

# Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и комплекса витаминов группы В у пациентов с поясничной болью

П.Р.Камчатнов<sup>1</sup>, Х.Я.Умарова<sup>2</sup>, З.Х.Осмаева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО Чеченский государственный университет, Грозный

**П**оясничная боль (ПБ, синоним – боль в нижней части спины) представляет собой один из наиболее распространенных клинических синдромов, обусловленных комплексом нейродегенеративных и дистрофических поражений суставов позвоночника, межпозвоночных дисков, связочного аппарата [1]. Большое значение в развитии ПБ имеет изменение тонуса поперечно-полосатой мускулатуры – мышечный спазм, возникающий в ответ на болевые раздражители и приводящий к формированию нарушений осанки.

Считается, что по своей распространенности ПБ сопоставима с такими заболеваниями, как острые сезонные респираторные инфекции, дегенеративные и воспалительные поражения мелких суставов, депрессивные расстройства [2]. Как правило, острый болевой синдром (БС) при ПБ регрессирует в течение нескольких дней – недель. Вместе с тем нередко наблюдается трансформация острой боли в хронический БС, представляющий собой серьезную проблему, которая требует соответствующих подходов к лечению. Данная терапия, как правило, требует длительного периода времени, сопряжена со значительными финансовыми затратами, повышенным риском стойкой утраты трудоспособности [3]. Как свидетельствуют результаты проведенных за последние годы исследований, снижению риска формирования хронической ПБ способствуют своевременное начало терапии, широкое использование комплекса немедикаментозной терапии, методов рациональной психотерапии [4]. Исключительное значение для сокращения сроков лечения пациента с обострением ПБ имеют раннее расширение двигательного режима, его вовлечение в процесс терапии и восстановления. Использование адекватных физических нагрузок в объеме, привычном для конкретного индивидуума, может позволить не только сократить сроки временной нетрудоспособности, но и в определенной степени увеличить длительность периода ремиссии, отсрочить последующее наступление обострения БС.

## Принципы терапии

### Нестероидные противовоспалительные препараты: плюсы и минусы

Для лечения пациентов с ПБ предлагается большое количество лекарственных препаратов. Вместе с тем в настоящее время наиболее широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и анальгетики. Указанные препараты продемонстрировали высокую противоболевую активность, своевременное их назначение позволяет сократить продолжительность периода обострения. В большинстве своем НПВП характеризуются хорошей переносимостью при применении их в терапевтических дозировках на протяжении ограниченного периода. Несомненное достоинство НПВП – возможность их од-

новременного назначения с другими лекарственными средствами, а также с разными вариантами немедикаментозной терапии (физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия, массаж, лечебная гимнастика, мануальная терапия).

Вместе с тем НПВП обладают целым рядом нежелательных побочных эффектов. Так, продемонстрировано, что представители неселективных ингибиторов циклооксигеназы (ЦОГ)-2 (диклофенак, ибупрофен и т.д.) способны оказывать гастротоксическое действие, значительно повышая риск желудочных кровотечений [5]. Риск поражения слизистой оболочки желудка возрастает при наличии сопутствующих факторов риска, к которым относятся перенесенные язвенная болезнь желудка, одновременный прием кортикостероидов, ацетилсалициловой кислоты, курение, пожилой возраст и т.д. [6]. Важно также, что использование неселективных ингибиторов ЦОГ-2 способно вызывать повышение системного артериального давления (АД), что имеет особое значение для пациентов с трудно контролируемой артериальной гипертензией, имеющих низкую приверженность систематическому измерению АД и приему антигипертензивных препаратов.

Вероятность наступления побочных эффектов возрастает при применении НПВП в неадекватно высоких суточных дозах, на протяжении длительных сроков, в сочетании с другими аналогичными препаратами. Следует отметить, что нецелесообразно рекомендовать для применения НПВП с целью предупреждения повторного обострения ПБ; назначение препаратов данной группы, устраняя острый БС, существенным образом не влияет на прогноз заболевания и риск развития его повторных обострений. Важно также, что тяжелые осложнения приема НПВП (в первую очередь – состоявшееся желудочное кровотечение) наблюдаются достаточно редко, значительно чаще имеют место относительно благоприятные проявления гастротоксичности в виде субъективных проявлений (изжога, тошнота, ощущение боли или тяжести в эпигастрии), эрозии слизистой желудка.

В отличие от неселективных НПВП селективные ингибиторы ЦОГ-2 (мелоксикам, нимесулид и т.д.) характеризуются низкой гастротоксичностью [7].

Помимо риска поражения слизистой желудка и сердечно-сосудистой системы применение НПВП может быть ассоциировано и с развитием других нежелательных побочных эффектов, например со стороны почек, печени, органов кроветворения и пр. Риск повышается у больных пожилого и старческого возраста, пациентов с коморбидными состояниями, требующими длительного применения значительного количества лекарственных препаратов. Это требует взвешенного подхода к назначению противоболевой и противовоспалительной терапии у таких пациентов с ПБ, тщательного учета возможных лекарственных взаимодей-

ствий, особенностей переносимости лечения в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

В целом выбор препарата для устранения ПБ у конкретного больного в итоге определяется соотношением выраженности обезболивающего действия и степенью риска развития побочных эффектов. Немаловажное значение имеют также удобство применения лекарственного средства (более предпочтительны пролонгированные лекарственные формы), его стоимость, скорость наступления и длительность противоболевого эффекта и некоторые другие факторы. Особый интерес представляет собой выбор оптимальной комбинированной терапии, позволяющей снизить дозировки лекарственных препаратов и сократить сроки лечения за счет возникновения дополнительных, аддитивных эффектов комплексной терапии. Для этого возможно сочетание системного (энтерального, парентерального) и локального (трансдермального) введения НПВП. С целью повышения эффективности терапии пациентов с ПБ наряду с анальгетиками и НПВП применяются миорелаксанты.

### **Комбинированная терапия**

Для лечения пациентов с ПБ в комплексной терапии традиционно широко используются витамины группы В, характеризующиеся наличием нейротропных свойств (тиамин, пиридоксин, цианкобаламин). Целесообразность их применения обусловлена необходимостью не только угнетения синтеза медиаторов воспаления [8], но и улучшением трофики нервной ткани, нормализацией метаболизма миелиновой оболочки нервного корешка, подвергнувшегося сдавлению, грыжей межпозвонкового диска или гипертрофированными связками, периферическими нервами, претерпевающими изменения вследствие систематического проведения избыточной болевой импульсации. Нейротропные витамины имеют исключительное значение для функционирования нервной ткани как в нормальных условиях, так и при патологии. Результаты экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют об их важной роли в разных биохимических процессах, протекающих в нейронах и клетках глии. Так, тиамин является коферментом в реакциях окислительного декарбоксилирования  $\alpha$ -кетоглутаровой и пировиноградной кислот, а также принимает активное участие в процессах синтеза белков и механизмах регенерации поврежденной нервной ткани [9]. Благодаря этому он способен активировать процессы энергетического метаболизма в периферической нервной системе, поддерживать протекание восстановительных процессов при ее поражении. Пиридоксин участвует в реакциях декарбоксилирования и трансаминирования аминокислот в разных тканях, в том числе в периферической нервной системе, принимая участие в белковом синтезе. Цианкобаламин принимает активное участие в процессах энергообеспечения клеток, вовлечен в белоксинтезирующие и некоторые другие механизмы их функционирования [10]. Кроме того, установлен и неоднократно подтвержден в экспериментальных и клинических исследованиях собственный противоболевой эффект цианкобаламина [11]. Отечественным препаратом, содержащим комплекс витаминов группы В в лечебных дозировках, является Комбилипен®, который выпускается в двух формах: инъекционной и таблетированной. Комбилипен® – инъекционный комплекс нейротропных витаминов ( $V_1$  – 100 мг,  $V_6$  – 100 мг,  $V_{12}$  – 1 мг, лидокаин).

Комбилипен® табс – таблетированный комплекс витаминов группы В, содержащий 100 мг бенфотиамина в сочетании с витаминами  $V_6$  (100 мг) и  $V_{12}$  (2 мкг).

Особое место занимает липофильная форма витамина  $V_1$  – бенфотиамин, которая обеспечивает высокий уровень поступления тиамина в клетки.

В ряде исследований показано, что использование именно бенфотиамина в дозах 300 и 600 мг способствовало уменьшению или устранению неврологической симптоматики и жалоб больных на боль, жжение, онемение, ощущение покалывания при лечении поражений периферических нервов, сопровождающихся БС. Препарат может применяться как по «ступенчатой» схеме (Комбилипен® 2 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней с дальнейшим переходом на таблетированную форму Комбилипен® табс 1–3 таблетки в сутки в течение 4 нед), так и с использованием одной из форм.

### Доказательная база

Большой интерес представляет возможность применения витаминов группы В у пациентов с болезнями скелетно-мышечными синдромами, в частности ПБ. Экспериментальные исследования показали, что они помимо реализации собственной противоболевой активности способствуют активации репаративных процессов в поврежденных нервных стволах, подвергшихся сдавлению или ишемии, потенцируют действие противоболевых средств [12]. Данные, полученные в ходе экспериментов, были подтверждены в клинических испытаниях. Так, результаты рандомизированного двойного слепого исследования позволили установить, что одновременное применение НПВП в комбинации с тиамином, пиридоксином и цианокобаламином оказывает значительно более выраженное обезболивающее действие по сравнению с монотерапией НПВП у пациентов с остеоартрозом коленных суставов [13].

На протяжении длительного времени препараты витаминов группы В эмпирически применялись при лечении пациентов с разными заболеваниями периферической нервной системы, например, у пациентов с изолированной ПБ и корешковым синдромом различной локализации. Впечатление клиницистов об эффективности комбинированной терапии явилось основанием для проведения клинических исследований, посвященных изучению возможности применения комплекса НПВП и витаминов группы В. Было продемонстрировано, что такая терапия у пациентов с ПБ приводит к более раннему купированию БС и обеспечивает более стойкий положительный эффект [14, 15]. Продemonстрировано, что их одновременное применение с анальгетиками и НПВП сокращает сро-

ки лечения и уменьшает потребность в обезболивании [16]. Было установлено (важно), что проведение комбинированной терапии способно пролонгировать период ремиссии у значительной части пациентов как с изолированной дорсопатией, так и с компрессионной радикулопатией. Аналогичные результаты были получены в итоге других рандомизированных клинических исследований, выполненных в соответствии с требованиями доказательной медицины, в которых использовались разные НПВП [17]. Указанные преимущества комбинированной терапии с применением витаминов группы В по сравнению с монотерапией препаратами НПВП были зафиксированы в Европейских рекомендациях по ведению пациента с хронической неспецифической мышечно-скелетной ПБ [18].

Большинство исследований эффективности комбинированного лечения проводилось с использованием диклофенака, относительно меньше данных имеется об эффективности одновременного применения у пациентов с ПБ комплекса витаминов группы В и мелоксикама. Мелоксикам хорошо зарекомендовал себя при лечении таких пациентов, его применение характеризуется низким риском развития побочных эффектов, отсутствием повреждающего действия препарата на состояние хрящевой ткани [19]. Можно также отметить, что комбинация НПВП и витаминов группы В оказалась эффективной при купировании БС другой этиологии, а именно – при костно-скелетной травме [20].

В России ранее было проведено наблюдательное открытое сравнительное исследование, посвященное изучению эффективности и переносимости комбинированного применения мелоксикама (Артрозан®) и комплекса витаминов группы В (Комбилипен®) у пациентов с ПБ [21]. Артрозан® (мелоксикам) выпускается в двух формах: в виде раствора для внутримышечных инъекций (15 мг в 1 ампуле) и в таблетированной форме (7,5 и 15 мг). Возможно использование как «ступенчатой» схемы назначения препарата – раствор для внутримышечных инъекций (1 раз в сутки в течение 2–3 дней) с дальнейшим переходом на таблетированную форму (1 таблетка в сутки), так и применение только таблетированной формы – 15 мг/сут. Изначально в основную группу больных, на протяжении 10 дней получавших комбинацию Артрозана (по 15 мг/сут) и Комбилипена (по 2 мл внутримышечно), были включены 48 пациентов с острой ПБ. В последующем из ис-

Динамика контролируемых показателей на фоне лечения (M±m)

Показатели	Исходные значения	3-и сутки	10-е сутки	24-е сутки
<i>ВАШ, %</i>				
ОГ	84,8±6,8	76,2±5,2	23,8±6,1*	15,3±4,2*
ГС	88,3±5,7	81,3±4,0	28,3±5,0**	31,6±3,0***
<i>ВШБ, баллы</i>				
ОГ	3,1±0,4	2,5±0,4	1,3±0,3*	1,2±0,2*
ГС	3,3±0,6	2,7±0,5	1,9±0,2**	1,9±0,1***
<i>МШПА, баллы</i>				
ОГ	59,3±7,1	53,1±6,2	21,4±4,0*	16,2±5,3*
ГС	61,2±6,0	53,3±7,1	25,1±3,1**	26,7±5,4***
<i>САД, мм рт. ст.</i>				
ОГ	135,8±9,2	129,7±8,3	130,3±7,4	127,3±7,1
ГС	141,3±8,3	133,5±7,8	134,1±8,2	130,5±8,2
<i>ДАД, мм рт. ст.</i>				
ОГ	78,9±8,1	75,4±6,0	76,4±6,2	75,6±6,8
ГС	81,5±7,2	79,5±7,2	80,2±8,3	79,7±7,4
<i>ЧСС, уд/мин</i>				
ОГ	76,4±6,3	78,6±7,2	74,9±5,1	73,1±5,5
ГС	79,9±8,5	79,8±8,4	80,4±7,3	79,4±6,4

\*Отличия достоверны по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,05$ ); \*\*отличия достоверны между группами ( $p < 0,05$ ).

следования по разным причинам выбыли 4 больных, окончательному анализу были подвергнуты результаты наблюдения за 44 пациентами. Средний возраст больных составил  $43,9 \pm 8,9$  года, среди них – 28 мужчин и 16 женщин. Группу сравнения (ГС) составили 19 пациентов, получавших только Артрозан® и не принимающих Комбилипен®. Средний возраст пациентов ГС составил  $47,1 \pm 6,8$  года, из них – 10 мужчин и 9 женщин. Группы были полностью сопоставимы между собой по основным клиническим и демографическим показателям.

Критерии включения в исследование: возраст больных от 18 до 75 лет, БС в области поясницы вне зависимости от наличия или отсутствия корешкового синдрома; доброкачественный характер заболевания, подтвержденный радиологическим исследованием (рентгенография, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника, исследование состава периферической крови – количество клеточных элементов белой и красной крови, СОЭ); длительность БС не более 4 нед; готовность больного принять участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие воспалительных и травматических поражений позвоночника, новообразований костей позвоночника, спинного мозга, его оболочек и спинальных корешков; длительность БС более 4 нед; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка в стадии обострения; тяжелые формы печеночной или почечной недостаточности; психические расстройства, исключающие возможность объективной оценки состояния больного; непереносимость препаратов: Артрозана, или Комбилипена, или компонентов, входящих в их состав; одновременное применение миорелаксантов, противоболевых препаратов центрального действия (противоэпилептические средства, антидепрессанты).

В ходе исследования контролировались интенсивность БС при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и вербальной шкалы боли (ВШБ), выраженность ограничения в повседневной активности (модифицированная шкала повседневной активности – МШПА), потребность в дополнительном приеме обезболивающих препаратов. Суммарная оценка эффективности лечения осуществлялась в соответствии с объективной и субъективной оценкой полученных результатов. Одновременно изучалось влияние указанных препаратов на состояние основных показателей центральной гемодинамики (АД, частота сердечных сокращений – ЧСС), проводилась регистрация нежелательных побочных эффектов. Обследование проводилось до начала исследования, на 3 и 10-е сутки лечения, а также через 14 дней после окончания курса терапии. Полученные результаты оценены статистически с применением стандартных методов обработки биомедицинских данных.

При анализе полученных результатов было установлено, что исходные показатели интенсивности БС в соответствии с результатами оценки по ВАШ и ВШБ, степени ограничения повседневной активности, а также показатели центральной гемодинамики (систолическое и диастолическое АД, ЧСС) в обеих группах достоверным образом не отличались (см. таблицу).

В результате проводимой терапии в обеих группах к 3-м суткам имела место тенденция к уменьшению интенсивности боли и расширению объема повседневной активности, однако отличия не носили достоверного характера по сравнению с исходным уровнем.

На 10-е сутки проводимой терапии в основной группе (ОГ) имели место уменьшение интенсивности БС (в  $2,8 \pm 0,4$  раза) и расширение объема повседневной активности (в  $2,4 \pm 0,4$  раза), причем отличия носили достоверный характер по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,05$ ). У 5 больных имело место

значительное уменьшение БС уже на 5–6-е сутки, что позволило этим пациентам отказаться от дальнейшего продолжения лечения. Кроме того, из 32 больных, на момент включения в исследование нуждавшихся в дополнительном приеме противоболевых препаратов, уже к 3-м суткам 16 (50%) смогли от них отказаться, а к окончанию периода лечения никто из пациентов ОГ дополнительно не принимал обезболивающих средств.

При обследовании через 2 нед после прекращения лечения оказалось, что у больных ОГ наблюдались дальнейшее уменьшение интенсивности БС и расширение повседневной активности, носившее характер с результатами, полученными при обследовании на 10-е сутки ( $p < 0,05$ ). Сохраняющиеся болевые ощущения сами пациенты расценивали как приемлемые, что позволяло им возвращаться к исходному уровню повседневной активности, обеспечивало возможность проведения дозированных занятий лечебной гимнастикой. Никто из пациентов рассматриваемой группы не нуждался в приеме противоболевых препаратов.

В ГС в целом наблюдалась сходная динамика. При исследовании на 3-и сутки имела место тенденция к уменьшению БС и расширению объема повседневной активности, однако отличия не носили достоверного характера по сравнению с исходными показателями. К 10-м суткам уменьшение интенсивности боли и расширение объема двигательной активности достоверно уменьшались по сравнению с исходным уровнем (в  $2,3 \pm 0,3$  и  $2,1 \pm 0,3$  раза соответственно), однако положительная динамика оказалась выраженной в меньшей степени, чем в ОГ, и отличия анализируемых показателей носили достоверный характер ( $p < 0,05$ ). Из 12 больных, на момент включения в исследование нуждавшихся в приеме противоболевых препаратов, к окончанию периода лечения (10-е сутки) 5 (41,7%) пациентов отказались от их приема, что достоверным образом не отличалось от ОГ.

При исследовании через 2 нед после окончания приема препаратов было установлено, что у больных ГС в отличие от пациентов ОГ отсутствовало уменьшение выраженности интенсивности БС и уровня повседневной активности, в связи с чем отличия указанных показателей между группами носили достоверный характер.

При оценке переносимости проводимой терапии было установлено, что ни у одного из наблюдавшихся больных не отмечалось значимых нежелательных побочных эффектов, ни один из наблюдавшихся пациентов не прекратил курса терапии в связи с плохой переносимостью лекарственных препаратов. Показатели систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) и ЧСС оставались стабильными на протяжении периода наблюдения. Ни одному из пациентов, страдающих артериальной гипертензией, не потребовалось дополнительного назначения антигипертензивных препаратов или коррекции проводимой ранее терапии.

Результаты проведенного исследования подтвердили эффективность и безопасность одновременного применения представителя группы НПВП Артрозана (мелоксикам) и витаминов группы В. Комбинированная терапия продемонстрировала более быстрое наступление обезболивающего эффекта по сравнению с пациентами, получавшими монотерапию.

Таким образом, ведение пациента с ПБ требует применения широкого комплекса методов нелекарственного и медикаментозного лечения. Исключительно важным является своевременное купирование БС, обеспечивающее раннее расширение объема физических нагрузок, восстановление адекватного объема повседневной активности с целью предупреждения хронизации боли [22]. Цель проводимой терапии – это не только устранение БС, но и расширение пациента к са-

мообслуживанию, а также достижение его полной независимости от посторонней помощи в повседневном быту, повышение качества жизни больного. Повышение качества ведения пациентов с ПБ требует максимально раннего устранения БС, своевременного расширения двигательного режима, активного вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс. Устранение боли обеспечивает возможности для включения пациента в комплекс реабилитационных мероприятий.

В ряде случаев компрессия спинальных корешков грыжей межпозвонкового диска приводит к формированию радикулярного БС, характеризующегося структурными изменениями в самом нервном стволе и его оболочках, сочетанием элементов ноцицептивной и нейропатической боли, требующим специфических подходов к лечению [23]. Лечение таких пациентов должно не только сводиться исключительно к обезболиванию, но и включать попытки восстановления структурной и функциональной целостности нервных волокон. Кроме того, избыточное применение противоболевых средств, таких как НПВП, ассоциировано с риском развития поражения внутренних органов, например гастроинтестинальных, сердечно-сосудистых, гастро- и нефротоксических осложнений [24].

В этой связи представляется перспективным применение комбинированной терапии, включающей одновременное назначение НПВП и витаминов группы В. Имеются результаты экспериментальных исследований, свидетельствующие о существовании собственной антиноцицептивной активности витаминов. Как показывают результаты проведенных ранее клинических исследований, применение комбинированной терапии, включающей назначение НПВП и витаминов группы В, сопровождается не только более ранним и длительным обезболивающим эффектом, но и снижением потребности в приеме НПВП, и уменьшением вероятности развития нежелательных побочных эффектов.

Именно поэтому несомненный интерес представляет изучение возможности проведения комбинированного лечения мелоксикамом (Артрозан®), обладающим выраженным противоболевым эффектом и хорошей переносимостью, и комплексом витаминов группы В (Комбилипен®). Как свидетельствуют полученные в результате исследования данные, комбинированное применение препаратов мелоксикама (Артрозан®) и комплекса витаминов группы В (Комбилипен®) у пациентов с ПБ характеризуется хорошей переносимостью, низкой частотой клинически значимых нежелательных побочных эффектов, сокращением сроков купирования БС. Положительный эффект комбинированной терапии не только наблюдается в период приема препаратов, но и продолжается в последующем.

#### Литература

1. Есин Р.Г., Есин О.Р., Ахмадеева Г.Д., Салихова Г.В. Боль в спине. Казань: Казанский полиграфкомбинат, 2010.
2. Manchikanti L, Singh V, Datta S et al. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician* 2009; 12 (4): 35–70.
3. Freburger J, Holmes G, Agans R et al. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2009; 169: 251–8.
4. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006; 15 (Suppl. 2): 169–91.
5. Schaffer D, Florin T, Eagle C et al. Risk of serious NSAID-related gastrointestinal events during long-term exposure: a systematic review. *MAJ* 2006; 185 (9): 501–6.
6. Карамеев А.Е., Насонова В.А. НПВП-ассоциированная гепатопатия. *Научно-практическая ревматология*. 2003; 4: 87–91.
7. McGettigan P, Henry D. Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs That Elevate Cardiovascular Risk: An Examination of Sales and Essential Medicines Lists in Low-, Middle-, and High-Income Countries. *PLoS Med* 2013; 10 (2): e1001388. Doi:10.1371/journal.pmed.1001388.

8. Т.Батышева, П.Камчатнов, А.Бойко; *Фарматека* 2010; (7): 63–68.
9. Nardone R, Höller Y, Storti M et al. Thiamine Deficiency Induced Neurochemical, Neuroanatomical, and Neuropsychological Alterations: A Reappraisal. *Sci World J* 2013; Article ID 309143. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/309143>
10. Tanaka H. Old or new medicine? Vitamin B<sub>12</sub> and peripheral nerve neuropathy. *Brain Nerve* 2013; 65(9): 1077–82.
11. Franca D, Souza A, Almeida K et al. B-vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice. *Eur J Pharmacol* 2001; 421: 157–64.
12. Hosseinzadeh H, Moallem S, Mosbiri M et al. Anti-nociceptive and anti-inflammatory effects of cyanocobalamin (vitamin B<sub>12</sub>) against acute and chronic pain and inflammation in mice. *Arzneimittelforschung* 2012; 62 (7): 324–9.
13. Magaña-Villa M, Rocha-González H, Fernández del Valle-Laisequilla C, Granados-Soto V. B-vitamin mixture improves the analgesic effect of diclofenac in patients with osteoarthritis: a double blind study. *Drug Res (Stuttg)* 2013; 63 (6): 289–92.
14. Cbiu C, Low T, Tey Y et al. The efficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomised controlled trial. *Singapore Med J* 2011; 52 (12): 868–73.
15. Mibielli M, Geller M, Cohen J et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin* 2009; 25 (11): 2589–99.
16. Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В (Мильгамма) в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикуллопатии. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2009; 10: 30–5.
17. Vetter G, Bruggemann G, Lettko M. Shortening diclofenac therapy by B vitamins. Results of a randomized double-blind study, diclofenac 50 mg versus diclofenac 50 mg plus B vitamins, in painful spinal diseases with degenerative changes. *Z Rheumatol* 1988; 47 (5): 351–62.
18. Airaksinen O, Brox J, Cedraschi C et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15 (Suppl. 2): S192–S300.
19. Гутянский О.Г. Применение препаратов амелотекс и комплигам В в поликлинической практике у больных с болевым синдромом в области спины. *РМЖ*. 2010; 18 (27): 34–40.
20. Ponce-Monter A, Ortiz M, Garza-Hernández A et al. Effect of Diclofenac with B-Vitamins on the Treatment of Acute Pain Originated by Lower-Limb Fracture and Surgery. *Pain Res Treat* 2012. ID 104782. Doi:10.1155/2012/104782.
21. Batysheva TT, Otcheskaya OV, Khozova AA et al. Efficacy of the Combination of Artbrozan and Combilipen in Patients with Acute Lower Spinal Pain. *Neurosci Behav Physiol* 2013; 43; 2: 240–3.
22. UK BEAM trial team. UK back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1377–80.
23. Freynhagen R, Baron R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. *Curr Pain Headache Rep* 2009; 13 (3): 185–90.
24. Aw T-J, Haas S, Liew D, Krum H. Meta-analysis of Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Their Effects on Blood Pressure. *Arch Intern Med* 2005; 165: 490–6.

## Пациент с болевым синдромом на приеме у терапевта поликлиники

А.Л.Верткин, А.В.Носова, Д.М.Заиченко  
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России

Ежедневно мы наблюдаем ситуацию, когда наши пациенты на пути к излечению сталкиваются с разными трудностями, тем самым попадая в замкнутый круг. И поневоле задасшься вопросом: а можно ли им помочь?

Да! Нужно всего лишь разомкнуть его, переведя имеющиеся проблемы в линейную последовательную, а не циклическую цепочку! Для начала следует выбрать и устранить хотя бы одно из патологических звеньев (рис. 1).

### Анализ болевых синдромов

Известно, что боль – широко распространенная проблема. Авторы в 2008 г. провели анализ болевых синдромов (БС) у 950 пациентов более чем в 20 городах Российской Федерации (регистр) и выслушали точки зрения 250 врачей по поводу болей костно-суставного происхождения. При этом оказалось, что, с одной стороны, боль не имеет границ, поскольку ее частота повсеместно высока и примерно одинакова, с другой – она начинается очень рано и характеризуется высоким баллом по визуальной аналоговой шкале – ВАШ (рис. 2, а). При этом наиболее частыми локализациями были боли в спине и суставах (рис. 2, б).

И вот прошло 5 лет. Мы вернулись к обсуждению вопросов боли, но уже в поликлинику, где в течение недели на приеме у участкового врача дополнительно выявляли по специальной анкете болевые ощущения. Анкета содержала следующие вопросы:

1. Есть ли у вас БС?
2. Какова его продолжительность?
3. Длительность рецидивов боли?
4. Продолжительность ремиссий без боли?
5. Интенсивность боли в последний рецидив по шкале от «0» до «10»?
6. Предполагаемая причина боли?
7. Какие лекарственные препараты принимаете от боли?
8. Что еще вы используете для купирования боли?
9. Ухудшает ли боль ваше общее самочувствие?

При этом выяснилось, что из 106 обращений 2/3 больных старше 35 лет в равном соотношении мужчин и женщин обращаются к участковому врачу с обострением хронических соматических заболеваний (рис. 3).

Поводом для обращения служили у большинства обострение хронических заболеваний, а также выписка рецептов, оформление документов на врачебно-трудодовой экспертной комиссии (ВТЭК) и др. Преимущественными жалобами были «сосудистые» и в единичных случаях – болевой костно-суставной синдром. В то же время при целенаправленном расспросе практически 90% имеют хронический БС, который не был отмечен врачом поликлиники. Его продолжительность составляла от 30 мин до постоянных ощущений в течение 3 дней, сопровождалась страхом, раздражением, беспомощностью, усталостью, тоской и пр. (рис. 4).

Только 23% больных считали, что лечение боли было эффективно, однако 2/3 пациентов не были осведом-