

Сулова Е.Ю., Парфенов В.А

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Москва, Россия,  
119435, Москва, Россолимо, 11, стр. 1

## Лечение боли в нижней части спины, применение мелоксикама

Ведение пациентов с болью в нижней части спины является актуальной проблемой современной медицины. Рассматриваются основные причины, принципы диагностики и лечения пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины с точки зрения доказательной медицины. Отмечается высокая эффективность медикаментозного лечения с использованием анальгетиков (нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП, слабые опиоиды), антидепрессантов, лечебной физкультуры, когнитивно-поведенческой терапии в качестве компонентов мультидисциплинарного лечения. Излагаются эффективность и побочные эффекты НПВП, высокая эффективность и безопасность применения мелоксикама в различных лекарственных формах. Представлены собственный опыт лечения 85 пациентов с хронической болью в нижней части спины, наблюдение пациентки, страдающей сочетанной хронической мигренью и злоупотребляющей анальгетиками.

**Ключевые слова:** боль в нижней части спины; люмбагия; нестероидные противовоспалительные препараты; мелоксикам.

**Контакты:** Владимир Анатольевич Парфенов; [vladimirparfenov@mail.ru](mailto:vladimirparfenov@mail.ru)

**Для ссылки:** Сулова ЕЮ, Парфенов ВА. Лечение боли в нижней части спины, применение мелоксикама. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015;7(3):51–56.

### *Treatment for low back pain, use of meloxicam*

*Suslova E. Yu., Parfenov V.A.*

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Faculty of Therapeutics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia  
11, Possolimo St., Build. 1, Moscow 119435*

To manage patients with low back pain is an urgent problem of modern medicine. The paper considers the main causes of chronic nonspecific lumbago and the principles of its diagnosis and treatment in the context of evidence-based medicine. Medical treatment using analgesics (nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), weak opioids), antidepressants, therapeutic exercises, and cognitive-behavioral therapy as components of a multidisciplinary treatment is noted to be highly effective. The efficacy and side effects of NSAIDs, the high efficiency and safety of using meloxicam in different dosage forms are outlined.

The authors set forth their experience in treating 85 patients with chronic low back pain and an observation of a female patient who has concurrent chronic migraine and abuses analgesics.

**Keywords:** low back pain; lumbago; nonsteroidal anti-inflammatory drugs; meloxicam.

**Contact:** Vladimir Anatolyevich Parfenov; [vladimirparfenov@mail.ru](mailto:vladimirparfenov@mail.ru)

**For reference:** Suslova EYu, Parfenov VA. Treatment for low back pain, use of meloxicam. Neurology, Neiropsikhiatry, Psikhosomatiks. 2015; 7(3):51–56.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2015-3-51-56>

### Классификация боли в нижней части спины, причины и диагностика

Боль в нижней части спины (БНЧС) — одна из самых распространенных жалоб современного человека и наиболее частых причин временной нетрудоспособности у лиц разного возраста [1, 2]. Боль в спине существенно ухудшает качество жизни пациентов, нередко имеет хроническое течение. По продолжительности выделяют острую (до 6 нед), подострую (6–12 нед) и хроническую (более 12 нед) боль. В соответствии с классификацией G. Waddell (1987) рекомендованной рабочей группой Европейской федерации неврологических обществ по ведению пациентов с БНЧС, выделяют специфическую боль в спине, радикулопатию, неспецифическую боль [3].

Специфическая БНЧС (не более 1–3%) может быть вызвана остеопорозом, опухолью, сирингомиелией, компрессионным переломом, инфекционными заболеваниями, аутоиммунными воспалительными процессами, миеломной болезнью, заболеваниями органов малого таза [4, 5].

Радикулопатия (невропатическая боль), по данным разных авторов, наблюдается в 1–5% случаев, в ее основе лежит компрессия спинномозгового корешка, возникающая в результате сдавления экструдией диска или диско-остеофитным комплексом, или при спондилолистезе. Болевой синдром при этом сопровождается периферическими парезами мышц, чувствительными расстройствами, выпадением рефлексов [2, 5, 6].

*Неспецифическая БНЧС* (более 85% случаев острой БНЧС) не связана с поражением корешков спинного мозга и специфическими заболеваниями позвоночника. Формирование неспецифической БНЧС вызвано патологией мышечно-суставно-связочного аппарата — поражением мышц и связок, дисфункцией крестцово-подвздошных сочленений (КПС), фасеточных суставов.

Диагностика неспецифической БНЧС основана на исключении специфических причин и поражения спинномозговых корешков и предполагает неврологический, невроортопедический, соматический осмотр. При подозрении на специфическую природу боли проводят лабораторные и инструментальные обследования: рентгенографию, рентгеновскую компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную томографию, электронейромиографию и др. [2, 3, 7].

### Лечение БНЧС

Терапия БНЧС должна быть направлена как на уменьшение интенсивности болевого синдрома, так и на улучшение качества жизни пациента. При острой неспецифической БНЧС в первую очередь необходимо информировать пациента о благоприятном прогнозе и доброкачественном характере заболевания, рекомендовать сохранение умеренной двигательной активности и избегать избыточных физических нагрузок. Эффективно применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и миорелаксантов [8]. При хронической неспецифической БНЧС необходимо добавление лечебной гимнастики (ЛГ), когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и в ряде случаев антидепрессантов [6]. При радикулопатии наиболее эффективны эпидуральное введение анестетиков и глюкокортикоидов (ГК), а также хирургическое лечение, часто помогают антиконвульсанты, НПВП и миорелаксанты.

*Медикаментозное лечение.* Для лечения БНЧС применяют различные препараты. При этом доказанной эффективностью обладают НПВП, слабые опиоиды, антидепрессанты, миорелаксанты.

НПВП (мелоксикам, напроксен, диклофенак, ибупрофен, коксибы и др.) — одни из наиболее часто назначаемых лекарственных средств для лечения БНЧС. НПВП воздействуют на периферические механизмы формирования боли. Их эффективность для терапии острой и хронической боли в спине считается доказанной (уровень доказательности А). Из-за побочного действия НПВП должны назначаться на короткий срок (согласно Европейским рекомендациям по лечению неспецифической БНЧС, максимальная продолжительность приема НПВП не должна превышать 3 мес) [6].

Наиболее частыми неблагоприятными эффектами НПВП являются желудочно-кишечные осложнения — раздражение, язвы и кровотечение (их частота увеличивается с возрастом) [9]. Данные, опубликованные в США, свидетельствуют о том, что при использовании традиционных НПВП смертность в результате побочных эффектов составляет 6 случаев на 100 тыс. населения. Только желудочно-кишечные осложнения, возникающие при использовании НПВП, приводят к смерти большего количества людей, чем рак шейки матки, бронхиальная астма или меланома [10]. В связи с этим в последние годы основное внимание привлечено к созданию эффективных и безопасных НПВП. Известно, что механизм действия НПВП заключается в ин-

гибировании фермента циклооксигеназы (ЦОГ), которая участвует в метаболизме арахидоновой кислоты. Существуют как минимум две изоформы ЦОГ (ЦОГ1 и ЦОГ2); при этом ЦОГ2 в норме не присутствует, но образуется в воспалительном очаге. Противовоспалительный эффект НПВП в первую очередь обусловлен с ингибированием ЦОГ2. В то же время развитие побочных эффектов связано почти исключительно с ингибированием физиологической изоформы ЦОГ1. Поэтому более безопасны те НПВП, которые не влияют или мало влияют на активность ЦОГ1 [11]. Среди традиционных НПВП препараты, более селективные в отношении ЦОГ2, чем ЦОГ1, в 3–4 раза реже вызывают осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), чем менее селективные [12–14].

Другими серьезными побочными эффектами НПВП являются сердечно-сосудистые осложнения. Все селективные и неселективные НПВП ингибируют биосинтез простаноидов, поэтому было сделано предположение, что при селективном подавлении ЦОГ2-зависимого синтеза простациклина (сосудорасширяющий фактор и ингибитор агрегации тромбоцитов и пролиферации гладкомышечных клеток сосудов) без сопутствующего ингибирования ЦОГ1-зависимого синтеза тромбоксана (сосудосуживающий фактор и промотор агрегации тромбоцитов и пролиферации сосудов) может возрасти риск сердечно-сосудистых побочных эффектов вследствие тромбоэмболии или повышения кровяного давления у пациентов [15, 16]. По данным ряда исследований, некоторые НПВП (напроксен, ибупрофен) могут подавлять антиагрегационный эффект аспирина, в то же время препараты, имеющие умеренную или высокую селективность в отношении ЦОГ2 (мелоксикам, коксибы), не оказывают подобного действия [17, 18].

На сегодняшний день одним из наиболее известных и изученных селективных ингибиторов ЦОГ2 является мелоксикам. Этот препарат имеет такие же фармакодинамические свойства, как и классические представители класса НПВП, но обладает более высокой селективностью к ЦОГ2, которая подтверждена в различных тест-системах [12, 19]. В клинических исследованиях побочные эффекты со стороны ЖКТ в целом возникали реже при приеме мелоксикама (Мовалис®) 7,5 и 15 мг, чем при приеме других НПВП, с которыми проводилось сравнение [20, 21]. Также можно отметить наименьший риск сердечно-сосудистых осложнений при приеме этого препарата по сравнению с другими НПВП [22]. Безопасность мелоксикама подтверждена данными метаанализа 28 клинических исследований (24 196 больных), в которых показано, что препарат характеризуется меньшим риском развития желудочно-кишечных осложнений, чем традиционные НПВП (диклофенак, напроксен и пироксикам), и более низким числом тромбоэмболических осложнений по сравнению с диклофенаком [21]. В более позднем обзоре Y.F. Chen и соавт. [23], посвященном анализу эффективности и безопасности мелоксикама у пациентов с остеоартрозом и ревматоидным артритом в сравнении с другими НПВП, при оценке объединенных данных также оказалось, что эффективность препарата соответствовала таковой неселективных НПВП, а частота желудочно-кишечных осложнений была на 70% ниже. Так как потенциальный риск побочных реакций зависит от дозы и продолжительности лечения, следует использовать максимально низкие дозы и длительность применения препарата. Максимальная реко-

мендуемая суточная доза — 15 мг. Период полувыведения — 20 ч, поэтому суточную дозу следует принимать 1 раз в день во время еды. Мовалис® имеет форму для парентерального введения (15 мг/1,5 мл) и для приема внутрь (7,5 и 15 мг). Для получения быстрого эффекта рекомендуется использовать так называемую ступенчатую терапию, которая заключается во внутримышечном введении 15 мг препарата в первые 3 дня лечения, после чего переходят на прием внутрь [24]. В последние годы с успехом используется лекарственная форма для приема внутрь — суспензия Мовалис® (7,5 мг), которая оптимальна для значительного числа пациентов, имеющих проблемы с глотанием таблетированных препаратов. Отмечены высокая эффективность и безопасность применения мелоксикама у пациентов с БНЧС по сравнению с палачебо и другими НПВП (в частности, с диклофенаком) [25, 26].

Нами проведено клиническое наблюдение 280 пациентов с острой и хронической неспецифической болью в спине и радикулопатией [19]. Все пациенты получали Мовалис® внутримышечно или внутрь в дозе 15 мг/сут. Длительность лечения в группе пациентов с острой болью в спине составила в среднем  $12,1 \pm 5,2$  дня, с подострой и хронической болью — соответственно  $17,1 \pm 5,7$  и  $18,0 \pm 7,9$  дня. Средняя длительность лечения была выше в группе пациентов с радикулопатией, чем в группе пациентов с неспецифической болью в спине. У большинства пациентов (96,4%) наблюдался полный регресс боли или ее существенное уменьшение (с 7–9 до 1–2 баллов по визуальной аналоговой шкале — ВАШ). Наибольшая степень снижения интенсивности боли отмечалась у пациентов с острой и подострой болью. Отмечены хорошая переносимость терапии и низкая частота побочных эффектов (1,8%), которые носили преходящий характер и не требовали дополнительного лечения.

Положительный эффект при ведении пациентов с болью в спине (особенно подострой и хронической) во многом был связан с применением элементов рациональной психотерапии, КПТ и ЛГ.

В Москве проведено фармакоэкономическое исследование лечения мелоксикамом (Мовалис®) и диклофенаком ретард больных с остеоартрозом [27]. Результаты исследования показали, что мелоксикам, при условии его приобретения по средней розничной цене московских аптек, экономически выгоден по сравнению с диклофенаком ретард как без учета побочных эффектов, так и с учетом расходов на лечение осложнений. В условиях российского здравоохранения экономическая выгода от применения мелоксикама вместо диклофенака ретард может составлять до 20%. Учитывая доказанную достаточную эффективность мелоксикама по сравнению с диклофенаком, меньшую стоимость и большую безопасность [19, 21, 23, 25], мелоксикам следует считать препаратом выбора при лечении не только остеоартроза, но и БНЧС.

Также с целью уменьшения интенсивности боли могут применяться слабые опиоиды (трамадол). Что касается сильных опиоидов, то данных об их использовании недостаточно. Однако наличие побочных эффектов (головокружение, повышенное потоотделение, снижение потенции, запор и риск развития зависимости) ограничивает назначение этих препаратов.

Из группы миорелаксантов при БНЧС в нашей стране наиболее часто назначаются толперизон, тизанидин, бакло-

фен. Применение миорелаксантов основано на том, что повышение возбудимости ноцицепторов вызывает рефлекторную активацию мотонейронов передних рогов в соответствующих сегментах спинного мозга и как следствие — тоническое сокращение мышц. Развившееся мышечное напряжение способствует поддержанию и возможному усилению боли. Воздействуя на мышечный спазм, миорелаксанты помогают прервать поток болевой афферентации. Поэтому использование миорелаксантов при острой и хронической боли в спине является патогенетически оправданным [28]. Наиболее эффективным в отношении уменьшения болевого синдрома считается их сочетание с НПВП. Существуют также миорелаксанты из группы бензодиазепинов, которые преимущественно используются в качестве транквилизаторов, снотворных, седативных, противосудорожных средств и гораздо реже — для расслабления скелетных мышц. Побочные эффекты миорелаксантов включают тошноту, сонливость, головокружение, обратимое снижение функции печени и зависимость (только для бензодиазепинов).

Антиконвульсанты (габепентин, прегабалин) в основном применяются при лечении невропатической боли (радикулопатии) [29, 30]. Предполагаемый механизм их действия включает биохимические эффекты повышения соотношения гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и глутамата, влияние на ионные каналы и/или усиление несинаптического высвобождения ГАМК.

Среди антидепрессантов наиболее хорошо изучены трициклические антидепрессанты с норадренергическим и серотонинергическим механизмом действия. Эти препараты блокируют обратный захват нейромедиаторов: норадреналина и серотонина и вследствие этого модулируют болевые ощущения [6]. Анальгетический эффект антидепрессантов не зависит от наличия или отсутствия сопутствующей депрессии [2]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина при хронической боли неэффективны, однако их можно назначать для лечения сопутствующих депрессивных или панических расстройств у пациентов с острой болью или радикулопатией. Среди побочных эффектов встречаются сонливость, сухость во рту, головокружение и запор. Противопоказаниями для применения антидепрессантов являются беременность, хроническая обструктивная болезнь легких, патология почек, глаукома и сердечная недостаточность.

### Нелекарственные методы лечения

Помимо медикаментозной терапии, крайне важны нелекарственные методы лечения. При расспросе пациента очень часто выясняется, что он имеет неправильные представления о причинах, механизмах и примерном прогнозе своей боли. При острой неспецифической БНЧС необходимо информировать пациента о благоприятном прогнозе, высокой вероятности скорейшего выздоровления, целесообразности сохранения активности. При хронической неспецифической БНЧС эффективна КПТ. Основанием для применения КПТ является положение о том, что у пациентов с хронической неспецифической БНЧС болевая инвалидизация вызвана не только патологией мышц, связок и капсул суставов, но и психологическими и социальными факторами (зачастую ложными взглядами и убеждениями пациента, психическими расстройствами, «болевым» поведением). КПТ направлена на изменение мыслей и поведения пациен-

та, когнитивных процессов и окружающих обстоятельств. Основа КПТ – выявление и помощь в осознании пациентом «неадаптивных» мыслей и способов поведения и замена их на «адаптивные» стратегии управления болью. Существуют убедительные доказательства того, что поведенческая терапия является более эффективной при лечении хронической неспецифической БНЧС в плане уменьшения болевого синдрома, улучшения функционального состояния и достижения поведенческих результатов, а также сокращения сроков нетрудоспособности, чем ее имитация или отсутствие лечения (уровень достоверности А) [6, 31–35].

ЛГ – комплекс специализированных статических и/или динамических упражнений с возможной дополнительной нагрузкой, предназначенных для лечения БНЧС. Проведено большое количество разнообразных исследований, в которых оценивали эффективность различных комплексов упражнений при хронической БНЧС. При этом эффективны как индивидуальные, так и групповые занятия. Отмечаются уменьшение болевого синдрома и количества дней нетрудоспособности, улучшение функционального состояния. ЛГ можно рассматривать в качестве одного из основных методов лечения хронической неспецифической БНЧС, а также профилактики повторных обострений [2, 6]. Наилучшие результаты при этом достигаются при сочетании ЛГ с КПТ в рамках мультидисциплинарного подхода.

Описаны данные, свидетельствующие о том, что мануальная терапия превосходит по эффективности ее имитацию, имеет не меньшую эффективность, чем лекарственная терапия. Мануальные приемы должны исключать грубые манипуляции на позвоночнике, показаны мягкие мышечно-энергетические техники на связочно-мышечно-суставном аппарате, такие как постизометрическая релаксация мышц (ПИР). Сочетание массажа с корригирующими упражнениями и обучением пациента может быть более результативным, чем изолированная методика [6].

### Собственный опыт лечения

В качестве примера приводим результаты лечения 85 пациентов (61 женщина и 24 мужчины) с хронической неспецифической БНЧС в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст  $49,9 \pm 16,1$  года), находившихся на лечении в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с 2013 по 2015 г. Большинство пациентов (62,7%) неоднократно проходили амбулаторное и/или стационарное лечение (в том числе с назначением витаминов, сосудистых и метаболических препаратов) без существенного эффекта. Пациенты получали стандартное стационарное лечение, включавшее НПВП (почти у половины применялся мелоксикам), миорелаксанты, при необходимости антидепрессанты, при наличии в анамнезе гастропатии назначались блокаторы протонной помпы (омепразол); проводилось 2–3 обучающих групповых занятия ЛГ, а также 2–3 сеанса КПТ, некоторым пациентам выполнялись лечебные блокады КПС, фасеточных суставов, сеансы ПИР. Для оценки тяжести состояния использовались ВАШ, шкала инвалидизации Освестри (ШИО), психологические шкалы. Выяснялись представления пациентов о своем заболевании – причинах, прогнозе, необходимом лечении, а также осуществлялась попытка изменения неправильных и неадаптивных представлений на правильные и адаптивные.

Результаты исходного обследования показали, что минимальную инвалидизацию по ШИО ( $\leq 20\%$ ) имели 8,2% пациентов, умеренную (21–40%) – 40%, значительную (41–60%) – 37,7% и выраженную ( $\geq 61\%$ ) – 14,1%. Около половины больных – 49,4% оценивали интенсивность боли в 5–7 баллов по ВАШ и примерно по 25% – в 0–4 и 8–10 баллов.

При выяснении представлений пациентов оказалось, что только 18 (21,2%) из них правильно представляют себе причину боли, а остальные имеют неправильные 37,6% или не полностью правильные 41,2% понятия. Значительная часть (68,2%) пациентов полагали одной из основных причин боли в спине «грыжу или повреждение диска» и/или «защемление нерва». Около 25% пациентов опасались любой физической нагрузки, включая работу по дому и ходьбу, так как это может способствовать ухудшению течения заболевания, увеличению размеров грыжи и большему защемлению нерва.

В результате лечения в стационаре положительная динамика (снижение балла по ВАШ и/или ШИО) отмечена у большинства (71%) пациентов. Мы связываем первоначальный эффект терапии с назначением курса НПВП, выполнением лечебных блокад и активизацией пациентов. Ни у одного из пациентов, получавших Мовалис®, не развилось значимых нежелательных эффектов. Индивидуальный анализ показал, что через 3 и 6 мес более чем у половины (52%) пациентов сохраняется улучшение по аналогичным параметрам. Через 6 мес выявлено уменьшение доли пациентов со значительной и выраженной инвалидизацией ( $\geq 61\%$  по ШИО) с 48 до 30% и увеличение доли пациентов с минимальной степенью инвалидизации ( $\leq 20\%$  по ШИО) с 8 до 30%. Эффект лечения чаще отсутствовал у больных с сочетанной ортопедической патологией, избыточной массой тела, выраженной депрессией, тяжелыми соматическими заболеваниями, негативным отношением к ЛГ.

### Инвазивные методы лечения

Лекарственные блокады включают инъекции ГК и/или анестетиков в область триггерных точек мышц, КПС, фасеточных суставов, эпидуральное пространство [36, 37]. Они уменьшают болевой синдром преимущественно в остром периоде, а при хронической боли менее эффективны. Блокады фасеточных суставов и фораминальные блокады, выполненные под рентгенологическим контролем, могут использоваться также в качестве лечения и диагностики фасеточного синдрома или радикулопатии соответственно [6]. Радиочастотные методы лечения, включающие радиочастотную денервацию фасеточных суставов или КПС, с целью термического разрушения чувствительных нервных волокон (при положительном эффекте от ранее проведенной блокады с местным анестетиком) также применяются для лечения при острой и хронической неспецифической БНЧС [2, 6, 36].

Хирургическое лечение в основном показано при наличии специфических заболеваний (опухоль, травма, миелопатический синдром) и дискогенной радикулопатии.

### Клиническое наблюдение

*Пациентка А., 46 лет, при поступлении в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова предъявляла жалобы на постоянную ноюще-тянущую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (больше слева) с иррадиацией по задней поверх-*

ности бедер и до средней трети голени с обеих сторон. Боль усиливалась при статической нагрузке и перемене положения тела. С небольшими ремиссиями боль беспокоила пациентку не менее 8 лет. В течение последнего года боль стала постоянной и более интенсивной. Эпизодически принимала НПВП с кратковременным положительным эффектом. Также много лет пациентку беспокоит преимущественно односторонняя головная боль давящего характера, иногда сопровождающаяся тошнотой, купирующаяся приемом комбинированных анальгетиков (мигрень без ауры). На протяжении около полутора лет головная боль возникала 4–5 раз в неделю (хроническая мигрень), количество анальгетиков достигало 15–20 в месяц. При КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника определялись дегенеративно-дистрофические изменения.

В соматическом статусе изменений не выявлено. По шкале депрессии Бека — 8 баллов, по госпитальной шкале тревоги и депрессии — 10 и 4 балла соответственно. Парезов, расстройств чувствительности (данных в пользу радикулопатии) не выявлено. Определялись левосторонний сколиоз на верхнегрудном уровне; умеренный мышечно-тонический синдром паравerteбральных мышц на поясничном уровне; болезненность при пальпации в проекции КПС с двух сторон, больше слева, фасеточных суставов на уровне L<sub>IV-V</sub>, L<sub>V</sub>—S<sub>I</sub> с двух сторон, больше слева; дисфункция левого КПС в пребе на опережение; синдром грушевидной мышцы слева. Максимальная интенсивность боли достигала 9 баллов по ВАШ, средняя — 7–8 баллов. Инвалидизация по ШИО — 38 баллов.

Лечение включало полный отказ от «привычных» анальгетиков, назначение amitриптилина с постепенным увеличением дозы до 50 мг/сут, баклосана (30 г/сут), Мовалиса® 15 мг/сут в течение 7 дней, лечебные блокады с дипроспаном в проекцию КПС с двух сторон, ПИР грушевидной мышцы слева, три групповых занятия ЛГ с инструктором, три сеанса КПТ.

КПТ в данном случае была направлена не только на болевой синдром пояснично-крестцовой локализации, но и на хроническую головную боль: выявлялись собственные представления пациентки о боли в спине и головной боли и разъяснялись

истинные причины боли. Разъяснялось также отсутствие «сдавления нервного корешка» какими-либо структурами позвоночника. Выделялась ведущая роль в развитии боли в спине напряжения грушевидной мышцы и паравerteбральных мышц, нарушения функции КПС и фасеточных суставов. Объяснялась ведущая роль ЛГ в лечении

Особое внимание было уделено злоупотреблению лекарственными средствами,отягощающему течению мигрени без ауры: была обоснована необходимость отказа от приема «привычных» комбинированных анальгетиков. Разъяснялись цели назначения антидепрессантов — лечение хронического БНЧС и хронической мигрени.

К моменту выписки интенсивность боли в спине уменьшилась с 7 до 5 баллов по ВАШ, пациентка полностью отказалась от приема анальгетиков. В течение года наблюдения состояние постепенно улучшалось, интенсивность боли не превышала 3 баллов по ВАШ, индекс по ШИО — 22 балла (вместо 38 до лечения).

Представленное наблюдение демонстрирует эффективность мультидисциплинарного подхода (лекарственная терапия, ЛГ, КПТ) при ведении пациентов с хронической БНЧС, которая часто сочетается с хронической головной болью.

Таким образом, лечение БНЧС должно быть комплексным и индивидуальным в зависимости от генеза болевого синдрома. Больному необходимо назначать эффективные и безопасные препараты, которые влияют на интенсивность болевого синдрома, ускоряют выздоровление и при этом не ухудшают течение сопутствующих заболеваний. При хронической боли, помимо лекарственной терапии, следует проводить КПТ и ЛГ. Желательно лечение таких больных в отделении, специализированном на боли в спине. К сожалению, подобных отделений в нашей стране очень мало. Среди НПВП следует отметить мелоксикам, высокая эффективность и безопасность которого доказана при лечении пациентов с острой и хронической БНЧС; препарат имеет несколько лекарственных форм, позволяющих применять его в разных клинических ситуациях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боли в спине и конечностях. В кн.: *Болезни нервной системы. Руководство для врачей*. Под ред. Н.Н. Яхно. Москва: Медицина; 2005. Т.2. С. 306–31. [Podchufarova EV, Yakhno NN. Pain in the back and limbs. In: *Bolezni nervnoi sistemy. Rukovodstvo dlya vrachei* [Diseases of the nervous system. A guide for physicians]. Yakhno NN, editor. Moscow: Meditsina; 2005. Vol. 2. P. 306–31.]
2. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 368 с. [Podchufarova EV, Yakhno NN. *Bol' v spine* [Pain in the back]. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. 368 p.]
3. Вахнина НВ. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010;2(3):30–4. [Vakhnina NV. Chronic lumbosacral pain: diagnosis and treatment. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(3):30–4. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2010-97>
4. Цурко ВВ. Пожилой возраст и боль в спине. *Consilium Medicum*. 2006;(8):35–7. [Tsurko VV. Old age and back pain. *Consilium Medicum*. 2006;(8):35–7. (In Russ.).]
5. Алексеев ВВ, Яхно НН. Основные синдромы поражения нервной системы. В кн.: *Болезни нервной системы. Руководство для врачей*. Под ред. Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р. Москва: Медицина; 2001. Т.1. С. 106–24. [Aleksseev VV, Yakhno NN. Main syndromes of nervous system affections. In: *Bolezni nervnoi sistemy. Rukovodstvo dlya vrachei* [Diseases of the nervous system. A guide for physicians]. Yakhno NN, Shtul'man DR, editors. Moscow: Meditsina; 2001. Vol. 1. P. 106–24.]
6. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192–300.
7. Aoki Y, Sugiura S, Nakagawa K, et al. Evaluation of nonspecific low back pain using a new detailed visual analogue scale for patients in motion, standing, and sitting: characterizing nonspecific low back pain in elderly patients. *Pain Research and Treatment. Pain Res Treat*. 2012;2012:680496. doi: 10.1155/2012/680496. Epub 2012 Nov 18.
8. 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 Mar;15 Suppl 2:S169–91.
9. Ferrell B, Argoff CE, Epplin J, et al. Pharmacological management of persistent pain in older persons. American geriatrics society panel on the pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Aug;57(8):1331–46. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x. Epub 2009 Jul 2.
10. Singh G. Recent considerations in nonsteroidal anti-inflammatory gastropathy. *Am J Med*. 1998 Jul 27;105(1B):31S–38S.
11. 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.
12. Насонов ЕЛ. Современное учение о селективных ингибиторах ЦОГ-2: новые аспекты применения мелоксикама (мовалиса). Научно-практическая ревматология. 2001;39(1):58-62. [Nasonov EL. The modern doctrine of selective COX-2 inhibitors: new aspects of the use of meloxicam (Movalis). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2001;39(1):58-62. (In Russ.)].
13. Brooks P, Emery P, Evans JE, et al. Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 Aug;38(8):779-88.
14. Feldman M, McMachon AT. Do cyclooxygenase-2 inhibitors provide benefits similar to those of traditional nonsteroidal antiinflammatory drugs, with less gastrointestinal toxicity? *Ann Intern Med*. 2000 Jan 18;132(2):134-43.
15. Warner TD, Mitchell JA. Cyclooxygenases: new forms, new inhibitors, and lessons from the clinic. *FASEB J*. 2004 May;18(7):790-804.
16. Clark DW, Layton D, Shakir SA. Do some inhibitors of COX-2 increase the risk of thromboembolic events?: Linking pharmacology with pharmacoepidemiology. *Drug Saf*. 2004;27(7):427-56.
17. Brune K, Patrignani P. New insights into the use of currently available non-steroidal antiinflammatory drugs. *J Pain Res*. 2015 Feb 20;8:105-18. doi: 10.2147/JPR.S75160. eCollection 2015.
18. Meek IL, Vonkeman HE, Kasemier J, et al. Interference of NSAIDs with the thrombocyte inhibitory effect of aspirin: a placebo-controlled, ex vivo, serial placebo-controlled serial crossover study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013 Mar;69(3):365-71. doi: 10.1007/s00228-012-1370-y. Epub 2012 Aug 14.
19. Kaplan-Machlis B, Klostermeyer BS. The cyclooxygenase-2 inhibitors: safety and effectiveness. *Ann Pharmacother*. 1999 Sep;33(9):979-88.
20. Hawkey C, Kahan A, Steinbruck K, et al. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared diclofenac in osteoarthritis patients. International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment. *Br J Rheumatol*. 1998 Sep;37(9):937-45.
21. Singh G, Lanes S, Triadafilopoulos S. Risk of serious upper gastrointestinal and cardiovascular thromboembolic complications with meloxicam. *Am J Med*. 2004 Jul 15;117(2):100-6.
22. Мазуров ВИ. Применение мелоксикама (Мовалиса) у больных с ревматическими заболеваниями с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Клиническая медицина. 2004;(12):54–9. [Mazurov VI. The use of meloxicam (Movalis) in patients with rheumatic disease with concomitant coronary artery disease. *Klinicheskaya meditsina*. 2004;(12):54-9. (In Russ.)].
23. Chen YF, Jobanputra P, Barton P, et al. Cyclooxygenase-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (etodolac, meloxicam, celecoxib, rofecoxib, etoricoxib, valdecoxib and lumiracoxib) for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2008 Apr;12(11):1-278, iii.
24. Герасимова ОН, Парфенов ВА. Клинический опыт применения мелоксикама (мовалис) при неспецифической боли в спине и радикулопатии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012;4(2):68-73. [Gerasimova ON, Parfenov VA. Clinical experience with meloxicam (Movalis®) in nonspecific back pain and radiculopathy. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;4(2):68-73. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2012-387>
25. Dreiser RL, Le Parc JM, Velicitat P, Lleu PL. 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.
26. Gonzalez Maza C, Moscoso Lopez L, Ramirez Elizalde G, Abdo Andrade A. Multimodal treatment of chronic nonspecific low back pain. *Acta Ortop Mex*. 2010 Mar-Apr;24(2):88-94.
27. Насонова ВА, Воробьев ПА, Цветкова ЕС, Аксеньтева МВ. Фармакоэкономический анализ применения двух нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии. Научно-практическая ревматология. 2002;40(1):63–8. [Nasonova VA, Vorob'ev PA, Tsvetkova ES, Aksen'teva MV. Pharmaco-economic analysis of application of two non-steroid antiinflammatory drugs in rheumatology. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2002;40(1):63-8. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2002-754>
28. Лукина ЕВ, Колоколов ОВ, Колоколова АМ. Болевой синдром: возможности использования миорелаксантов. Русский медицинский журнал. 2013;(16):852-6. [Lukina EV, Kolokolov OV, Kolokolova AM. Pain: the possibility of using muscle relaxants. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2013;(16):852-6. (In Russ.)].
29. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol*. 2010 Sep;17(9):1113-e88. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x. Epub 2010 Apr 9.
30. Подчуфарова ЕВ. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;2(3):22-9. [Podchufarova EV. Discogenic lumbosacral radiculopathy. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(3):22-9. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2010-96>
31. Мелкумова КА. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;2(1):9-13. [Melkumova KA. Cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of chronic pain. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(1):9-13. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2010-63>
32. Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *Spine J*. 2008 Jan-Feb;8(1):40-4. doi: 10.1016/j.spinee.2007.10.007.
33. Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, et al. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004 Jan 20;140(2):77-84.
34. 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.
35. Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):492-504.
36. Исайкин АИ. Скелетно-мышечная боль в пояснично-крестцовой области. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011;3(2):34-41. [Isaikin AI. Musculoskeletal pain in the lumbosacral region. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;3(2):34-41. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2011-144>
37. Rho ME, Tang CT. The efficacy of lumbar epidural steroid injections: transforaminal, interlaminar, and caudal approaches. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011 Feb;22(1):139-48. doi: 10.1016/j.pmr.2010.10.006. Epub 2010 Dec 3.

Исследование не имело спонсорской поддержки. 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.