетно-мышечными расстройствами без признаков поражения шейных, грудных, поясничных и крестцовых корешков и специфических повреждений по-

звоночника (спондилолистез, остеопороз, опухоли, спондилоартропатии и др.). Выделение неспецифической боли в спине удобно и оправдано в большинстве случаев острой боли в спине, когда пациент обследуется врачом общей практики. Хорошо известно, что вследствие особенностей строения и иннервации структур позвоночного столба установить точный источник боли в спине без специальных навыков (например, невроортопедического обследования), а часто без применения инвазивных диагностических вмешательств невозможно. В то же время острая боль в спине является доброкачественным состоянием, при котором основная задача лечения заключается в купировании болевого синдрома и сохранении повседневной активности [39]. Поэтому направление пациента для обследования специалистом (неврологом, мануальным терапевтом и др.) и проведение диагностических блокад для выявления точного источника во всех случаях острой боли в спине не оправданы.

Дифференциальную диагностику при острой боли в спине целесообразно проводить: 1) между потенциально опасными заболеваниями вертебрального и невертебрального происхождения (компрессия конского хвоста, травматическое, опухолевое, воспалительное и инфекционное поражение позвоночника, остеопороз и заболевания внутренних органов); 2) компрессионной радикулопатией и 3) доброкачественной скелетно-мышечной («неспецифической») болью в спине [40].

Ведение пациентов

с неспецифической болью в спине

Большинство клинических рекомендаций по ведению пациентов с неспецифической болью в спине ориентировано в первую очередь на врачей общей практики.

Оптимальная тактика ведения пациента с острой болью в пояснично-крестцовой области, основанная на принципах доказательной медицины (табл. 1), сводится к нескольким положениям: 1) информирование пациента; 2) исключение постельного режима; 3) назначение доказанного эффективного лечения; 4) коррекция тактики ведения при ее неэффективности в течение 4—12 нед [41—43].

Пациента желательно снабдить краткой памяткой, содержащей информацию о природе заболевания, его прогнозе и методах лечения, что позволяет скорректировать неправильное представление о боли в спине и привлечь пациента к активному участию в реабилитационных программах. Этому аспекту стали уделять больше внимания лишь в последние несколько лет. Показано, что такая памятка снижает число повторных обращений к врачу общей практики по поводу боли в спине, а 15-минутная беседа с пациентом обученного среднего медицинского персонала, буклет (памятка) о боли и последующий телефонный звонок приводят к большей удовлетворенности пациента лечением. В то же время диагноз какой-либо специфической патологии позвоночника (грыжа диска, радикулопатия) при отсутствии клинических симптомов компрессии пояснично-крестцовых корешков или признаков серьезной патологии, противоречивые мнения и рекомендации врачей усиливают психологический стресс и формируют неправильное представление о развитии заболевания, углубляют болевое поведение, степень инвалидизации и ухудшают прогноз.

При острых скелетно-мышечных болях в спине нет необходимости в соблюдении постельного режима даже в первые дни заболевания, ношении фиксационных поясов,

а также использовании опоры при передвижении (трости или костыля). Если имеется необходимость в обезболивании, следует назначить медикаментозную терапию, при этом препаратами выбора являются парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Все НПВП условно можно разделить на группы, исходя из преимущественного воздействия на изоформы циклооксигеназы (ЦОГ): ЦОГ 1 и ЦОГ 2. Большинство стандартных НПВП (диклофенак, кетопрофен, индометацин и др.) относится к не-селективным ингибиторам ЦОГ. В группу преимущественно селективных ингибиторов ЦОГ 2 входят нимесулид и мелоксикам, в группу высокоселективных — коксибы. Селективность препаратов в отношении ЦОГ 2 обеспечивает более высокую степень безопасности в отношении ЖКТ. Частота побочных явлений со стороны ЖКТ при применении неселективных ингибиторов ЦОГ составляет около 10%, при этом риск серьезных нежелательных явлений значительно возрастает в пожилом возрасте.

При выборе НПВП необходимо принимать во внимание наличие и характер факторов риска нежелательных явлений, наличие сопутствующих заболеваний, характер взаимодействия с другими лекарственными средствами и стоимость.

Относительно недавно в России зарегистрирован новый высокоселективный ингибитор ЦОГ 2 эторикоксиб (Аркоксия). В ходе клинических исследований показана эффективность препарата в лечении острых (первичная дисменорея, подагрический артрит, боль, связанная со стоматологическими операциями) и хронических (остеоартроз, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, хроническая боль в спине) болевых синдромов [42, 44—50]. В частности, при ревматоидном артрите эторикоксиб в дозе 90 мг 1 раз в сутки оказался эффективнее плацебо и напроксена в дозе 500 мг 2 раза в сутки. Эффект эторикоксиба появлялся быстро и сохранялся в течение 12 нед исследования, при этом отмечена его хорошая переносимость [51]. При лечении остеоартроза эторикоксиб в дозе 60 мг/сут показал хорошую эффективность, сравнимую с напроксеном в дозе 1000 мг/сут и диклофенаком в дозе 150 мг/сут. Результаты сравнительного исследования эффективности эторикоксиба и напроксена в лечении пациентов с остеоартрозом позволили предположить наличие более благоприятного профиля безопасности в отношении ЖКТ у эторикоксиба [42, 50].

Интересны данные о безопасности эторикоксиба (Аркоксия), полученные в рамках Международной долгосрочной программы исследований эторикоксиба в сравнении с диклофенаком у пациентов с артритами и остеоартрозом (Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term programme — MEDAL) [52, 53]. Пациентов с ревматоидным артритом рандомизировали для лечения эторикоксибом (90 мг/сут) или диклофенаком (150 мг/сут). Пациенты с остеоартрозом получали эторикоксиб (60 или 90 мг/сут) или диклофенак (150 мг/сут). Исследование MEDAL продолжалась до тех пор, пока не было зарегистрировано как минимум 643 (исходно запланировано не менее 635) подтвержденных сердечно-сосудистых событий независимо от группы терапии. Анализ результатов исследования показал, что частота тромботических событий достоверно не различалась у пациентов, принимавших диклофенак и применявших эторикоксиб. Общая частота нежелательных явлений со стороны ЖКТ была достоверно ниже в группе, получавшей эторикоксиб, преимущественно

Таблица 1. Методы лечения острой неспецифической боли в пояснично-крестцовой области

Метод	Рекомендации	Уровень доказательности
НПВП*	Рекомендуются	Высокий (А)
Миорелаксанты*	То же	То же
Комбинация миорелаксанта и НПВП или анальгетик **	« »	« »
Совет сохранять активность ***	« »	« »
Мануальная терапия	« »	Умеренный (В)
Анальгетики ****	« »	Низкий (С)
Информирование пациента о природе и прогнозе заболевания	« »	То же
Акупунктура	« »	« »
Постельный режим	Не рекомендуется	Высокий (А)
Упражнения, укрепляющие мышцы	То же	То же
Специфическая программа ЛФК	« »	« »
Тракционная терапия	« »	« »
Чрескожная электронейростимуляция	« »	Низкий (С)
Эпидуральное введение глюкокортикостероидов	« »	То же
Физиотерапия *****	Нет данных литературы, говорящих за или против применения	Отсутствует (D)
Массаж	То же	То же
Антидепрессанты	« »	« »
«Школа боли в спине»	« »	« »
Ношение пояса	« »	« »

Примечание. Степень доказательности эффективности метода лечения представляет собой 4-уровневую систему, в которой высокому уровню доказательности (А) соответствуют воспроизводимые данные качественно проведенных многочисленных рандомизированных контролируемых исследований; умеренному (В) — воспроизводимые данные менее качественных многочисленных рандомизированных контролируемых исследований (в основном из-за небольших выборок пациентов); низкому (С) — данные одного рандомизированного контролируемого исследования или противоречивые данные многочисленных исследований с применением контрольных групп; очень низкому (отсутствию) (D) — исследования, проведенные без групп сравнения, теоретические предположения, мнения экспертов.

*Эффективно уменьшают интенсивность боли, нет анальгетических преимуществ друг перед другом; **эффект больше, чем комбинация с плацебо; ***уменьшение инвалидизации, связанной с развитием хронической боли, длительности нетрудоспособности по сравнению с постельным режимом и традиционным лечением (прием анальгетиков), уменьшение интенсивности боли больше по сравнению с постельным режимом; ****эффективность неопиодных анальгетиков равна эффективности НПВП, опиодные анальгетики несколько более эффективны, чем неопиодные; *****согревание, охлаждение, электротерапия, ультразвуковое воздействие.

за счет снижения частоты неосложненных язвенных поражений ЖКТ. Частота отмены препарата из-за диспептических явлений была статистически достоверно ниже на фоне лечения эторикоксибом.

Зарегистрированной дозой для лечения остеоартроза является доза 60 мг, 1 раз в сутки, для лечения ревматоидного артрита — 90 мг, 1 раз в сутки. По данным исследований, для лечения неспецифической боли в спине минимальная эффективная доза эторикоксиба составляет 60 мг/сут. При острой боли в спине целесообразно назначение короткого курса лечения — 7—14 дней (в России эти показания не зарегистрированы). Прием Аркоксии требует контроля АД.

Согласно современным клиническим рекомендациям миорелаксанты целесообразно назначать коротким курсом

в виде монотерапии или в добавление к парацетамолу и НПВП при недостаточной эффективности последних. Основными побочными эффектами, ограничивающими применение миорелаксантов, являются сонливость и головокружение, которые отмечаются у 70% пациентов [43].

Относительно нелекарственных методов лечения острой боли в спине можно отметить, что мануальная терапия рекомендуется пациентам, не вернувшимся к нормальному уровню повседневной активности. При этом большинство клинических рекомендаций, в том числе и последние европейские, не указывают оптимальные сроки проведения мануальной терапии. Клинические рекомендации Королевского колледжа врачей общей практики Великобритании для боли в спине, длящейся от 4 до 6 нед, содержат следующий под-

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Таблица 2. Методы лечения хронической неспецифической боли в пояснично-крестцовой области

Метод	Рекомендации	Уровень доказательности
НПВП	Рекомендуются	Высокий (А)
Миорелаксанты (бензодиазепиновые производные)	То же	То же
Миорелаксанты (небензодиазепиновые производные)	« »	Низкий (С)
Антидепрессанты*	« »	Высокий (А)
Слабые опиоиды, ТТС с сильными опиоидами**	« »	То же
Капсаицин местно	« »	« »
ЛФК	« »	« »
Когнитивно-поведенческая психотерапия	« »	« »
Мультидисциплинарный подход	« »	« »
Мануальная терапия	« »	Умеренный (В)
Массаж	« »	Низкий (С)
«Школа боли в спине»	« »	Умеренный (В)
Акупунктура	« »	Низкий (С)
Постельный режим	Не рекомендуется	Высокий (А)
Тракционная терапия	То же	То же
Чрескожная электронейростимуляция	« »	Умеренный (В)
Эпидуральное введение глюкокортикоидов	« »	Отсутствует (D)
Физиотерапия***	Нет данных литературы, говорящих за или против применения	То же
Ношение пояса	То же	« »
РЧД и другие малоинвазивные методы	« »	« »

Примечание. *Норадренергические и норадреналин-серотонинергические антидепрессанты; **при неэффективности других методов лечения, строгий контроль, ***согревание, охлаждение, электротерапия, ультразвуковое воздействие.

ход. Если пациент не возвращается к нормальному уровню повседневной активности через 4 нед после начала эпизода боли в спине, необходимо его направить на мануальную терапию или на занятия лечебной физкультурой либо на игло-рефлексотерапию, при этом желательно учитывать предпочтения пациента [54]. Мануальная терапия может включать мобилизацию и массаж, которые проводит любой специалист с соответствующей подготовкой, или манипуляции, проводимые квалифицированным специалистом — мануальным терапевтом. Занятия лечебной физкультурой лучше проводить в группе, состоящей не более чем из 10 пациентов, иногда целесообразнее использовать индивидуальный подход. При недостаточной эффективности перечисленные методы нелекарственной терапии можно чередовать.

На основании изучения эффективности лечения у пациентов, страдающих хроническими, преимущественно

скелетно-мышечными болевыми синдромами, при которых выявление точного источника боли часто затруднительно, разработаны клинические рекомендации для лечения пациентов с хронической болью в спине (табл. 2). Тем не менее во всех случаях хронических болевых синдромов необходимо попытаться максимально тщательно выявить источник болевой импульсации, используя как данные неврологического, так и невроортопедического обследования с применением и инвазивных (например, диагностических блокад) методов обследования. Исходя из различий в удельном весе, который имеют психологические факторы и объективные нарушения в каждом отдельном случае хронического болевого синдрома, лечение пациентов должно быть направлено на коррекцию как периферических источников боли, так и сопутствующих психологических расстройств.

При хронической боли в спине большое место отводится методам немедикаментозного лечения. Доказано, что при хронической боли в пояснично-крестцовой области эффективна лечебная гимнастика. Она способствует уменьшению интенсивности болевого синдрома и улучшению функциональных возможностей. Разные методы физических упражнений (аэробная гимнастика, растяжение мышц и др.) имеют сходную клиническую эффективность. Лечебная гимнастика включена как эффективный метод практически во все клинические рекомендации по лечению хронической боли в спине [43, 55].

Отношение к массажу при хронической боли в спине в различных клинических рекомендациях неоднозначно. Эффективность обычного и традиционного тайского массажа одинакова. Польза от массажа повышается, если его комбинируют с лечебной гимнастикой, образовательной программой и выполняет квалифицированный специалист. Эффект сохраняется длительно (до года).

Пациентам с хронической болью в спине с высоким уровнем доказательности не рекомендуется назначение постельного режима и вытяжения. Также нецелесообразно ношение бандажей и корсетов [43].

Показано, что применение мануальной терапии при хронической боли в спине эффективнее, если ее проводит подготовленный специалист — мануальный терапевт.

В современных клинических рекомендациях физиотерапевтические воздействия (лазеротерапия, диатермия, лечение ультразвуком, термотерапия, чрескожная электрическая стимуляция) не приводятся в качестве методов лечения боли в спине. Тем не менее все эти методы широко используются при лечении хронической боли в спине в повседневной практике, вероятно, из-за выраженного плацебо-эффекта. При этом оценка их истинной эффективности крайне затруднена, так как отсутствуют качественные рандомизированные контролируемые исследования.

Мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с хронической болью в поясничной области подразумевает программы медикаментозного лечения, образования пациента, выполнение лечебной гимнастики и психотерапевтические воздействия, проводящиеся на регулярной основе (несколько часов в неделю) с участием нескольких специалистов (психотерапевта, инструктора по лечебной физкультуре, терапевта и др.). Мультидисциплинарный подход эффективен в отношении снижения интенсивности боли и степени инвалидизации. Когнитивно-поведенческая психотерапия уменьшает интенсивность боли и улучшает функциональный статус по сравнению с плацебо. Программы, сочетающие поведенческую психотерапию с постепенным увеличением уровня физической активности, эффективнее традиционной терапии в отношении возвращения к труду [43].

Для уменьшения интенсивности боли применяют НПВП, опиоидные анальгетики, миорелаксанты, антидепрессанты. Имеются многочисленные качественные доказательства того, что неселективные и селективные ингибиторы ЦОГ 2

достоверно снижают интенсивность хронической боли в спине. Доказательств преимуществ анальгетической активности одного НПВП перед другим нет. При длительном применении НПВП возрастает риск побочных явлений, в первую очередь желудочно-кишечных и кардиоваскулярных осложнений. Поэтому необходимо применять их недолго и с учетом индивидуальных особенностей пациента. Длительность применения НПВП при хронической боли в спине в клинических рекомендациях четко не оговаривается. Интересными представляются результаты исследования по сравнению эффективности эторикоксиба (Аркоксии) в дозе 60 мг/сут и диклофенака в дозе 150 мг/сут при лечении пациентов с хронической «неспецифической» болью в спине в течение 4 нед. Отмечено, что эторикоксиб в указанной дозе не уступает по эффективности «золотому стандарту» анальгетической терапии диклофенаку в дозе 150 мг/сут [56]. Применение эторикоксиба в течение 3 мес привело к статически достоверному снижению интенсивности боли и уменьшению ограничений движений по сравнению с плацебо [44]. Исследование по сравнению эффективности эторикоксиба в дозе 60 и 90 мг/сут не выявило преимуществ большей дозы препарата в этой популяции пациентов [57].

При отсутствии эффекта от других анальгетиков и НПВП или при наличии противопоказаний к их использованию для уменьшения выраженной боли в спине рекомендуются слабые опиоиды (трамадол, кодеин). Применение сильных опиоидов должно быть ограничено трансдермальными терапевтическими системами (ТТС) с постепенным пролонгированным высвобождением препарата. Миорелаксанты при легко выраженной хронической боли в спине могут применяться в качестве альтернативы НПВП, при более выраженной боли — как дополнение к анальгетикам.

При лечении хронических болевых синдромов традиционно предпочтение отдается антидепрессантам. Анальгетическая активность отмечена у амитриптилина, имипрамина, доксепина, кломипрамина, мапротилина, венлафаксина, дулоксетина, пароксетина и флуоксетина. Имеются строгие доказательства того, что норадренергические и норадренергические-серотонинергические антидепрессанты снижают интенсивность боли у пациентов с хронической болью в спине, и их эффективность выше, чем у ингибиторов обратного захвата серотонина. Анальгетический эффект антидепрессантов не зависит от наличия или отсутствия сопутствующей депрессии. Убедительные доказательства эффективности антиконвульсантов для лечения хронической боли в спине пока отсутствуют. Для кратковременного уменьшения болевого синдрома возможно применение аппликаций перцового пластыря [41].

При отсутствии точно установленного источника боли в спине нецелесообразно применение инвазивных методов лечения: нейрорефлексотерапии, радиочастотной (РЧД) и электротермальной денервации, радиочастотной термокоагуляции и др. Показано, что эффективность малоинвазивных вмешательств на позвоночнике повышается при выявлении специфического (суставного, дискогенного) источника боли в спине.

ЛИТЕРАТУРА

- Schmidt C., Raspe H., Pfingsten M. et al. Back pain in the German adult population. *Spine* 2007;37(18):2005—11.
- Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Галушко Е.А. Частота и характер болей в нижней части

- спины среди амбулаторных больных в г. Москве. Сообщение I. Научно-практ ревматол 2006;(2):12—20.
- Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence,

- impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287—333.

- Coste J., Delecoeuillerie G., Cohen de Lara A. et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in

- primary care practice. *BMJ* 1994;(308):577—80.
5. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. An evidence-based approach. *Pain research and clinical management* 2002;13:1—24.
6. Chavannes A., Gubbels J., Post D. et al. Acute low back pain: patients' perceptions of pain four weeks after initial diagnosis and treatment in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1986;36:271—3.
7. Dillane J.B., Fry J., Kalton G. Acute back syndrome — a study from general practice. *BMJ* 1966;(2):82—4.
8. Van den Hoogen H.J., Koes B.W., van Eijk J. The course of low back pain in general practice: a one year follow up study. *Ann Rheum Dis* 1998;(57)13—9.
9. Kopec J.A., Sayre E.C., Esdaile J.M. Predictors of back pain in a general population cohort. *Spine* 2004;29:70—7.
10. Linton S.J., Hellsing A.L., Hallden K. A population-based study of spinal pain among 35—45-year-old individuals. *Spine* 1998;23:1457—63.
11. Rubin D.I. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin* 2007;25(2):353—71.
12. Smith B.H., Elliott A.M., Hannaford P.C. et al. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community. Results from a general population follow-up study. *Spine* 2004;29:1032—40.
13. Hill J., Lewis M., Papageorgiou A.C. et al. Predicting persistent neck pain: a 1-year follow-up of a population cohort. *Spine* 2004;29:1648—54.
14. Leclerc A., Niedhammer I., Landre M. et al. One-year predictive factors for various aspects of neck disorders. *Spine* 1999;24:1455—62.
15. Dionne C.E., Von Korf M., Deyo R.A. et al. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:455—68.
16. Goubert L., Crombez G., Bourdeaudhuij I.D. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. *Eur J Pain* 2004;8:385—94.
17. Hagen K.B., Holte H.H., Tambs K. et al. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain. A 1983—1993 population-based prospective study in Norway. *Spine* 2000;25:2480—7.
18. Andersson G.B. Epidemiology of low back pain. *Acta Orthop Scand Suppl* 1998;281:28—31.
19. Hartvigsen J., Christensen K., Frederiksen H. Back pain remains a common symptom in old age. A population-based study of 4486 Danish twins aged 70—102. *Eur Spine J* 2003;12:528—34.
20. Попелянский Я.Ю., Веселовский В.П., Хафизов Р.Г. Влияние экзогенных производственных факторов на формирование клинической картины синдромов поясничного остеохондроза. В кн.: Научные и практические основы снижения заболеваемости рабочих и инженерно-технических работников промышленных предприятий. Челябинск, 1980;2:38—9.
21. Торопцева Н.В., Беневоленская Л.И., Карякин А.Н. и др. Распространенность болей в нижнем отделе спины среди рабочих промышленного предприятия России. *Клин ревматол* 1995;(5):26—9.
22. Hoogendoorn W.E., van Poppel M.N., Bongers P.M. et al. Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scand J Work Environ Health* 1999;25:387—403.
23. Ariens G.A., van Mechelen W., Bongers P.M. et al. Physical risk factors for neck pain. *Scand J Work Environ Health* 2000;26:7—19.
24. Macfarlane G.J., Thomas E., Papageorgiou A.C. et al. Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. *Spine* 1997;22:1143—9.
25. Leino P., Magni G. Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain* 1993;53:89—94.
26. Linton S.J., Kamwendo K. Risk factors in the psychosocial work environment for neck and shoulder pain in secretaries. *J Occup Med* 1989;31:609—13.
27. Linton S.J. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25:1148—56.
28. Thomas E., Silman A.J., Croft P.R. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ* 1999;(318):1662—7.
29. Main C.J., Nicholas M.K., Watson P.J. Back pain. *Pain* 2008 an updated review. J. Castro-Lopes, S. Raja, M. Schmelz — IASP Press, 2008; p. 395—407.
30. Treede R.D., Jensen T.S., Campbell J.N. et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70(18):1630—5.
31. Freynhagen R., Baron R., Gockel U. et al. PainDetect: a new screening questionnaire to detect neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1911—20.
32. Kaki A., El-Yaski A., Yousef E. Identifying neuropathic pain among patients with chronic low back pain: use of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and signs pain scale. *Reg Anesth Pain Med* 2005;30(5):422—8.
33. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С. и др. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности невропатической боли, ее причин и характеристик в популяции больных, обратившихся к врачу-неврологу. *Боль* 2008;(3):24—32.
34. Freynhagen R., Rolke R., Baron R. Pseudoradicular and radicular low-back pain — a disease continuum rather than different entities? Answers from quantitative sensory testing. *Pain* 2008;135(1—2):65—74.
35. Есин Р.Г., Файзуллин Р.И., Рогожин А.А. и др. Клиническая миология. Казань: Фэн, 2003.
36. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. М.: Медпресс, 2005.
37. Wong D., Transfeldt E. Macnab's Backache, 4th Edition - 2007 — Lippincott Williams & Wilkins. 304 p.
38. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *American Family Physician* 2007;75(8):1181—8.
39. Павленко С.С. Боли в нижней части спины. Новосибирск, 2007.
40. Waddell G. The back pain revolution eds. by — 2nd ed. Edinburgh: Elsevier, 2004 — www.elsevierhealth.com
41. Эрдес Ш.Ф. и др. Неспецифическая боль в нижней части спины. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. М.: КомплектСервис, 2008.
42. Reginster J.Y., Malmstrom K., Mehta A. et al. Evaluation of the efficacy and safety of etoricoxib compared with naproxen in two, 138-week randomised studies of patients with osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:945—51.
43. 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.
44. Birbara C.A., Puopolo A.D., Munoz D.R. 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;4:307—15.
45. Laine L., Curtis S.P., Cryer B. et al. MEDAL Steering Committee. Assessment of upper gastrointestinal safety of 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* 2007;369:465—73.
46. Malmstrom K., Kotey P., Cichanowitz N. et al. Analgesic efficacy of etoricoxib in primary dysmenorrhea: results of a randomized, controlled trial. *Gynecol Obstet Invest* 2003;56:65—9.
47. Malmstrom K., Sapre A., Coughlin H. et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator—controlled dose-ranging study. *Clin Ther* 2004;26:667—79.
48. Schumacher H.R., Boice J.A., Daikh D.L. et al. Randomized double blind trial of etoricoxib and indometacin in the treatment of acute gouty arthritis. *BMJ* 2002;324:1488—92.
49. Van der Heijde D., Baraf H.S., Ramus-Remus C. et al. Evaluation of the Efficacy of Etoricoxib in Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Rheum* 2005;52:1205—15.
50. Zacher J., Feldman D., Gerli R. et al. A comparison of the therapeutic efficacy and tolerability of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis. *Curr Med Res Opin* 2003;19:725—36.
51. Matsumoto A.K., Melian A., Mandel D.R. et al. A Randomized, Controlled, Clinical Trial of Etoricoxib in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2002;29:1623—30.
52. Cannon C.P., Curtis S.P., Fitzgerald G.A. 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;368:1771—81.

53. Curtis S.P., Ko A.T., Bolognese J.A. et al. Pooled analysis of thrombotic cardiovascular events in clinical trials of the COX-2 selective Inhibitor etoricoxib. *Curr Med Res Opin* 2006;22:2365—74.

54. National Institute for Health and Clinical

Excellence guideline 88: Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain — 2009. www.nice.org.uk

55. Haldeman S., Dagenais S. What have we learned about the evidence-informed management of chronic low back pain? *The Spine Journal* 2008;8:266—77.

56. Zerbini C., Ozturk Z.E., 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;21:2037—49.

57. Pallay R.M., Seger W., Adlar J. 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;33:257—66.

Г.И. Наумова

Центр пароксизмальных состояний, Витебский областной диагностический центр, Республика Беларусь

Организация медицинской помощи пациентам с впервые развившимся судорожным припадком

ORGANIZATION OF HEALTH CARE TO PATIENTS WITH NEW-ONSET CONVULSIVE SEIZURE

G.I. Naumova

Center of Paroxysmal States, Vitebsk Regional Diagnosis Center, Republic of Belarus

The first episode comprises one or several fits that first develop in a patient and may recur within 24 hours with a complete consciousness recovery between the fits. In addition to clinical characteristics, general somatic and neurological examinations, biochemical blood study, and brain electroencephalography and computed tomography or magnetic resonance imaging are recommended to define the prognosis of the first epileptic seizure and to elaborate therapeutic tactics.

If the first acute symptomatic seizure (metabolic encephalopathy, acute central nervous system injury in patients with eliminable seizure-based condition) occurs, the disease that is a cause of the seizure should be treated. Symptomatic therapy for the first unprovoked seizure is unreasonable if only the seizure is not epileptic.

Key words: first seizure, unprovoked seizure, epilepsy, recurrence risk.

Galina Ivanovna Naumova: naumova@tut.by

Первый эпилептический припадок

Первый припадок — это очень распространенное и пугающее явление, как для самого пациента, так и для его окружающих людей. Согласно критериям Международной противоэпилептической лиги первый припадок — это один или несколько впервые случившихся припадков, которые могут повторяться в течение 24 ч, с полным восстановлением сознания между ними [1].

Первый судорожный припадок до сих пор остается серьезной проблемой для неврологов, что объясняется рядом причин. Во-первых, при эпилептических припадках необходимо провести дифференциальный диагноз, исключив другие пароксизмальные состояния, которые имеют иной прогноз и требуют иного терапевтического подхода. Во-вторых, эпилептические припадки характеризуются стереотипными эпизодическими проявлениями, которые могут рецидивировать в любом возрасте и имеют непредсказуемую частоту в подавляющем большинстве случаев. В-третьих, этиология судорог различна и это влияет в различной степени на вероятность их рецидива. По времени наступления припадков и возможности устранения провоцирующего фактора можно с высокой точностью предсказать риск рецидива. В-четвертых, у многих пациентов судороги повторяются редко, в связи с чем лекарственную терапию не проводят с учетом возможных серьезных побочных эффектов противосудорожных средств, а также достаточно высокой стоимости большинства новейших препаратов. В-пятых, даже если припадки слу-

чаются достаточно редко, они представляют риск для жизни пациента и ограничивают его социальную адаптацию. Припадки могут ограничивать возможности, в частности некоторые виды индивидуальной деятельности, больного (в учебе, выборе профессии, вождении транспорта; беременность и т.д.) и таким образом оказывать существенное влияние на качество его жизни. Припадок может стать причиной возникновения неотложного состояния, требующего проведения срочных терапевтических вмешательств, что способствует принятию решения о длительной противосудорожной терапии. И, наконец, припадки могут развиваться у пациентов, которые в связи с другими сопутствующими заболеваниями принимают лекарственные средства, способные привести к нежелательным явлениям при взаимодействии с противоэпилептическими препаратами [2].

Различают первый припадок эпилептический, острый симптоматический, отдаленный симптоматический, прогрессирующий симптоматический и психогенный.

Эпилептический припадок — это преходящее появление признаков и/или симптомов в результате патологической либо усиленной активности нейронов головного мозга [3].

Острый симптоматический припадок — припадок, развивающийся при тяжелом повреждении головного мозга или в четкой временной зависимости от документально подтвержденного острого повреждения головного мозга [4].

Отдаленный симптоматический припадок — припадок, развивающийся без очевидного провоцирующего фактора,