

Пациент с болью в спине: как поставить диагноз?



Клиническое и нейроортопедическое
обследование, алгоритмы лечения

Москва, 2018

МАТАРЕН® ПЛЮС

крем для наружного применения

УНИКАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ НПВП (мелоксикам 3%)
и НАСТОЙКИ СТРУЧКОВОГО ПЕРЦА (капсаицин) 10%*



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

- Воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата
- Болевой синдром: бурсит, тендинит, люмбаго, ишиас, невралгия, миалгия, артралгия, радикулит
- Посттравматический болевой синдром (травматические ушибы, вывихи, растяжения связок, мышц и сухожилий, разрывы мышц без нарушения целостности кожных покровов)
- Болезненность мышц и суставов, вызванная тяжелыми физическими нагрузками

СХЕМА ПРИЕМА
Матарен® Плюс*

слегка втирают
полоску крема
длиной от **1 до 5 см**

1-3 раза
в сутки

STADA

Содержание

Введение	4
Глава 1. Классификация боли в спине	5
Глава 2. Сбор жалоб и анамнеза заболевания	6
Глава 3. Нейроортопедическое обследование	9
Глава 4. Основные скелетно-мышечные клинические синдромы	13
Глава 5. Компрессионно-ишемическая радикулопатия	21
Глава 6. Диагностика психогенных болей	24
Глава 7. Лечение боли в спине	26

* Единственная зарегистрированная комбинация по данным Государственного реестра лекарственных средств
www.grls.rosminzdrav.ru

** Инструкция по медицинскому применению препарата Матарен® Плюс крем для наружного применения.

Материал предназначен для сотрудников здравоохранения

Введение

Боль в спине (БС) — один из наиболее распространенных симптомов и одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Различные медицинские источники приводят сведения о распространенности БС, которая варьируется от 40% до 85%. Пик частоты болей в спине наблюдается у пациентов в возрасте 35–55 лет.

Клиническое и нейроортопедическое обследование пациентов с БС позволяет выявить источник боли, провести анализ причин, которые привели к ее развитию, дает возможность подобрать адекватное лечение и рекомендации по предупреждению повторных обострений. Что, в свою очередь, способствует существенному уменьшению риска перехода острой БС в хроническую и помогает улучшить качество жизни пациентов.

Глава 1. Классификация боли в спине

Разработано несколько вариантов классификации болевых ощущений в области спины.

I. По длительности болевого синдрома:

- острая БС продолжается до 6 недель, возникает в ответ на новое повреждение и неразрывно с ним связана;
- подострая БС продолжается от 6 до 12 недель;
- хроническая БС продолжается более 12 недель;
- рецидивирующая БС возникает с интервалом не менее 6 месяцев с момента окончания предыдущего обострения;
- обострение хронической БС — если указанный интервал составляет менее 6 месяцев либо если боль до конца не купировалась.

II. По этиопатогенезу болевого синдрома:

- неспецифическая (скелетно-мышечная) БС (диагностируется в 80–85% случаев) — боль, связанная с физической нагрузкой и вызванным этой нагрузкой повреждением или асептическим воспалением различных структур. В этом случае боль характеризуется четкой локализацией и связью с движением определенной анатомической структуры;
- компрессионно-ишемическая радикулопатия — возникает при сдавлении нервного корешка грыжей межпозвонкового диска (определяется в 10–15% случаев);
- специфические БС — обусловлены серьезной патологией (составляют 1–5% случаев): травмы позвоночника, опухоли и метастазы в позвоночнике, инфекционные заболевания позвоночника, заболевания внутренних органов.

Скелетно-мышечная боль — наиболее частая причина боли в спине. Характеризуется четкой локализацией и связью с движениями в позвоночнике

БС представляет собой симптом, а не самостоятельную нозологическую форму. В связи с этим для классификации боли нередко используются анатомо-топографические термины, обозначающие область, в которой локализуются болевые ощущения. Например:

- локальная боль в шее — **цервикалгия**;
- боль в грудном отделе позвоночника — **торакалгия**;
- боль 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 боли, распространяющейся из пояснично-крестцовой области в ногу, — люмбоишиалгия.

Глава 2. Сбор жалоб и анамнеза заболевания

Грамотная работа с пациентом, сбор жалоб и анамнеза позволят выбрать верное направление для обследования больного с последующей постановкой правильного диагноза. Это, в свою очередь, может привести к сокращению временных затрат в ежедневной практике врача. Ниже приведены **основные вопросы, которые следует задать пациенту с жалобами на боль в спине.**

- Опишите характер боли и ее интенсивность.
- Возникла ли боль после травмы?
- Как меняется выраженность боли в покое и при нагрузке?
- Как можно охарактеризовать качество ночного сна?

- В какое время дня (утром или вечером) боль становится сильнее?
- Усиливается ли боль при кашле, чихании, натуживании?
- Нет ли болезненности при мочеиспускании, не изменился ли цвет мочи?
- Какие препараты Вы принимаете постоянно? Есть ли в этом перечне препараты-антикоагулянты?
- Возникали ли в последнее время конфликты и стрессовые ситуации дома или на работе?
- Беспокоит ли чувство подавленности или раздражения?

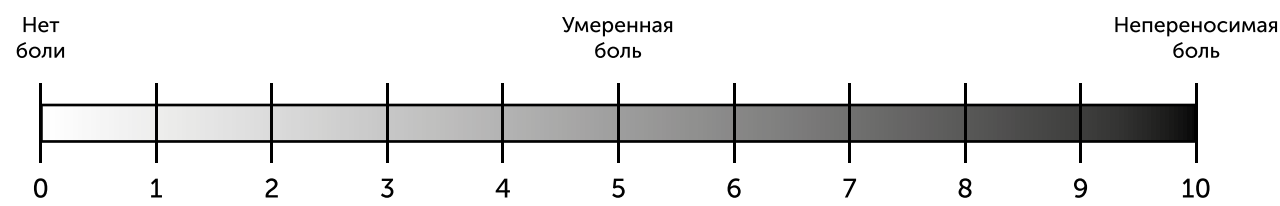
Описание пациентом характера боли позволяет сделать предположения о ее возможном происхождении:

- пульсирующая боль может указывать на воспалительный процесс;
- постоянная поверхностная разлитая или «стягивающая» боль — возможное повреждение мышц;
- постоянная глубинная боль — возможный маркер опухоли, болезни Педжета. Если интенсивность боли в течение суток меняется незначительно и не зависит от движений, также следует заподозрить злокачественное новообразование;
- сильная простреливающая боль — сдавление спинномозгового корешка;
- боль, которая усиливается при нагрузке и уменьшается в покое, характерна для скелетно-мышечных болевых синдромов;
- боль, возникающая утром, может быть проявлением спондилоартропатий или указывать на проблемы в эмоциональной сфере — на депрессию.

Прием антикоагулянтов может привести к массивному кровоизлиянию в забрюшинную клетчатку и сдавлению спинномозговых корешков, что также способно спровоцировать боль.

Для оценки интенсивности боли, а также выбора формы лекарственных средств, их дозы, для осуществления контроля за эффективностью лечения целесообразно использовать визуальную аналоговую шкалу (ВАШ).

Оценка интенсивности боли по шкале ВАШ



Боль, которая усиливается при нагрузке и уменьшается в покое, характерна для скелетно-мышечных болевых синдромов. Если интенсивность боли в течение суток меняется незначительно и не зависит от движений, то следует заподозрить злокачественное новообразование. Если боль возникает утром, то это может быть появлением спондилоартропатий или депрессии.

С целью эффективного скрининга пациента врачом на предмет возможного наличия серьезного заболевания были разработаны так называемые «красные флажки» или «симптомы угрозы» (табл. 1).

Таблица 1. «Красные флажки» при болях в спине

Анамнестические данные	Данные клинического осмотра
Синдром «конского хвоста»	
«седловидная» анестезия	• снижение чувствительности в зоне иннервации корешков S3-S5 • слабость четырехглавой мышцы бедра, сгибателей стоп
нарушение функций тазовых органов	
прогрессирующие неврологические нарушения в ногах (мышечная слабость, похудание мышц)	
Опухоль позвоночника (в т.ч. метастазы)	
(+) онкоанамнез	• интенсивная локальная боль, не зависящая от положения тела и движений
повышение температуры тела	
беспричинное снижение массы тела	
усиление боли в ночное время	

Инфекционное поражение позвоночника	
перенесенная бактериальная инфекция, иммуносупрессивная терапия, ВИЧ-инфекция	интенсивная локальная боль, не зависящая от положения тела и движений
повышение температуры тела	
Перелом позвоночника	
травма в анамнезе (у пожилых — даже небольшая травма или позное напряжение)	локальная болезненность при пальпации
боль в спине у пожилых женщин в менопаузе (старше 50 лет)	
Спондилоартропатии	
утренняя скованность	положительные данные теста Шобера
(+) семейный анамнез	
положительный тест на HLA-B27	
возраст < 20 лет	
увеит	

Источниками боли могут служить суставы, мышцы, связки, межпозвоноковый диск. Основой эффективного лечения боли в спине выступает правильное выявление источника болевой импульсации.

У одного пациента может быть несколько источников боли. Основой эффективного лечения является правильное определение источника боли в спине.

Глава 3. Нейроортопедическое обследование

Нейроортопедическое обследование направлено на выявление источника боли с помощью специальных диагностических тестов. Правильно проведенный осмотр дает возможность не только установить источники боли, но и механизмы, которые привели к развитию болевого синдрома, что позволяет дать рекомендации пациенту для предотвращения последующих рецидивов.

Нейроортопедическое обследование включает в себя следующие этапы.

1 Осмотр спины

Позволяет выявить предпосылки для развития многих болевых синдромов. При этом следует обращать внимание на изменение осанки, позы, походки, асимметрию конечностей пациента. Осмотр проводят в прямой и боковой проекциях с целью оценки выраженности физиологического лордоза на шейном и поясничном уровнях и кифоза на грудном уровне.

Патологические изменения могут проявляться уплощением (сглаженностью) шейного и поясничного лордозов и усилением грудного кифоза.

Усиление грудного кифоза может быть равномерным, например у пожилых вследствие остеохондроза, или локальным, например при компрессионном переломе вследствие остеопороза.

Следует обратить внимание на возможную анталгическую позу пациента, особенно выраженную при компрессионно-ишемической радикулопатии.

Уплощение поясничного лордоза наблюдается при повышении тонуса паравертебральных мышц.

Возможный сколиоз можно выявить при осмотре сзади, определив уровень надплечий и прямолинейность линии остистых отростков позвоночника. Можно провести скользящую пальпацию остистых отростков сверху вниз. Также важно оценить симметрию двух половин тела по следующим осям: надплечья, углы лопаток, гребни подвздошных костей, ягодичные складки, подколенные ямки (рис. 1).

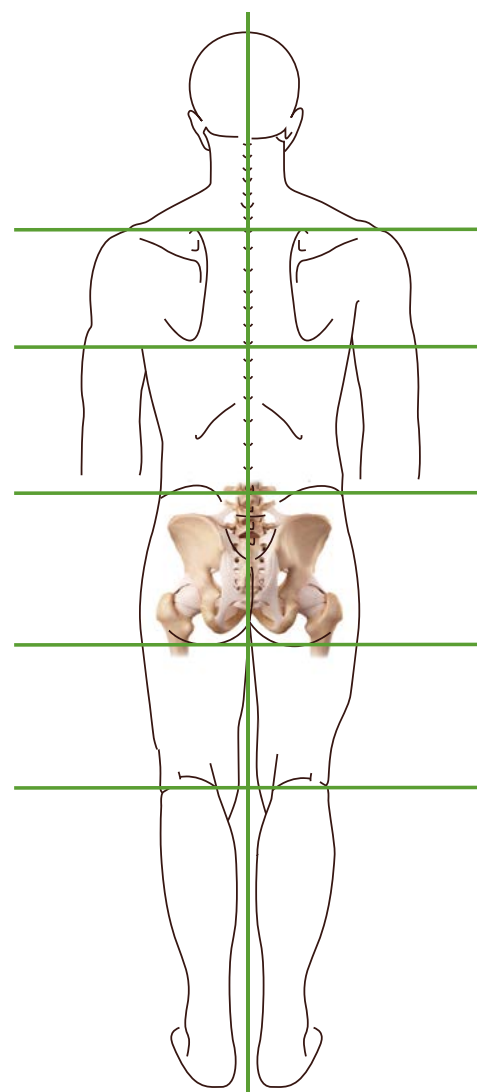


Рис. 1. Анатомические ориентиры для выявления возможной асимметрии спины

2 Оценка подвижности позвоночника в шейном и пояснично-крестцовом отделах

В норме в шейном отделе позвоночника поворот головы в стороны (ротация) составляет 80 градусов; боковые наклоны — 45 градусов, разгибание — 75 градусов, сгибание — 60 градусов.

Выявить нарушения в поясничном отделе можно, попросив пациента встать, поставив ноги на ширине плеч, и затем дав ему задание совершить наклоны туловища вперед, назад и в стороны. О достаточном объеме движений свидетельствует возможность коснуться пальцами пола при наклоне вперед с выпрямленными в коленях ногами. Нормальная амплитуда в поясничном отделе позвоночника с выпрямленными ногами составляет 30 градусов для разгибания, боковых наклонов — 25 градусов, ротации — 45 градусов.

Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника также можно определить с помощью **теста Шобера**. Первая отметка ставится на уровне L5 позвонка, что соответствует пересечению линии, соединяющей задние верхние подвздошные ости, с линией, соединяющей остистые отростки. Вторая метка ставится на 10 см выше, а третья — на 5 см ниже первой.

После этого пациент делает наклон вперед, не сгибая ног в коленных суставах, и старается дотянуться кончиками пальцев рук до пола (рис. 2). Увеличение расстояния между верхней и нижней метками в норме должно составлять как минимум 5 сантиметров. При увеличении расстояния между отметками менее 5 сантиметров следует заподозрить спондилоартропатии, а также деформирующий спондилез у пожилых пациентов.

Ограничение и болезненность, возникающие при разгибании в поясничном отделе позвоночника, могут свидетельствовать о повреждении межпозвонковых (фасеточных) суставов.

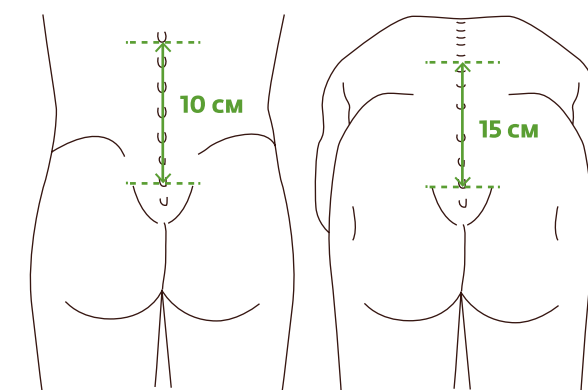


Рис. 2. Тест Шобера

Если при активных движениях в спине боли не возникает, хотя жалобы у пациента есть, в конце каждого активного движения, особенно при поворотах, стоит попросить пациента приложить кратковременное дополнительное усилие в том же направлении, что провоцирует увеличение нагрузки на суставы позвоночника и может помочь выявить патологию.

3 Пальпация суставов и мышц

Пальпацию суставов и мышц можно проводить, поместив пациента в положение лежа и стоя. **В положении лежа:** больной лежит на животе, голова повернута в сторону, руки вдоль туловища.

Пальпацию проводят в несколько этапов:

- пальпация по задней средней линии остистых отростков и межостистых промежутков;
- пальпация по линиям, расположенным на уровне 2–3 см латеральнее от задней средней линии (паравертебральные мышцы, фасеточные суставы);
- поперечное сдавление остистых отростков большим и указательным пальцами.

Симптом «звонка» — это резкая болезненность в области позвонка при перкуссии молоточком вдоль остистых отростков. Наличие симптома звонка может свидетельствовать о злокачественном новообразовании на данном уровне

У стоящего обследуемого проводится пальпация паравертебральных мышц вдоль остистых позвонков позвоночника.

При выявлении выраженного одно- или двустороннего напряжения паравертебральных мышц следует заподозрить компрессионно-ишемическую радикулопатию. Одностороннее напряжение мышц может также возни-

кать при сколиозе. Двустороннее напряжение паравертебральных мышц сопровождается сглаженностью поясничного лордоза.

Методика пальпации триггерной точки при миофасциальном болевом синдроме:

- пальпация по задней средней линии остистых отростков и межостистых промежутков;
- пальпация по линиям, расположенным на уровне 2–3 см латеральнее от задней средней линии (паравертебральные мышцы, фасеточные суставы);
- поперечное сдавление остистых отростков большим и указательным пальцами.

4 Проведение специфических диагностических тестов

В зависимости от предполагаемого источника боли (см. ниже).

5 Неврологическое обследование

С целью выявления возможных двигательных и чувствительных нарушений, особенно при подозрении на компрессию нервных корешков.

Глава 4. Основные скелетно-мышечные клинические синдромы

Мышечно–тонический синдром характеризуется болевыми ощущениями в позвоночнике или в мышцах плечевого и тазового пояса, которые уменьшаются после отдыха, растирания, разминания и растяжения мышцы.

Визуально можно определить изменение контура, «выбухание» мышцы, которая при пальпации может иметь повышенную плотность. Произвольные движения с вовлечением спазмированной мышцы совершаются в неполном объеме. Хроническое течение мышечно-тонических синдро-

мов чаще всего отмечается в тех мышцах, которые испытывают позные перегрузки, например, при асимметрии конечностей, таза, выраженном сколиозе, патологии внутренних органов.

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) — хронический болевой синдром, при котором в различных частях тела возникает локальная или отраженная боль. В основе МФБС лежит формирование в мышцах зон уплотнения или триггерных точек, раздражение которых и вызывает боль.

Выделяют активные и латентные триггерные точки. При наличии активных триггерных точек определяется как спонтанная боль, возникающая обычно при нагрузке на заинтересованную мышцу, так и боль при пальпации мышцы в месте расположения триггерной точки. При этом боль может распространяться в зоны, отдаленные от триггерной точки, например, в руку или ногу (отраженная боль).

Для латентных триггерных точек характерна локальная болезненность лишь при пальпации без иррадиации в типичную зону. Латентные триггерные точки встречаются в несколько раз чаще, чем активные. При воздействии провоцирующих факторов латентные триггерные точки могут трансформироваться в активные точки. Наиболее часто спонтанная боль в области триггерной точки описывается пациентами как интенсивная и острая, а отраженная — как ноющая.

В случаях, когда между двумя триггерными точками или между триггерной точкой и костной структурой располагаются сосуды и нервы, может наблюдаться нейроваскулярная компрессия, которая сопровождается чувствительными и двигательными расстройствами в зоне, иннервируемой компримированным нервом. Примером нейроваскулярной компрессии является синдром лестничной мышцы (рис. 3).

Основой формирования миофасциальных болевых синдромов являются уплотненные участки мышц, или триггерные точки

Причины развития МФБС:

- позное напряжение с длительным вынужденным пребыванием в нефизиологическом положении, например во сне;
- отдельные конституциональные несоответствия в виде значительной (>1,5 см) разницы длины ног, асимметрии костей таза, плоскостопия, относительного удлинения II плюсневой кости;
- длительная иммобилизация;
- сдавление мышц неудобной одеждой, корсетом или бандажом, ремнями сумки или рюкзака;
- стрессовое состояние;
- переохлаждение;
- растяжения, перегрузки нетренированных мышц, ушибы;
- патология внутренних органов.

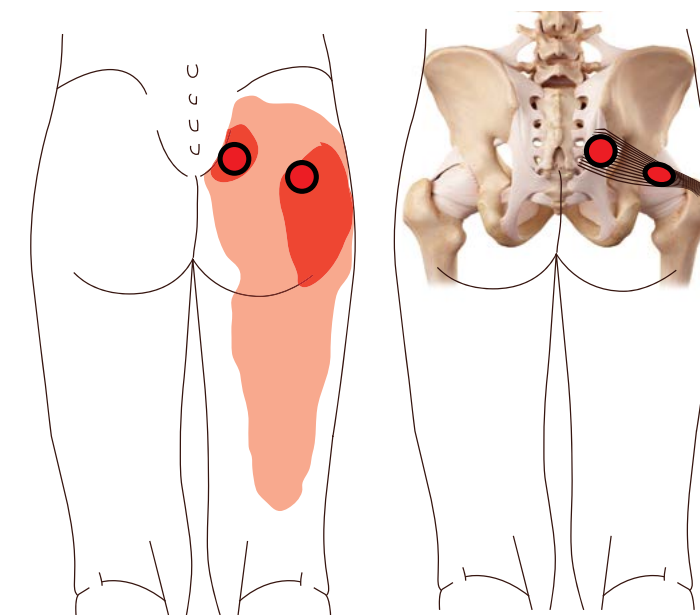


Рис. 3. МФБС грушевидной мышцы и зона отраженной боли

Диагноз МФБС ставится на основании клинического обследования, включающего изучение провоцирующих факторов и поиска триггерных точек.

Проблема диагностики МФБС состоит и в том, что относительно большое количество мышц потенциально может принимать участие в развитии МФБС, и, соответственно, врач должен владеть методикой мануального исследования различных мышц. Затруднения в диагностике МФБС могут быть связаны с конституцией пациентов, толщиной подкожной жировой клетчатки, глубиной залегания мышц.

Для диагностики МФБС, локализованного в мышцах, трудноподдающихся пальпации, существуют специальные диагностические тесты. Например,

для диагностики МФБС грушевидной мышцы наиболее распространенным является **тест с отведением ноги (тест Бонне-Бобровниковой)**: больной лежит на животе; врач отводит кнаружи согнутую в коленном суставе ногу на стороне поражения. Проба считается положительной при появлении болезненности в области грушевидной мышцы, а также произвольном ограничении внутренней ротации бедра пациентом из-за боли (рис. 4).

Также при синдроме грушевидной мышцы информативным становится **контралатеральный коленный тест Хила**. Пациент помещает пятку болезненной ноги на противоположное колено. При этом бедро с пораженной стороны максимально согнуто и ротировано кнаружи. Колено пораженной ноги также находится в согнутом положении. Врач оказывает давление на ноги, как показано на рис. 5.

Наиболее часто триггерные точки локализуются в мышцах спины. При этом боль может быть локальной или отраженной в руку или ногу. Локализация триггерных точек в мышцах спины представлена на рис. 6.

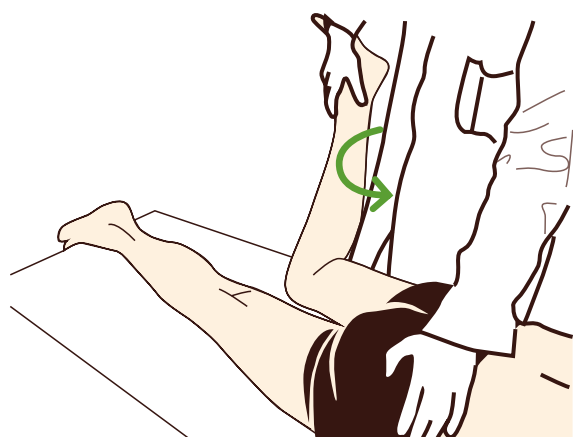


Рис. 4. Тест с отведением ноги при МФБС грушевидной мышцы (тест Бонне-Бобровниковой)

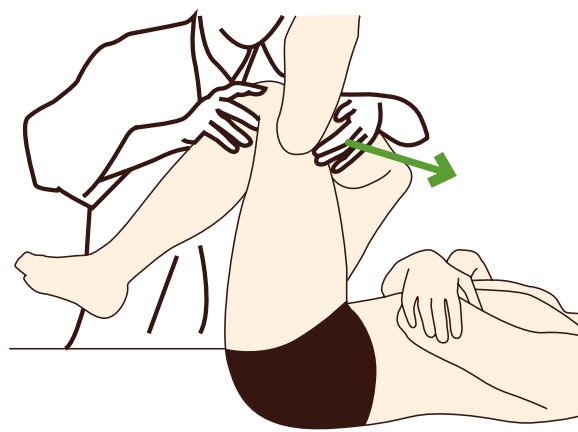


Рис. 5. Контралатеральный коленный тест Хила при синдроме грушевидной мышцы

Диагностические критерии МФБС (I. Russell, 2008 г)

Основные (необходимые) критерии:

- наличие при пальпации «тугого» тяжа в мышце (если она поддается пальпации); участок локальной болезненности в пределах тяжа;

- при надавливании на участок локальной болезненности воспроизводится типичный («узнаваемый») для пациента паттерн боли;
- болезненность при пассивном движении, сопровождающемся растяжением пораженной мышцы, и возможное ограничение объема пассивных движений.

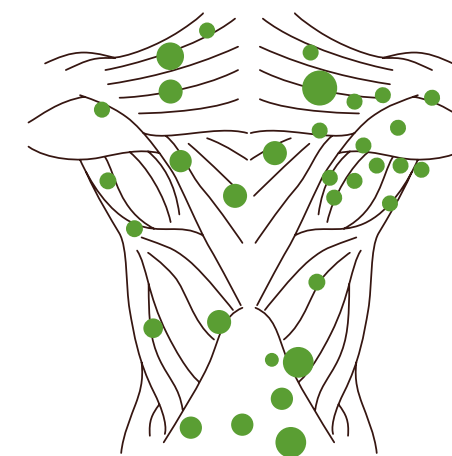


Рис. 6. Локализация триггерных точек в мышцах спины

Дополнительные симптомы:

- определяемое визуально или пальпаторно локальное сокращение мышцы при пальпации (перкуссии) триггерной точки вовлеченной мышцы;
- определяемое визуально или пальпаторно локальное сокращение мышцы при уколе триггерной точки иглой;
- появление отраженной боли или иных сенсорных феноменов (парестезий) при сдавлении участка локальной болезненности в зоне, типичной для данной триггерной точки.

Дисфункция крестцово-подвздошного сочленения. Одной из самых частых причин болевых синдромов в пояснице является дисфункция или блокада крестцово-подвздошного сочленения (КПС).

Боль при дисфункции КПС локализована в области пораженного сочленения, а также нередко иррадирует в пах, бедро, по задненаружной поверхности ноги до коленного сустава, а также в зону ягодичной и вертельной областей. Ее интенсивность, как правило, уменьшается после ходьбы. Боль обычно интенсивнее в первой половине дня и уменьшается к вечеру.

Для диагностики дисфункции КПС применяют специфические диагностические тесты. Частота диагностики дисфункции КПС повышается при сочетанном использовании нескольких специальных тестов. Среди них следующие.

Феномен «опережения» (проба Пьедаля). Пациент стоит спиной к врачу. Врач помещает большие пальцы двух кистей на задние верхние подвздошные ости и просит пациента нагнуться вперед. На стороне поражения крестец увлекает за собой блокированную половину таза, и задняя верхняя ость становится выше, чем на другой стороне. Через 20–30 секунд блокированная половина таза опускается (рис. 7).

Проба Патрика служит в первую очередь для диагностики артроза тазобедренного сустава. При отсутствии патологии тазобедренного сустава данный тест можно использовать в диагностике дисфункции КПС: при пассивной ротации бедра и согнутой в тазобедренном и коленных суставах ноги возникают ограничение движений и болезненность в проекции пораженного КПС (рис. 8).

Тест Генслена: пациента просят занять положение на спине; одна нога свисает с кровати, другую ногу пациент приводит к грудной клетке. Положительным тест считается при возникновении боли в области КПС на стороне опущенной ноги (рис. 9).

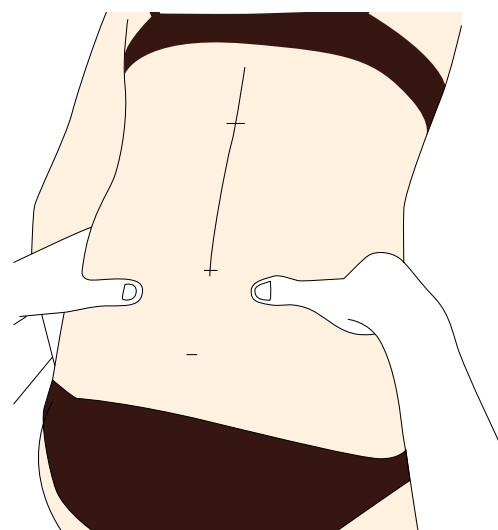


Рис. 7. Феномен «опережения»

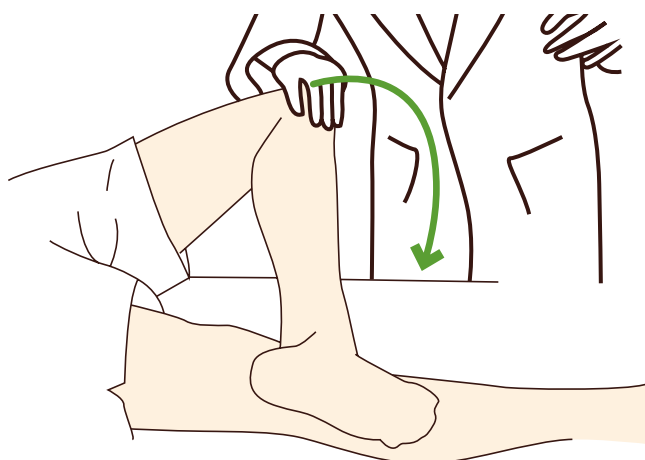


Рис. 8. Проба Патрика

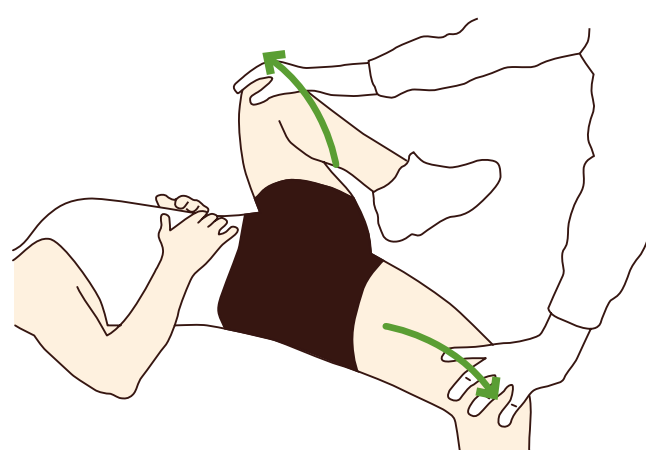


Рис. 9. Тест Генслена

Дистракционные тесты заключаются в надавливании на обе половины таза при положении пациента лежа на спине или на половину таза при положении пациента лежа на боку. На стороне поражения возникнет болезненность в области КПС (рис. 10).

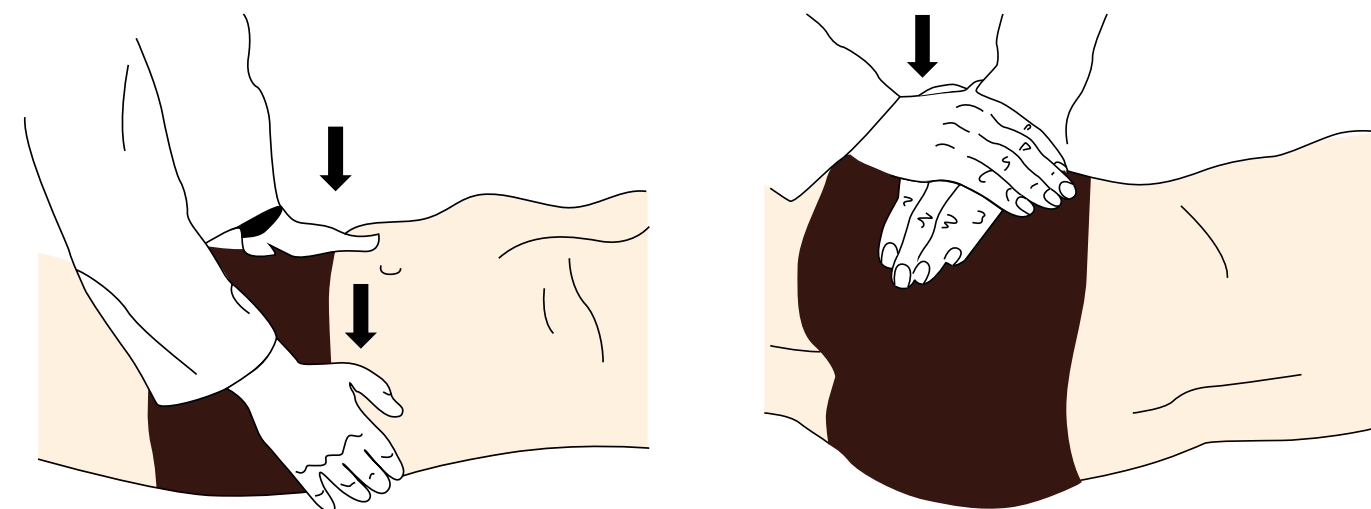


Рис. 10. Дистракционные тесты

Связочные тесты:

- исследование крестцово-бугорной связки заключается в сгибании ноги пациента в коленном и тазобедренном суставах, приведении колена по направлению к гомолатеральному плечу и произведении толчка по оси бедра;
- исследование подвздошно-крестцовой связки заключается в сгибании ноги пациента в коленном и тазобедренном суставах, приведении колена по направлению к противоположному плечу и произведении толчка по оси бедра. Тест считается положительным при возникновении болезненности в области пораженного КПС.

«Золотым стандартом» диагностики дисфункции КПС является диагностическая блокада сустава с раствором анестетика. Регресс болевого синдрома на 75–90% по ВАШ является достаточным для постановки диагноза.

Артроз фасеточных (дугоотростчатых суставов), или фасеточный синдром. Фасеточный синдром возникает в результате многолетней повто-

ряющейся травматизации, связанной с неоптимальным объемом движений в фасеточных суставах и повышением нагрузки на них вследствие дегенерации межпозвоночных дисков.

Наиболее часто фасеточный синдром наблюдается в поясничном отделе позвоночника (L5-S1, L4-L5). Патогномоничные клинические симптомы фасеточного синдрома отсутствуют. Тем не менее можно отметить следующие характеристики боли: боль, как правило, двусторонняя, ноющего характера, глубинная, усиливается при разгибании позвоночника (рис. 11). Также при фасеточном синдроме боль не усиливается при кашле, наклоне вперед, выпрямлении после наклона, при разгибательно-вращательных движениях и уменьшается в положении лежа на спине.

«Золотым стандартом» диагностики фасеточного синдрома, так же как и при дисфункции КПС, является блокада с раствором анестетика в область фасеточного сустава под рентгенологическим контролем или блокада медиальной ветви задней первичной ветви спинномозгового нерва, после которой болевой синдром значительно регрессирует.

Можно провести пальпацию фасеточных суставов паравертебрально, но это, как правило, затруднено сопутствующим мышечно-тоническим синдромом паравертебральных мышц, толщиной подкожной жировой клетчатки.

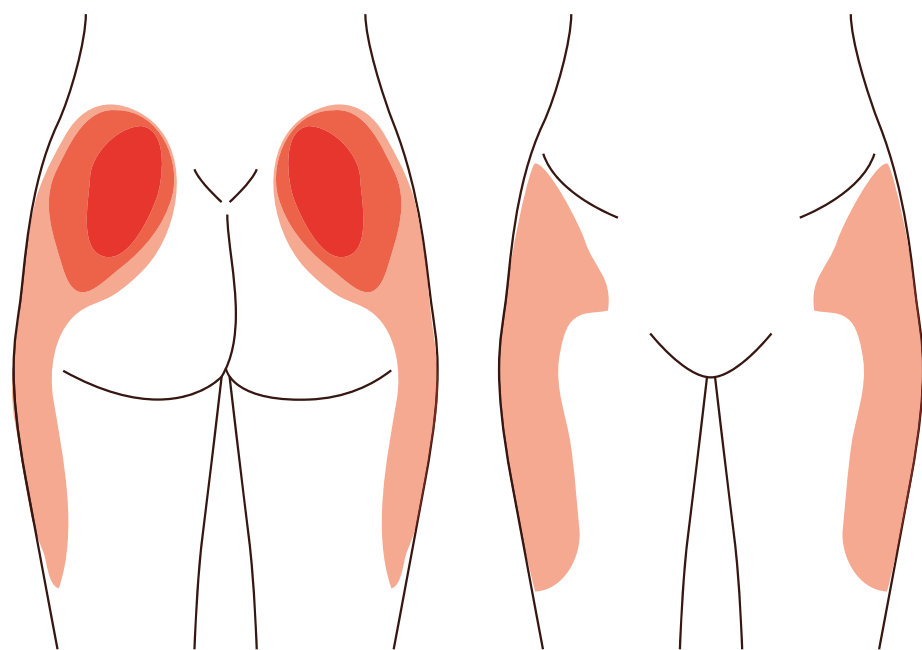


Рис. 11. Локализация и распространение боли при синдроме фасеточных суставов

Глава 5. Компрессионно-ишемическая радикулопатия

Заподозрить межпозвонковую грыжу со сдавлением нервного корешка в качестве источника боли в спине можно уже на этапе расспроса пациента или общего осмотра — определяются интенсивные боли с иррадиацией в руку или ногу, причем боль в конечности часто более выражена в сравнении со спиной, анталгическая поза, онемение в зоне иннервации нервных корешков. В дополнение к нейроортопедическому обследованию при грыже межпозвонкового диска проводится неврологический осмотр с оценкой сухожильных рефлексов, мышечной силы, выявлением чувствительных нарушений. Симптомы поражения шейных и поясничных корешков представлены в табл. 2, 3.

Также при подозрении на межпозвонковую грыжу можно использовать следующие диагностические тесты.

Симптом Ласега — обследование заключается в определении угла подъема выпрямленной ноги. При компрессионно-ишемической радикулопатии S1 корешка угол составляет 30–50 градусов, при этом характерно распространение боли по задне-наружной поверхности ноги и усиление боли при тыльном сгибании стопы (рис. 12). Однако следует помнить, что положительным симптомом Ласега может быть и при скелетно-мышечных болевых синдромах вследствие растяжения задней группы мышц бедра, ягодичных мышц, особенно если в них расположены триггерные точки. Если при проверке симптома Ласега боль возникает в области ягодиц и крестца, то он обусловлен дисфункцией КПС и напряжением мышц этой области.

Перекрестный симптом Ласега — возникновение боли на стороне поражения при подъеме другой ноги.

Симптом Вассермана — возникновение или усиление боли по передней поверхности бедра при подъеме выпрямленной ноги у пациента, лежащего на животе.

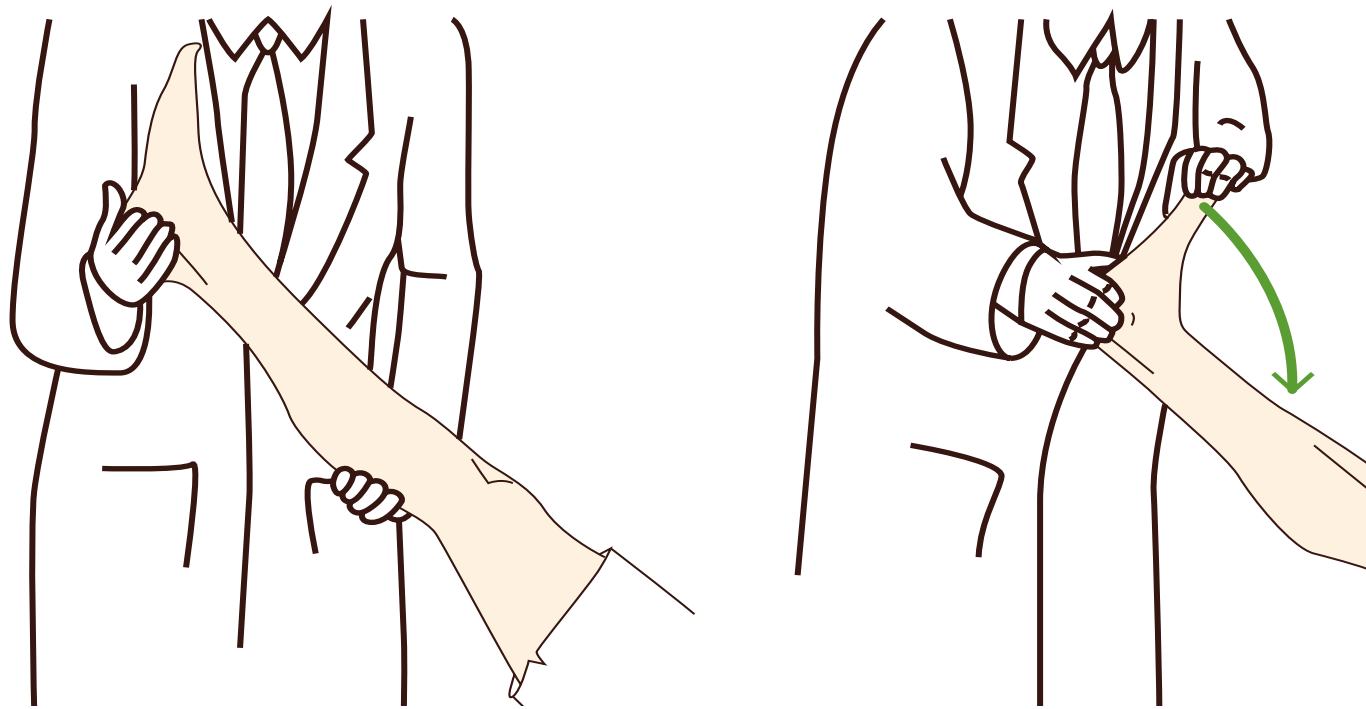


Рис. 12. Определение симптома Ласега

Симптом Нери — интенсивное сгибание шеи с приведением подбородка к груди приводит к возникновению боли в области пораженного нервного корешка.

Кашлевая проба — возникновение или усиление радикулярной боли при кашле.

Следует отметить, что выявление чувствительных и двигательных нарушений в соответствующем дерматоме и миотоме, а также прямой и перекрестный симптомы Ласега имеют уровень доказательности А в диагностике пояснично-крестцовых радикулопатий. В то же время изменение сухожильных рефлексов, симптом Вассермана, кашлевая проба и оценка объема движений в поясничном отделе позвоночника не являются достоверными симптомами пояснично-крестцовой радикулопатии с позиции доказательной медицины.

Аналогом симптома Ласега при шейной радикулопатии является симптом Спрулинга — воспроизведение боли при пассивном разгибании шеи и одновременном повороте головы в больную сторону (рис. 13).

Таблица 2. «Красные флажки» при болях в спине

Нервный корешок	L4	L5	S1
Симптом			
Вероятная локализация грыжи диска	L3-L4	L4-L5	L5-S1
Локализация боли	Внутренняя поверхность колена и верхней части голени	Наружная поверхность ноги до 1 пальца	Задняя поверхность ноги до пятки и 5 пальца
Чувствительные нарушения	Внутренняя поверхность колена и верхней части голени	Наружная поверхность голени и внутренняя поверхность стопы	Наружная поверхность стопы, подошва
Снижение, выпадение сухожильных рефлексов	Коленный	–	Ахиллов
Мышечная слабость	Разгибание голени, отведение бедра	Затруднена ходьба на пятках, разгибание большого пальца, внутренняя ротация стопы	Затруднена ходьба на носках, сгибание большого пальца



Рис. 13. Симптом Спрулинга

Таблица 3. Симптомы поражения корешков шейного отдела позвоночника

Нервный корешок	C5	C6	C7	C8
Симптом				
Вероятная локализация грыжи диска	C4-C5	C5-C6	C6-C7	C7-C8
Локализация боли	Наружная поверхность плеча, медиальная часть лопатки	Боковая поверхность предплечья и кисти, 1–2 пальцы	Задняя поверхность плеча и предплечья до 2–3 пальцев	Внутренняя поверхность предплечья и кисти до 4–5 пальцев
Чувствительные нарушения	Наружная поверхность плеча	Наружная поверхность предплечья и кисти, 1–2 пальцы	Задняя поверхность кисти и предплечья, 2–3 пальцы	Внутренняя поверхность предплечья и кисти, 4–5 пальцы
Снижение, выпадение сухожильных рефлексов	Бицепс-рефлекс	Бицепс-рефлекс	Трицепс-рефлекс	–
Мышечная слабость	Отведение и наружная ротация плеча	Сгибание и внутренняя ротация предплечья	Разгибание предплечья, кисти и пальцев	Сгибание и разгибание пальцев, сжатие пальцев в кулак

Глава 6. Диагностика психогенных болей

Психогенная боль в спине может встречаться в любом возрасте, но чаще у пациентов 30–50 лет. Психогенной боли подвержены люди, страдающие депрессией, а также тревожными и конверсионными расстройствами.

По характеру психогенная боль ноющая или жгучая, чаще возникает или усиливается по утрам, а также после физической нагрузки, при волнении. При обследовании подобных пациентов выявляется разлитая болезненность при пальпации мышц и суставов. Боль такого типа не имеет четкой локализации в отличие от скелетно-мышечной боли.

Если наблюдается иррадиация боли в конечности, то ее распространение не соответствует зонам иннервации корешков. Существует несколько проб для диагностики психогенной боли в спине.

Проба с осевой нагрузкой. Врач встает позади пациента и с силой надавливает на голову. При психогенной боли пациент отмечает усиление боли в поясничном отделе позвоночника, в то время как при органическом поражении позвоночника (кроме переломов) боль не усиливается (рис. 14).

Двукратный тест Ласега. Проводится стандартный тест Ласега. Если пациент отмечает боль, то запоминается угол, при котором возникает боль. Затем пациента просят сесть и свесить ноги с кушетки, отвлекая его внимание. При этом поднимают ногу в положении сидя до угла, при котором возникла боль в положении лежа на спине. Если боль при этом не возникает, то, скорее всего, она носит психогенный характер.

Тест имитации ротации в поясничном отделе позвоночника. Врач намеренно исключает из движения поясничный отдел позвоночника (фиксирует его), а вращение осуществляется за счет движения в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Если при этом пациент отмечает усиление боли, то она, вероятнее всего, психогенная (рис. 15).

Прием Магнусона. Пациента просят указать зону наибольшей болезненности, которую затем пальпируют два раза с интервалом в несколько минут, сравнивая при этом результаты. Результаты обследования при психогенной боли не совпадают.



Рис. 14. Проба с осевой нагрузкой

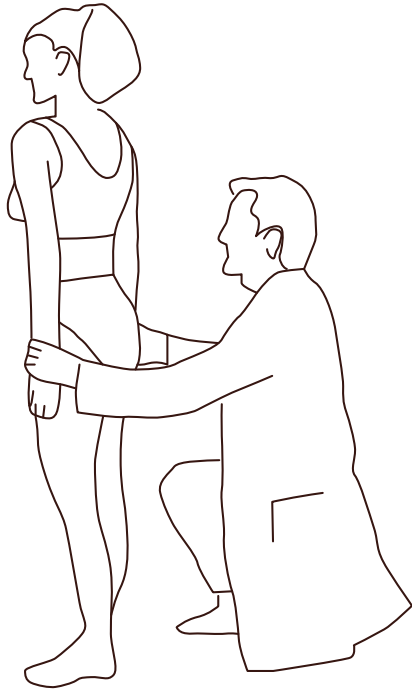


Рис. 15. Тест имитации движений в поясничном отделе позвоночника

Лабораторные и инструментальные методы исследования у пациентов с болями в спине (клинический анализ крови, мочи, рентгенография позвоночника, КТ, МРТ позвоночника) назначаются при наличии «красных флажков» или при отсутствии эффекта от лечения.

Глава 7. Лечение боли в спине

Основные принципы лечения скелетно-мышечной боли в спине включают:

- максимально быстрое и полное купирование болевого синдрома;
- сохранение активного образа жизни;
- предотвращение рецидивирования и хронизации боли с учетом патогенетических механизмов возникновения боли.

Алгоритм лечения острой скелетно-мышечной боли в спине

1. Исключить другие причины боли в спине:

- серьезная патология — «красные флажки»;
- грыжа межпозвоночного диска: чувствительные и двигательные нарушения в соответствующем дерматоме и миотоме.

2. Лечение:

Оценка интенсивности боли по шкале ВАШ:

- выраженная боль (ВАШ>4б): системные НПВП;
- выраженная боль (ВАШ>4б), сопровождающаяся напряжением мышц: системные НПВП + миорелаксант;
- выраженная боль (ВАШ>4б), противопоказания к системным НПВП: опиоидные анальгетики + местные НПВП;

- слабая и умеренная боль (ВАШ<4б): местные НПВП;
- слабая и умеренная боль (ВАШ<4б), сопровождающаяся напряжением мышц: местные НПВП + миорелаксант.

А также: информирование пациента о необходимости сохранения активного образа жизни и следования принципам здорового питания и отдыха.

Оценка эффективности лечения через 7 дней:

- **болевым синдром купирован (ВАШ<1б):** прекращение лечения;
- **болевым синдром значительно регрессировал (на 50% и более от исходного уровня):** продолжение лечения до полного купирования боли;
- **если эффект есть, но недостаточный (менее 50% от исходного уровня) или нет эффекта (менее 20%):**
 - » замена НПВП на другой препарат;
 - » при локальной боли и воспалении (например, артроз фасеточных суставов, дисфункция КПС): лечебные блокады с ГКС и местным анестетиком;
 - » при наличии невропатического компонента боли/признаках центральной сенситизации: антидепрессанты, антиконвульсанты, пластырь с лидокаином.

Оценка эффективности лечения через 7–28 дней:

- **болевым синдром купирован (ВАШ<1б):** прекращение лечения;
- **болевым синдром значительно регрессировал (на 50% и более от исходного уровня):** продолжение лечения до полного купирования боли;
- **если эффект есть, но недостаточный (менее 50% от исходного уровня):** повторение процедур диагностики, лабораторные и инструментальные методы исследования, дополнительные методы

лечения боли в спине:

- » малоинвазивные интервенционные методы;
- » «комплементарная» медицина: мануальная терапия;
- » физиотерапия;
- » когнитивно-поведенческая терапия.

Препаратами выбора в купировании острой скелетно-мышечной боли в спине являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Адекватное купирование боли облегчает состояние пациента и позволяет ему быстрее вернуться к привычному для него уровню повседневной активности.

Основные положения, характеризующие эффективность НПВП:

- все НПВП в адекватных дозах при длительном применении имеют равный обезболивающий эффект (уровень доказательности 1A);
- эффективность НПВП в целом зависит от дозы. Использование более высоких доз позволяет обеспечить более выраженное обезболивающее и противовоспалительное действия (уровень доказательности 1B);
- использование инъекционных форм НПВП, а также быстрорастворимых препаратов для приема внутрь может иметь преимущество в скорости наступления обезболивающего эффекта в сравнении с приемом стандартных таблеток и капсул. В то же время нет однозначных данных о том, что применение НПВП в виде инъекций и быстрорастворимых форм для приема внутрь имеет преимущество перед пероральными формами по выраженности обезболивающего и противовоспалительного эффекта в лечении более 1 дня (уровень доказательности 1B);
- локальные формы НПВП обладают доказанной обезболивающей и противовоспалительной активностью при лечении остеоартрита (уровень доказательности 1A).

НПВП существуют в различных формах: инъекции, таблетки, ректальные

свечи, кремы, мази, гели. Выбор самого НПВП и лекарственной формы препарата зависит от ряда причин: наличие противопоказаний, индивидуальная переносимость, спектр побочных эффектов, длительность действия препарата. Прием системных форм НПВП ограничивается большим спектром побочных эффектов, в первую очередь, со стороны ЖКТ и ССС, особенно у пожилых пациентов.

Противопоказания к назначению системных НПВП:

- заболевания ССС: острый инфаркт миокарда, ишемический инсульт в анамнезе, клинически выраженная ИБС, реваскуляризация коронарных и других артерий, заболевания периферических артерий, ХСН, субклинически значимый атеросклероз сонных и коронарных артерий;
- ЖКТ: открытая язва/множественные эрозии, воспалительные заболевания кишечника;
- осложненный сахарный диабет (с повреждением органов-мишеней или другими факторами риска);
- хроническая болезнь почек (расчетная скорость клубочковой фильтрации <30 мл/мин);
- аллергические реакции на НПВП;
- беременность;
- SCORE ≥ 10 . Шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) оценивает риск смерти человека от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет.

Для выявления категории пациентов с высоким риском осложнений на фоне приема системных НПВП **рекомендуется задать при расспросе пациента следующие вопросы.**

- Отмечались ли у Вас ранее заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (гастрит с повышенной секреторной функцией, эрозии, язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, операции)?
- Есть ли у Вас заболевания сердца и сосудов (артериальная гипертензия,

перенесенный инфаркт миокарда, нарушения ритма, а также жалобы на боли за грудиной при ходьбе, одышку, отеки ног, перебои в работе сердца)?

- Были ли у Вас операции на сердце (протезирование клапанов, стентирование, шунтирование)?
- Принимаете ли Вы препараты, влияющие на свертываемость крови (аспирин или другое)?
- Есть ли у Вас заболевание почек?
- Есть ли у Вас аллергия на какие-либо лекарства?
- Есть ли у Вас какие-либо другие хронические заболевания?
- Для женщин детородного возраста — возможна ли беременность?

С целью профилактики осложнений, связанных с приемом системных НПВП, рекомендуются:

- учет факторов риска, их коррекция и назначение НПВП с более благоприятным профилем сердечно-сосудистой безопасности (уровень доказательности В);
- назначение ингибиторов протонной помпы (уровень доказательности А);
- дополнительная мера профилактики со стороны ЖКТ — назначение ребамипида (уровень доказательности В);
- не следует назначать низкие дозы аспирина или другие антитромботические/антикоагулянтные средства для профилактики сердечно-сосудистых осложнений, связанных с приемом НПВП, пациентам, не имеющим для этого определенных показаний.

Избежать системных побочных эффектов НПВП можно, используя местные формы НПВП, особенно при болевом синдроме малой и средней интенсивности по шкале ВАШ или при мышечных болях. При сильных болях возможна комбинация системного и местного НПВП, что позволит уменьшить дозу системного НПВП и сократить сроки лечения. А при наличии противопоказаний к системным НПВП местные формы становятся

препаратами выбора как в монотерапии, так и в комбинации с другими обезболивающими средствами.

Локальные формы НПВП могут использоваться в качестве дополнительного или самостоятельного обезболивающего средства при слабой или умеренно выраженной скелетно-мышечной боли, а также в случае невозможности системного применения НПВП из-за высокого риска осложнений

Эффективность местных форм НПВП в лечении скелетно-мышечной боли доказана в масштабных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).

Преимущества применения местных форм НПВП по сравнению с системными НПВП при лечении мышечной и суставной боли:

- относительная простота и меньший риск возникновения системных нежелательных явлений;
- обеспечение высокой концентрации препарата в месте нанесения;
- слабовыраженное системное действие, что позволяет снизить риск возникновения системных нежелательных явлений;
- возможность сочетать в одном препарате несколько веществ, различных по механизму действия, что увеличивает суммарный фармакологический эффект лечения;
- возможность пролонгированного действия.

Один из представителей местных форм НПВП — крем Матарен® Плюс, имеющий уникальный состав: мелоксикам (умеренно селективный ингибитор ЦОГ-2) и настойка плодов перца стручкового, содержащая капсаицин. Оба активных компонента препарата имеют доказанную эффективность при скелетно-мышечной боли. Так, при сравнительном изучении (Gupta S.K., 2002) геля с мелоксикамом (1%) было показано, что он по противовоспалительной активности превосходит препараты пироксикама (0,5% гель) и диклофенака (1% гель) и уменьшает боль, связанную с воспалением. Капсаицин является высокоселективным агонистом ваниллоидных рецепторов кожи 1 типа (TRPV1). В небольших дозах взаимодействие капсаицина с ваниллоидными рецепторами приводит к местному обезболивающему эффекту и улучшению кровообращения в подлежащих тканях за счет высвобождения субстанции Р. При большей концентрации капсаицина происходит десенситизация рецепторов кожи и уменьшение ноцицептивной афферентации в центральную нервную систему. Таким образом, составляющие крема Матарен® Плюс взаимно усиливают обезболивающее действие друг друга. Назначение местных форм НПВП особенно актуально в лечении мышечных синдромов (миофасциальный и мышечно-тонический болевые синдромы).

Лечение миофасциальных болевых синдромов:

- медикаментозные методы лечения: НПВП (предпочтение местным формам), миорелаксанты, пластырь с лидокаином (5%), при хронической боли — антидепрессанты, блокады триггерных точек растворами анестетика (возможно сочетание с кортикостероидом);
- немедикаментозные методы лечения: коррекция факторов риска, избегание провоцирующих поз и нагрузок, массаж, постизометрическая релаксация, кинезиотейпирование, физиопроцедуры.

Именно у пациентов с миофасциальным болевым синдромом была показана эффективность крема Матарен® Плюс в открытом рандомизированном сравнительном исследовании с местной формой НПВП, содержащей диклофенак (Эмульгель 1%). В обеих группах на фоне лечения отмечалась достоверная положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома, однако в группе, получавшей Матарен® Плюс, обезболивающий

эффект отмечался достоверно раньше как после однократного нанесения, так и на протяжении 14-дневного курса терапии (рис. 16). Также клиническое исследование показало, что исследуемый препарат Матарен® Плюс достоверно раньше (на 1 день) снижает интенсивность боли в покое и при движении в сравнении с диклофенаком (Эмульгель 1%).

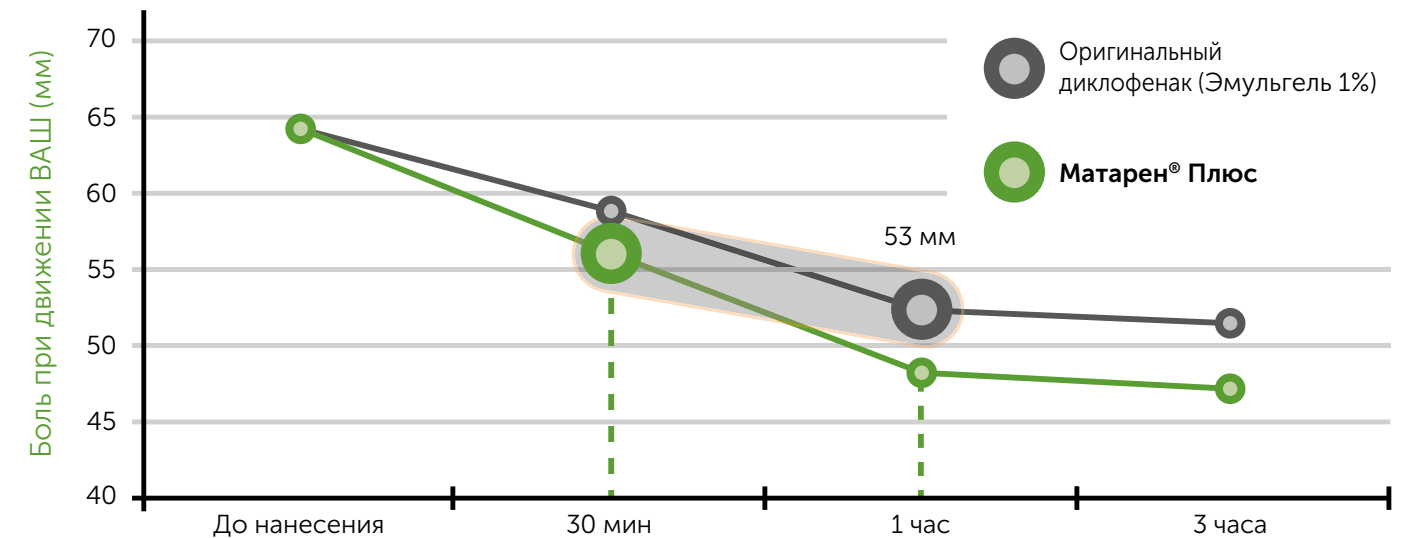


Рис. 16. Динамика снижения интенсивности боли при использовании крема Матарен® Плюс и оригинального препарата диклофенака (Эмульгель 1%)

Исходя из принципов безопасности лечения острой боли в спине и снижения рисков со стороны ЖКТ и ССС, очень важным является тот факт, что сочетанное применение местных и системных НПВП приводит к снижению суточной дозы и продолжительности приема последних.

Так, сочетанное применение крема Матарен® Плюс и Диклофенак (ретард 100 мг) позволило снизить дозу Диклофенака ретард в 2,5 раза (рис. 17). Таким образом, назначение крема Матарен® Плюс при миофасциальных болевых синдромах является эффективным и безопасным методом лечения.

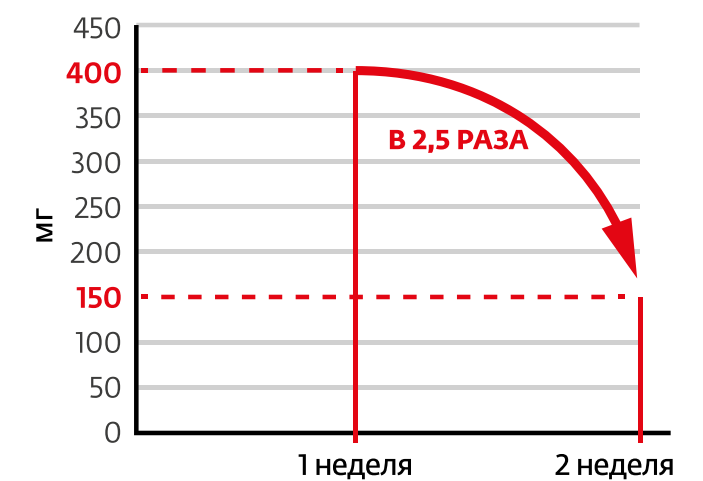


Рис. 17. Снижение суточной дозы Диклофенака ретард при совместном применении с кремом Матарен® Плюс

Также в лечении миофасциальных болей показана эффективность препарата Версатис, который представляет собой единственный зарегистрированный пластырь с местным анестетиком, содержащий 5% лидокаин. Механизм действия препарата Версатис основан на блокировании натриевых каналов и прохождения болевых импульсов по нервным волокнам. По результатам плацебо-контролируемого исследования (Firmani M., 2015), применение пластыря с 5% лидокаином в течение 2 недель ежедневно у пациентов с миофасциальным болевым синдромом трапециевидной мышцы привело к достоверному снижению спонтанной боли и боли от давления в сравнении с группой плацебо. Положительный эффект от пластыря с лидокаином был также подтвержден результатами поверхностной электромиографии в виде снижения активности мышц в покое и при глотании слюны.

Трехступенчатая схема обезболивающей терапии в зависимости от интенсивности болевого синдрома, предложенная ВОЗ для лечения болевых синдромов у онкологических пациентов, нашла широкое распространение и в лечении болевых синдромов другой природы, в частности боли в спине (рис. 18).



Рис. 18. Трехступенчатая схема купирования боли

Одним из мощных анальгетиков центрального действия является тапентадол (Палексия). Благодаря двойному механизму действия (активация опиоидных мю-рецепторов и ингибирование обратного захвата норадреналина), Палексия оказывает сильное обезболивающее действие. Низкое сродство к мю-рецепторам позволяет снизить риски опиоидзависимых побочных эффектов, а ингибирование обратного захвата норадреналина открывает дополнительный терапевтический потенциал в лечении хронической, а также невропатической боли.

Еще одним эффективным обезболивающим комбинированным препаратом является Залдиар®, содержащий 325 мг парацетамола и 37,5 мг трамадола гидрохлорида. Анальгетическое действие препарата Залдиар® отличается быстрым наступлением, устойчивым нарастанием обезболивающего эффекта, а также длительным периодом аналгезии и благоприятным профилем безопасности.

В ряде контролируемых исследований показано, что постельный режим в лечении острой боли в спине не только не ускоряет восстановление, но, наоборот, может способствовать хронизации болевого синдрома. Поэтому при легкой и умеренной боли необходимости в постельном режиме нет, а при интенсивной боли его следует максимально ограничить (до 1–3 дней). Затем режим расширяют, но рекомендуют на определенное время несколько ограничить физическую активность (в частности, избегать поднятия тяжести и длительного сидения).

При недостаточной эффективности лечения в течение первой недели, а также при диагностированной методами нейроортопедического обследования локальной боли (дисфункция КПС, артроз фасеточных суставов) рекомендовано проведение лечебных блокад с местным анестетиком и глюкокортикоидом.

Интервенционные методы лечения боли в спине (лечебные блокады) в очаг воспаления или напряженную мышцу проводятся при недостаточной эффективности неинвазивных методов лечения.

При острой боли в спине болевой синдром, как правило, регрессирует в течение 2–4 недель. Если болевой синдром не уменьшился в течение первых двух недель заболевания, необходимо проведение лабораторного и инструментального обследования с целью выявления возможной «серьезной патологии».

Лечение хронической боли в спине

На сегодняшний день с позиции доказательной медицины при хронической боли в спине наиболее эффективен комплексный подход, включающий в себя, наряду с обезболиванием, увеличение двигательных возможностей, улучшение качества жизни пациентов (повышение работоспособности, улучшение настроения, выработка эффективных для преодоления боли стереотипов поведения).

Лечение должно включать немедикаментозные методы: мероприятия по снижению массы тела, лечебную гимнастику, физиотерапевтические методы, КПТ. Следует не только укрепить мышцы спины и брюшного пресса, что обеспечивает правильное распределение нагрузки на позвоночник, но и научить больного избегать провоцирующих движений, изменить его двигательный стереотип, провести коррекцию осанки.

В периоды обострения следует назначать системные НПВП, миорелаксанты коротким курсом. Местные формы НПВП, например, Матарен® Плюс, также широко используются как в качестве монотерапии, так и в сочетании с системными НПВП. Входящий в состав крема капсаицин имеет высокий уровень доказательности в лечении хронической боли в спине. При хронической боли в спине их можно назначать в период как обострения, так и стихающего обострения.

При наличии локальных источников боли проводятся лечебные блокады с раствором местного анестетика и кортикостероидами. Слабые опиоидные анальгетики назначаются при выраженном болевом синдроме и недостаточной эффективности других лекарственных средств. При наличии депрессии целесообразно применение антидепрессантов.

По патогенетическому механизму как острая, так и хроническая боль в спине являются гетерогенным состоянием, при котором могут быть вовлечены и ноцицептивный, и невропатический механизмы боли. Невропатический компонент боли у пациентов с хронической болью в спине встречается в 15–55% случаев. Невропатическая боль у пациентов ассоциирована с тяжелой коморбидной патологией, низким качеством жизни и высокой стоимостью лечения. По результатам опросника для диагностики невропатической боли DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions), невропатический компонент боли был выявлен у 35% пациентов со скелетно-мышечной болью и у 71% пациентов с радикулопатией. Таким образом, у всех пациентов с невропатическими характеристиками боли, по данным скрининговых опросников для диагностики невропатической боли, необходимо исключить наличие радикулопатии (наличие двигательных, дерматомных, чувствительных и рефлекторных нарушений).

Наличие невропатического компонента может приводить к снижению эффективности лечения, направленного только на периферические ноцицептивные источники боли. Таким образом, лечение острой и хронической боли в спине должно быть комплексным, с учетом патогенетических механизмов боли и приоритета безопасности.

На сегодняшний день основными препаратами для лечения невропатической боли являются габапентин и прегабалин. Однако широкое применение этих препаратов ограничивается спектром побочных эффектов. Поэтому, особенно у пожилых людей и при наличии противопоказаний, следует использовать местные формы препаратов для лечения невропатической боли, например пластырь Версатис. Версатис, в сравнении с системными препаратами для купирования невропатической боли, обладает рядом преимуществ:

- хороший профиль безопасности, так как препарат почти не всасывается в кровь, хорошо переносится и не вызывает системных побочных эффектов;
- удобен в использовании (1 пластырь наклеивается на 12 часов и действует в течение 24 часов);
- безопасная сочетаемость с системными препаратами, не требуется титрования дозы.

Показано, что при длительном применении пластыря Версатис (более 5 лет) сохранялась анальгетическая активность препарата. При длительном использовании пластыря Версатис концентрация лидокаина в плазме остается стабильной и отсутствует эффект накопления действующего вещества. Возможны местные реакции в виде обратимого покраснения, раздражения, зуда.

Лечебная гимнастика — эффективный немедикаментозный метод лечения хронической боли в спине. По результатам РКИ, лечебная гимнастика обладает преимуществами в сравнении с другими методами лечения, такими как физиотерапия, чрескожная электрическая стимуляция нерва.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) также имеет высокий уровень доказательности в лечении хронической боли в спине. КПТ направлена на изменение представлений пациента о своем заболевании, течении, прогнозе, а также на коррекцию поведения (физическая активизация пациентов, уменьшение внешнего положительного подкрепления их болезненного поведения, снижение зависимости от анальгетиков, обучение навыкам самоконтроля). Обычно со специалистом проводят 4–6 сеансов КПТ.

Боль в спине — одна из ведущих причин обращаемости за медицинской помощью. Основой эффективного лечения является мультидисциплинарный подход, включающий в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Такое комплексное лечение позволяет быстро снизить интенсивность боли и предотвратить ее хронизацию и инвалидизацию пациентов.

Литература:

1. Боль. Руководство для студентов и врачей (под редакцией Н.Н. Яхно). М.: МЕДпресс-информ, 2008.
2. Годзенко А.А., Бадюкин В.В., Корсакова Ю.Л. Применение крема Матарен® Плюс при миофасциальном болевом синдроме. РМЖ Неврология. 2011; 28.
3. Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. Миофасциальный болевой синдром. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
4. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
5. Подчуфарова Е.В. Значение роли невропатического, ноцицептивного и психогенного механизмов в формировании хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации. Диссертация ... на соискание степени д.м.н. 2011.
6. Kleef M., Vanelderen P. Pain Originating from the lumbar facet joints. Pain Practice. 2010; 10: 459–469.
7. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов (клинические рекомендации). Научно-практическая ревматология. 2018; 56 (прил. 1): 1–29.
8. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли (междисциплинарный консенсус). Научно-практическая ревматология. 2016; 54(3): 247–265.
9. Цегла Т., Готтшальк А. Лечение боли (справочник).
10. Парфенов В.А., Исайкин А.И. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. М.: ИМА-ПРЕСС, 2016.
11. Baron R., Binder A. et al. Neuropathic low back pain in clinical practice. European Journal of Pain, 2016.
12. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. Spine J., 2014.
13. Derry S., Moore R.A., Gaskell H., et al. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015. Jun 11; 6: CD007402.
14. Gupta S.K., Bansal P., Bhardwaj R.K., Jaiswal J. Comparison of Analgesic and Anti-Inflammatory Activity of Meloxicam Gel with Diclofenac and Piroxicam Gels in Animal Models: Pharmacokinetic Parameters after Topical Application. Skin Pharmacology and Applied Skin Physiology. 2002; 15: 105–111.
15. Firmani M., Miralles R., Casassus R. Effect of lidocaine patches on upper trapezius EMG activity and pain intensity in patients with myofascial trigger points: A randomized clinical study. Acta Odontol Scand. 2015 Apr; 73(3): 210–218.
16. Инструкция по медицинскому применению препарата Матарен® Плюс № ЛСР-009016/10 от 10.12.2012.
17. Инструкция по медицинскому применению препарата Версатис №ЛС-001775 от 23.09.2011.



Версатис

Пластырь с 5% лидокаином
(постепенное высвобождение
в течение 12 часов).

Форма выпуска:
5 пластырей в саше, 1 или 6 саше
в упаковке. В одном пластыре
(10x14 см) содержится 700 мг
лидокаина.



а — защитная пленка

б — гидрогель на клейкой основе, содержащей
700 мг лидокаина

с — нетканая основа, на которой расположен
гидрогель с лидокаином

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Версатис — единственный пластырь с лидокаином*



Эффективность

Входит в российские и международные рекомендации
по лечению невропатической боли^{1,2,3}



Достаточно одной аппликации в сутки⁴



Благоприятный профиль безопасности²

- Низкая вероятность системных побочных реакций
- Разрешен к применению пожилым людям
- Подходит для комбинированной терапии



Удобство применения

Не требует титрации дозы, имеет приятный охлаждающий
эффект^{4,5}



Защита гиперчувствительного участка кожи⁵

Сокращенная информация по применению лекарственного препарата Версатис, пластырь.

Регистрационный номер: ЛС-001775 от 23.09.2011г.

Состав: один пластырь содержит в качестве активного вещества лидокаин 700 мг.

Фармакологические свойства. Версатис содержит лидокаин, производное ацетамида. Механизм действия связан со стабилизацией мембран нейронов, что, как полагают, является результатом блокады натриевых каналов. При местном применении на неповрежденную кожу возникает терапевтический эффект достаточный для снятия болевого синдрома.

Показания к применению: невропатическая боль, ассоциированная с ранее перенесенной герпетической инфекцией (Herpes zoster), постгерпетическая невралгия.

Противопоказания: повышенная чувствительность аллергического и неаллергического генеза к действующему и вспомогательным веществам препарата; повышенная чувствительность аллергического и неаллергического генеза к местным анестетикам группы амидов (например, бупивакаину, этидокаину, мепивакаину и прилокаину); - воспаление или нарушение целостности кожных покровов в месте аппликации пластыря (например, высыпания herpes zoster, атопический дерматит или раны).

С осторожностью: применяется с осторожностью при тяжелой сердечной, почечной или печеночной недостаточности.

Способ применения и дозы. Пластырь предназначен для наружного применения. Пластырь приклеивают на кожу в области боли один раз в сутки на период до 12 часов. Одновременно можно применять не более 3 пластырей. При необходимости пластырь можно разрезать на части перед удалением пластиковой защитной пленки. Пластырь должен быть приклеен на неповрежденную, сухую, невоспаленную кожу (после полного заживления герпетических высыпаний) покрывая область боли. Затем пластырь снимают и делают перерыв не менее 12 часов. Не используйте снятый пластырь повторно. Пластырь приклеивается к коже сразу после извлечения из саше и удаления пластиковой пленки с липкого слоя. Волосы необходимо состричь ножницами (не сбривать). Эффективность терапии необходимо повторно оценить через 2-4 недели от начала лечения. Если в эти сроки ответ на терапию недостаточен или терапевтический эффект определяется только защитными свойствами пластыря, лечение следует прекратить. Необходимо регулярно оценивать эффективность терапии для определения оптимального количества одновременно применяемых пластырей, необходимых для покрытия области боли, или для увеличения периодов времени между аппликациями пластыря.

Побочные реакции отмечались примерно у 16% пациентов, применявших Версатис. Так как препарат применяется наружно, в большинстве случаев нежелательные реакции носят местный характер и возникают в области применения пластыря. Наиболее частыми нежелательными реакциями являются следующие местные реакции в области аппликации пластыря: эритема, сыпь (до везикулярной), кожный зуд, чувство жжения, дерматит в месте аппликации.

Производитель: Тейкоку Сейяку Ко., Лтд., 567 Санбонматсу Хигашикагава, Кагава 769-2695, Япония. Teikoku Seiyaku Co., Ltd., 567 Sanbonmatsu Higashikagawa, Kagawa 769-2695, Japan.

Перед использованием необходимо ознакомиться с полной инструкцией лекарственного препарата.

Организация, принимающая претензии:

АО «Нижфарм» Россия, 603950, г. Нижний Новгород, бокс №495, ул. Салганская, д. 7.
Тел. 8 (495) 648-95-01, факс: 8 (495) 648-95-03, E-mail: med@stada.ru

* На российском рынке фармацевтических препаратов. Государственный реестр лекарственных средств, <https://grls.rosminzdrav.ru>.

1. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision.

2. Nanna B Finnerup et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. Lancet Neurol. 2015 February ; 14(2): 162-173.

3. Невропатическая боль. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. Под общей ред. Н.Н.Яхно. Москва, 2018 г.

4. Инструкция по медицинскому применению препарата Версатис №ЛС-001775 от 23.09.2011.

5. Левин О.С. Применение пластин с лидокаином при лечении боли в спине. Consilium medicum. 2007; 8: 70-76.



Обезболивающее действие

Противоотечное действие

Противовоспалительное действие

Уникальная комбинация НПВП и капсаицина — комплексное лечение миофасциального болевого синдрома*

Состав. 1 г крема содержит действующие вещества: Мелоксикам — 30 мг; перца стручкового плодов настойка (перца стручкового настойка) — 100 мг. Вспомогательные вещества: диметилсульфоксид, кориандра масло, лаванды масло, парафин жидкий, пропиленгликоль, стеариновая кислота 50, моноглицериды дистиллированные (Dimodan HP), воск эмульсионный, глицерол, полоксамер (эмуксол-268), карбомер, натрия гидроксид, имидомочевина, вода.

Фармакологическая группа. Нестероидный противовоспалительный препарат.

Фармакологические свойства. Матарен® Плюс оказывает противовоспалительное, обезболивающее, противоотечное действие. Матарен® Плюс уменьшает боль в суставах (в том числе в суставах позвоночника) и в мышцах в покое и при движении, способствует увеличению объема движения суставов (в области нанесения крема). Уменьшает утреннюю скованность и припухлость суставов. Мелоксикам избирательно ингибирует циклооксигеназу 2, нарушает метаболизм арахидоновой кислоты, уменьшает в очаге воспаления количество простагландинов (медиаторов боли и воспаления). Настойка перца стручкового содержит капсаицин, обладающий раздражающим действием на чувствительные рецепторы кожи, что приводит к местному обезболивающему эффекту, к улучшению кровообращения в коже и подкожной клетчатке. Улучшение местного кровотока сопровождается усилением кровообращения в подлежащих тканях, что способствует удалению субстрата воспаления из патологического очага. Благодаря оптимальному сочетанию компонентов крема отмечается взаимное усиление их обезболивающего и противовоспалительного эффектов. При совместном воздействии активные компоненты крема Матарен® Плюс оказывают больший эффект за счет синергизма по сравнению с индивидуальным эффектом каждого из этих компонентов.

Показания к применению. Воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата. Ревматические поражения мягких тканей.

Болевой синдром: бурсит, тендинит, люмбаго, ишиас, невралгия, миалгия, артралгия, радикулит, посттравматический болевой синдром (травматические ушибы, вывихи, растяжения связок, мышц и сухожилий, разрывы мышц без нарушения целостности кожных покровов), болезненность мышц и суставов, вызванных тяжелыми физическими нагрузками.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата, детям до 12 лет.

Применение при беременности и лактации. Применение препарата противопоказано.

Способ применения и дозы. Наружно. Слегка втирают полоску крема длиной от 1 до 5 см, кратность применения — 1-3 раза в сутки. Количество крема и частота применения могут варьироваться в зависимости от площади нанесения и индивидуальной реакции на крем. Для усиления эффекта можно наложить сухую согревающую повязку.

Передозировка. Случаи передозировки препарата Матарен® Плюс неизвестны.

Побочное действие. Возникающие побочные эффекты зависят от индивидуальной чувствительности. Возможны аллергические реакции со стороны кожи (зуд, кожная сыпь), шелушение кожи, гиперемия. При появлении каких-либо побочных эффектов необходимо прекратить применение крема и обратиться к врачу.

Условия хранения. Хранить при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

* Единственная зарегистрированная комбинация по данным Государственного реестра лекарственных средств www.grls.rosminzdrav.ru.