

Оптимизация приверженности терапии у пациентов с неспецифической болью в спине

М.Н.Дадашева^{✉1}, Н.Ю.Тараненко²

¹ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1;

²Мединцентр, филиал ГлавУпДК при МИД РФ. 117049, Россия, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 4

Боль в спине – распространенная жалоба среди лиц трудоспособного возраста. Для решения этой проблемы необходимо комплексное лечение. С целью купирования боли назначаются нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, витамины группы В. Препаратами выбора являются нестероидные противовоспалительные препараты. Их применение бывает ограничено из-за риска развития побочных симптомов, которые встречаются в среднем в 20–25% случаев, особенно у лиц с коморбидной патологией. Нередко из-за высокого риска осложнений больные самостоятельно прекращают прием нестероидных противовоспалительных препаратов, что снижает эффективность лечения, приводит к хронизации заболевания. Строгое соблюдение всех рекомендаций доктора, или комплаентность, – трудная задача. Сложность выполнения всех предписаний доктора обусловлено многими факторами. Целью собственного исследования было изучение комплаенса у пациентов с неспецифической болью в спине, определение факторов оптимизации приверженности терапии нестероидными противовоспалительными препаратами.

Ключевые слова: боль в спине, комплаентность, нестероидные противовоспалительные препараты, декскетопрофена трометамол (Дексалгин).
✉ donveles777@inbox.ru

Для цитирования: Дадашева М.Н., Тараненко Н.Ю. Оптимизация приверженности терапии у пациентов с неспецифической болью в спине. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 147–150.

Optimizing adherence to therapy in patients with non-specific back pain

M.N.Dadasheva^{✉1}, N.Yu.Taranenko²

¹N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1;

²Medincenter branch of GlavUpDK under MFA of Russian Federation, Moscow, 4-i Dobryninskii per., d. 4

Back pain is a common complaint among people of working age. To solve this problem, a comprehensive treatment is necessary. For the purpose of pain relief nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, vitamins of group B are usually appointed. The drugs of choice are non-steroidal anti-inflammatory drugs. Their application is limited due to the risk of adverse symptoms that occur in average 20–25% of cases, particularly in individuals with comorbid pathology. Often, because of the high risk of complications, patients stop taking their self-inflammatory drugs that reduces the effectiveness of treatment, leads to chronic disease. Strict compliance with all recommendations of the doctor, or patient compliance – a difficult task. The complexity of the implementation of all provisions of the doctor due to many factors. The aim of study was to investigate its own compliance in patients with non-specific back pain, determining factors to optimize adherence to therapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Key words: back pain, compliance, non-steroidal anti-inflammatory drugs, dexketoprofen trometamol (Dexalgin).

✉ donveles777@inbox.ru

For citation: Dadasheva M.N., Taranenko N.Yu. Optimizing adherence to therapy in patients with non-specific back pain. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 147–150.

Боль в спине является одной из важнейших медико-социальных проблем во всем мире. В настоящее время в результате компьютеризации, технократизации и гиподинамии наблюдается тенденция к омоложению боли в спине особенно среди лиц трудоспособного возраста. По статистике у 15–20% больных имеется высокий риск рецидива и хронизации болевого синдрома, что может приводить к временной или стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации. Для решения этой проблемы рекомендуется комплексная терапия. Важнейшая задача – купирование боли. Патогенетически обоснованным является назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), применение которых бывает затруднено из-за осложнений, отмечающихся в среднем в 20–25% случаев. Это приводит к тому, что больные самостоятельно уменьшают дозу и сроки приема НПВП, значительно снижая качество лечения. С целью повышения эффективности лечения боли в спине важное значение имеет оптимизация приверженности терапии, в том числе НПВП [1, 2].

Цель исследования – изучить комплаенс у пациентов с неспецифической болью в спине и определить факторы оптимизации приверженности терапии НПВП.

Согласно существующей классификации выделяют специфическую, неспецифическую и корешковую боль в спине. При первичном обращении пациента необходимо исключить специфические заболевания позвоночника, которые встречаются относительно редко, по статистике в 2% случаев, но могут представлять угрозу для жизни и требовать экстренного вмешательства. Специфические заболевания вызваны опухолевым, травматическим, инфекционным поражением позвоночника, метаболическими или

другими заболеваниями. На следующем этапе проводят дифференциальную диагностику между корешковой и скелетно-мышечной неспецифической болью. Корешковая боль наблюдается, по данным разных авторов, в 4–15% случаев, развивается в результате раздражения, растяжения или компрессии спинального корешка или спинномозгового нерва. При корешковом синдроме отмечаются различной интенсивности боль, иррадиирующая от позвоночника к конечности, расстройство чувствительности, нарушение движения, мышечная слабость, изменение тонуса и трофики мышц, снижение или полное отсутствие сухожильных рефлексов [1–3].

Скелетно-мышечная неспецифическая боль, самая распространенная боль в общей врачебной практике, встречается в среднем у 85% пациентов с болью в спине. Термин «неспецифическая» означает, что сложно, в отдельных случаях невозможно, выявить одну основную причину боли в связи с отсутствием корреляции между данными неврологического осмотра и результатами дополнительных методов обследования. Неспецифическая боль может развиваться после провоцирующего фактора самостоятельно, но чаще на фоне дистрофического или дегенеративного процесса в различных структурах позвоночника – в межпозвоночном диске, связках, фасеточных дугоотростчатых суставах. Ведущими клиническими синдромами являются мышечно-тонический и миофасциальный [1–3].

Мышечно-тонический синдром развивается остро. Провоцирующими факторами могут быть гиподинамия, стресс, травма, большие физические нагрузки, повышенная масса тела, переохлаждение, длительное нахождение в неудобной или фиксированной позе – работа за столом,

Таблица 1. Результаты опроса по приверженности комплексной терапии у пациентов с неспецифической болью в спине							
Высокий комплаенс (n=3; 10%)		Низкий комплаенс (n=27; 90%), нарушали рекомендации					
		часто		во время ремиссии		всегда	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0	3	2	7	1	11	6	0

Таблица 2. Результаты опроса по приверженности терапии НПВП у пациентов с неспецифической болью в спине							
Высокий комплаенс (n=9; 30%)		Низкий комплаенс (n=21; 70%), нарушали рекомендации					
		редко (n=10)		часто (n=3)		всегда (n=7)	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
1	8	3	7	1	2	4	4

компьютером, вождение автомобиля. Провоцирующие факторы вызывают раздражения нервных окончаний, формируется ноцицептивная импульсация от мышц, фасций или измененных дисков, связок и суставов позвоночника. Появляющиеся нарушения рефлекторной нейротрофической регуляции приводят к развитию болевого мышечно-тонического синдрома. При осмотре отмечаются боль и повышение тонуса в одной или нескольких мышцах. Мышечный тонус может быть различным по интенсивности и продолжительности. Боль уменьшается в покое и усиливается при движении. Мышечное напряжение на начальном этапе имеет защитный характер, иммобилизация пораженного сегмента приводит к уменьшению боли. При мышечно-тоническом синдроме могут отмечаться также чувствительные расстройства в виде гипестезии или парестезии.

При затянувшемся заболевании напряженная мышца усиливает стимуляцию ноцицепторов. Болевая импульсация по ветвям нерва Люшка идет в спинной мозг, вызывает возбуждение α -мотонейронов передних рогов, что в конечном итоге приводит к формированию порочного круга: боль – мышечный спазм – боль. Создаются предпосылки для формирования хронического миофасциального болевого синдрома. Провоцирующие факторы те же, что и при мышечно-тоническом синдроме. Дистрофический и дегенеративный процесс в различных структурах позвоночника усугубляет данный синдром. Различные обменные нарушения уменьшают гидрофильность и эластичность мышц, сухожилий, ухудшают регенерацию хряща фасеточных дугоотростчатых суставов – в поврежденном хряще развивается воспаление, изменяется его толщина: сначала он утолщается, а в конечном итоге истончается. В межпозвоночном диске, который состоит из окруженного фиброзным кольцом хряща и пульпозного ядра, также нарушается баланс между регенерацией и разрушением. Он теряет воду, постепенно трескается и утрачивает амортизирующую функцию. Позвоночник становится менее подвижным, меняется его строение – сглаживаются физиологические шейный и поясничный лордоз, грудной и крестцовый кифоз. Нарушается двигательная активность мышц, изменяется их амплитуда сокращения. При миофасциальном синдроме больные предъявляют жалобы на чувство неловкости, дискомфорта в позвоночнике, расстройство статики, ограничение подвижности, локальную или диффузную боль, которая может иррадиировать, но не по корешковому типу. Вследствие ишемии, гипоксии и дистрофических изменений в мышцах формируются триггерные точки, или точки сенситизации, которые представляют собой гипервозбудимую область, болезненную при надавливании. Во время обследования в одной или нескольких пораженных мышцах определяются участки напряжения, при пальпации которых боль усиливается.

На первом этапе лечения неспецифической боли нет необходимости в дополнительном обследовании. Это объ-

ясняется отсутствием прямой зависимости между врожденными аномалиями развития или дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике и клинической картиной. Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза и результатов вертеброневрологического осмотра. Однако если боль длительно не купируется, то для уточнения диагноза рекомендуется функциональная рентгенография или нейровизуализационное исследование позвоночника – магнитно-резонансная томография. При неспецифической боли на снимках выявляются изменения конфигурации позвоночника, сужения межпозвоноковых щелей, краевые остеофиты, смещение позвонков (спондилолистез) [2–4].

При неспецифической боли в спине проводится комплексное лечение, включающее медикаментозную, немедикаментозную терапию и рекомендации по профилактике. Из медикаментозных препаратов назначаются НПВП, миорелаксанты, витамины группы В, структурно-модифицирующие медленнодействующие препараты. Из немедикаментозной терапии при боли в спине показаны физиотерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, массаж. Важным является изменение образа жизни. Необходимо формировать правильную осанку, контролировать массу тела, регулярно заниматься физической культурой. Несоблюдение больными всех назначений и рекомендаций лечащего доктора, т.е. низкая комплаентность, приводит к серьезным медицинским последствиям, способствует дальнейшему прогрессированию заболевания, повышает риск хронизации [2–5].

Для купирования боли в спине к препаратам первой линии относят НПВП. Однако даже непродолжительный прием некоторых НПВП может приводить к развитию побочных симптомов, что осложняет их применение.

Результаты опроса

С целью изучения комплаенса и определения факторов оптимизации приверженности терапии, в том числе НПВП, нами был проведен опрос 30 человек в возрасте 32–68 лет, мужчин – 9 (30%), женщин – 21 (70%) с неспецифической болью в спине, самой распространенной болью в общеврачебной практике. Пациентам было предложено заполнить опросник, состоящий из двух частей. Первая часть включала факторы комплаенса, вторая – факторы приверженности терапии НПВП. На основании полученных результатов были сделаны выводы по оптимизации комплаенса.

Согласно полученным результатам первой части опросника, только у 3 человек отмечался высокий комплаенс, они всегда строго выполняли все предписания доктора. У 27 человек был выявлен низкий комплаенс: 9 – принимали только медикаментозные препараты, остальные назначения (немедикаментозные, рекомендации по профилактике) считали неэффективными, 12 – соблюдали предписание доктора только в период обострения заболевания, после купирования боли лечение

прекращали, рекомендации по профилактике никогда не выполняли, 6 – самостоятельно корректировали все назначения (табл. 1).

Вторая часть опросника включала приверженность терапии НПВП. В настоящее время выделяют неселективные и селективные НПВП. Оба класса могут вызывать различные побочные эффекты. Патогенетически обоснованным является назначение на первом этапе неселективных НПВП. Это объясняется их высокой и быстрой анальгетической и противовоспалительной эффективностью, ценовой доступностью разным слоям населения.

По результатам второй части опросника было выявлено, что 9 человек всегда строго соблюдали дозу, режим и сроки приема НПВП, у 21 – отмечалась низкая приверженность терапии НПВП (табл. 2).

Причины нарушения режима приема НПВП:

1. Риск развития или обострения гастропатий при заболевании органов желудочно-кишечного тракта в анамнезе, в первую очередь язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Прием антиагрегантов или глюкокортикоидов, которые совместно с НПВП значительно усиливали побочные симптомы.
3. Пожилой возраст – назначение НПВП увеличивало количество принимаемых лекарственных препаратов, что усложняло имеющийся курс лечения.
4. Коморбидная патология, в том числе артериальная гипертензия. НПВП снижали эффективность гипотензивных препаратов, способствовали подъему артериального давления.
5. Высокая стоимость назначенных НПВП.
6. Указания в инструкции на риск развития побочных симптомов при приеме НПВП вызывали опасения у пациентов.
7. Отсутствие быстрого обезболивания – низкая эффективность рекомендованного НПВП приводила к самостоятельной отмене препарата.
8. Назначение НПВП только в виде инъекций вызывало сложность организации лечения.
9. Длительность курса лечения.
10. Отсутствие социальной или семейной поддержки у одиноких, пожилых людей или инвалидов формировало негативную установку на выздоровление. Работающий или семейный человек лучше соблюдал медицинские рекомендации, чтобы не потерять социальный статус, работу, не быть обузой своей семье.
11. Недостаточное понимание необходимости купирования боли, недооценка риска развития осложнений или перехода заболевания в хроническую стадию наблюдалось у лиц с низким уровнем образования, у молодых или лиц мужского пола, которые предпочитали «перетерпеть» боль в надежде, что «пройдет без лечения».
12. Отсутствие контакта или взаимопонимания доктора и пациента.
13. Когнитивные расстройства у пожилых, забывчивость у молодых при занятости на работе, психоэмоциональной перегрузке.
14. Астенические, тревожные, аффективные расстройства у лиц с невротическим или ипохондрическим типом личности. Такие больные сомневались в диагнозе, правильности рекомендованного лечения. Они посещали нескольких специалистов, внимательно читали инструкции, форумы в Интернете, советовались с родственниками, знакомыми.

Несоблюдение назначений приводило к серьезным медицинским последствиям. Нарушение пациентом режима приема НПВП существенно снижало эффективность обезболивания, способствовало дальнейшему прогрессированию и хронизации болезни.

Из неселективных НПВП наиболее эффективным, с высоким профилем безопасности, доступным по цене является препарат декскетопрофена трометамол (Дексалгин). Механизм действия его предшественника, кетопрофена, производного арилпропионовой кислоты, заключается в подавлении ферментов циклооксигеназы-1 и циклооксигеназы-2, ингибировании липоксигеназного пути каскада арахидоновой кислоты и снижении образования медиаторов воспаления простагландина E₂ и лейкотриенов. Кетопрофен, как и все профены, представляет собой рацемическую смесь двух оптических энантиомеров в равных соотношениях (R-, S-). Результаты исследований показали, что S-стереоизомер блокирует циклооксигеназу-2 и оказывает противовоспалительный и обезболивающий эффект. R-стереоизомер вызывает развитие нежелательных эффектов, снижает биодоступность препарата. Выделение S-стереоизомера, биологически активной части кетопрофена, позволило создать новый препарат – декскетопрофена трометамол (Дексалгин). Результаты многочисленных клинических исследований показали преимущество Дексалгина – быстрое наступление эффекта при болевом синдроме любого генеза, относительно благоприятный профиль переносимости, возможность подбора оптимальной дозы и адекватного пути введения препарата.

Действующая доза Дексалгина в 2 раза меньше, чем у кетопрофена, но существенно выше биодоступность – максимальная концентрация отмечается в среднем через 30 мин после перорального приема. После приема 25 мг Дексалгина максимальная концентрация препарата в плазме составляет 3,1 мг/л, что обеспечивает высокое анальгетическое действие и быстрое выведение препарата из организма. Это снижает риск его аккумуляции даже у больных пожилого возраста с нарушением функции печени и почек. Препарат не оказывает влияния на синтез протеогликана хондроцитами, может рассматриваться как «хондронейтральный» препарат. Дексалгин® выпускается в ампулах по 2 мл и таблетках по 25 мг. Допускается внутривенное и внутримышечное введение препарата по 1 ампуле 50 мг каждые 8–12 ч, при выраженной боли – каждые 6 ч. Суточная доза составляет 150 мг. Таблетки назначаются 3 раза в день. Стандартная схема курса Дексалгина: первые 2 дня инъекции 2–3 раза в день в зависимости от интенсивности боли, с последующим переходом на пероральный прием по 1 таблетке 25 мг до 3 раз в день. В связи с высокой анальгезирующей эффективностью препарата продолжительность курса лечения не более 5 дней [5, 6].

В работе J. Beltrain и соавт. была дана оценка результатов многоцентрового сравнительного исследования эффективности 25 мг декскетопрофена и 50 мг кетопрофена у 183 пациентов с остеоартритом – 25 мг декскетопрофена купировали боль на 25% эффективнее, чем 50 мг кетопрофена [7].

S. Eken и соавт. в рандомизированном двойном слепом исследовании показали, что эффективность внутривенного введения дексалгина при острой боли сопоставима с парацетамолом и морфином. При соблюдении режима приема препарат хорошо переносится и не вызывает серьезных побочных эффектов, в том числе седацию [8].

Таким образом, выбор НПВП, оптимального для пациента, осуществляется с учетом целого комплекса факторов – безопасности, эффективности, селективности, совместности с другими препаратами, наличия коморбидной патологии, индивидуальной чувствительности.

На основании проведенного исследования были сделаны выводы, что приверженность терапии зависит от самого больного, характера боли и организации медицинской помощи:

1. Больной и его желание лечиться. Больной должен знать и понимать причину, развитие, клинические особенности и последствия заболевания, необходимость профилактики в период ремиссии. Назначение эффективных и

безопасных препаратов укрепляет доверие больного к лечению. Поскольку в период ремиссии человек не испытывает боль, он перестает придерживаться рекомендаций врача. Только новое обострение заставляет пациента вновь обратиться за медицинской помощью.

2. Организация медицинской помощи. Высокий профессионализм, взаимопонимание, тесный контакт врача или медицинского персонала и самого больного повышает приверженность лечению.

На основании проведенного опроса можно сделать вывод, что низкий комплаенс способствует дальнейшему прогрессированию заболевания, повышает риск хронизации. Для оптимизации комплаенса у пациентов с неспецифической болью в спине необходимо улучшать комплексную индивидуальную программу. Для купирования боли – назначать эффективные НПВП с хорошей переносимостью, минимальным количеством побочных симптомов, удобным режимом приема, ценовой доступностью для различных слоев населения, возможностью сочетать инъекционные и пероральные формы. Доверительные отношения доктора и пациента повышают эффективность лечения.

При боли в спине большое значение имеет комплексное лечение, которое включает купирование боли, снятие воспалительного процесса, усиление обменных процессов, предупреждение хронизации заболевания, проведение полноценного курса реабилитационных мероприятий, а также профилактику рецидива обострений.

Литература/References

1. Боль: практическое руководство для врачей. Под ред. Н.Н.Яхно, М.Л.Кукушкина, М.: Издательство РАМН, 2012. / Bol': prakticheskoe rukovodstvo dlia vrachei. Pod red. N.N.Iakhno, M.L.Kukushkina, M.: Izdatel'stvo RAMN, 2012. [in Russian]
2. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. М.: Медицина, 2002. / Nikiforov A.S., Kononov A.N., Gusev E.I. Klinicheskaja nevrologija. M.: Meditsina, 2002. [in Russian]
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European J of Pain* 2006; 10: 287–333.
4. 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.
5. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации. Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике. *Соврем. ревматология*. 2015; 1: 4–24. / Karateev A.E., Nasonov E.L., Iakhno N.N. i dr. Klinicheskie rekomendatsii. Ratsional'noe primeneniye nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov (NPVP) v klinicheskoi praktike. *Sovrem. revmatologija*. 2015; 1: 4–24. [in Russian]
6. Barbanoj M, Antonijoa R, Gich I. Clinical pharmacokinetics of dexketoprofen. *Clin. Pharmacokinet* 2001; 40 (4): 245–62.
7. Beltrán J, Martín-Mola E, Figueroa M et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and ketoprofen in the treatment of osteoarthritis of the knee. *J Clin Pharmacol* 1998; 38 (12): 745–805.
8. Eken C, Serinken M, Elicabuk H et al. Intravenous paracetamol versus dexketoprofen versus morphine in acute mechanical low back pain in the emergency department: a randomized doubleblind controlled trial. *Emerg Med J* 2014; 3: 177–81.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дадашева Марина Николаевна – д-р мед. наук, проф. каф. неврологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: donveles777@inbox.ru

Тараненко Наталья Юрьевна – невролог, Медицинский центр, филиал ГлавУпДК при МИД РФ.