

Н.А. Шостак, д.м.н., профессор, Н.Г. Правдюк, к.м.н., Е.Е. Аринина, к.м.н., А.А. Клименко, Д.А. Шеметов, РГМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

# Дорсалгии у лиц молодого возраста: особенности течения и подходы к терапии

Распространенность дорсопатий, осложненных болевым синдромом (дорсалгией), по данным экспертов ВОЗ, достигла размеров эпидемии, что связано с возрастающими нагрузками на человека. Многочисленные скрининговые обследования людей трудоспособного возраста показали, что 12-33% испытывали боль в спине (БС) на момент исследования, 22-65% — в течение последнего года и 11-84% — хотя бы один раз в жизни. БС занимает в США первое место в структуре ревматических заболеваний у взрослых. В популяционном исследовании, проведенном среди испанцев старше 20 лет, БС вошла в число 5 самых распространенных ревматических заболеваний наряду с ревматоидным артритом, гонартрозом, остеоартрозом суставов кистей и фибромиалгией.

В ряде работ показано, что первые симптомы клинически выраженной БС появляются еще в детском и подростковом возрасте. По результатам анкетирования, проведенного среди людей среднего возраста, наблюдавшиеся в подростковом периоде БС у 86% опрошенных рецидивировали в последующие 25-35 лет, а у 25% развился тяжелый болевой синдром со значимым снижением работоспособности и качества жизни. В связи с этим закономерен интерес специалистов к проблеме БС у пациентов молодого возраста. В зарубежных исследованиях частота выявления БС среди детей и подростков составляет от 30 до 51%, в отечественных — от 19 до 29,6%.

По классификации Международной ассоциации по изучению боли (IASP) болевой синдром различной этиологии может иметь острое (до 12 нед) или хроническое (более 12 нед) течение. В данной классификации, носящей общий характер, не могли быть учтены особенности течения дорсалгии как в целом, так и в возрастном аспекте. Столкнувшись с этой проблемой, мы отметили неопределенность в трактовке хронической БС: одни авторы считают хроническим болевой синдром продолжительностью более 12 нед, другие — при рецидивирующем течении (более 25 эпизодов в течение 12 мес). Предлагается выделять следующие варианты течения хронических БС: случающиеся время от времени — боль присутствует менее 30 дней в последние 6 мес; часто повторяющиеся — боль присутствует более 50% дней в последние 6 мес. Однако эту классификацию затруднительно использовать в условиях общей врачебной практики.

Согласно результатам собственного исследования, особенностями хронического интермиттирующего течения БС являются высокая частота рецидивирования БС за 12 мес; кратковременность эпизода БС; связь с однотипными провоцирующими факторами (сидение, стояние, позная нагрузка) и высокая частота гипермобильного синдрома.

Выделение хронического интермиттирующего течения БС представляет не только теоретический, но и практический интерес. Выявленная ассоциация обострений

## Наша справка

В Украине представлены следующие препараты диклофенака, производимые компанией «Сандоз»: Диклак® (выпускается в виде кишечнорастворимых таблеток 50 мг № 20 и раствора для инъекций в ампулах по 3 мл), Диклак® ID (таблетки с пролонгированным действием 75 и 150 мг № 20 и № 100), Диклак® Гель (5% гель) и Диклак® Липогель (содержащий 10 мг/г диклофенака). Наличие в арсенале врачей форм для наружного использования позволяет снизить дозу диклофенака, применяемого перорально, а в отдельных случаях и заменить его, что уменьшает риск развития побочных эффектов на фоне проводимой терапии. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой эффективности и хорошей переносимости диклофенака в виде геля для наружного использования при лечении болевых синдромов.

с однотипными провоцирующими факторами делает важной задачей устранение этих факторов, что может оптимизировать лечение больных и улучшить прогноз заболевания. В связи с этим в терапии пациентов молодого возраста с БС необходимо сочетать применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и других лекарственных средств с немедикаментозными методами профилактики обострений.

Приводим алгоритм ведения пациентов молодого возраста с БС.

### 1. Профилактика обострений:

- ограничение времени непрерывной работы с компьютером (не более 2 ч подряд);
- ограничение времени позной нагрузки (сидя за рулем, стоя, сидя на рабочем месте), использование разминочных упражнений;
- улучшение эргономики рабочего места (индивидуальный подбор мебели с учетом антропометрических показателей, применение биомеханических приемов для нормального функционирования рук и спины);
- выявление гипермобильного синдрома, сколиоза и других деформаций позвоночника в школьном возрасте, устранение неблагоприятных факторов, способствующих их прогрессированию.

### 2. Лечение обострений БС

2.1. Острый вариант течения (самый частый у молодых людей — до 60%):

- покой 1-3 дня;
- НПВП (желательно начать прием в первые 24 ч);
- миорелаксанты (не более 10 дней).

2.2. Хроническое интермиттирующее течение (30-40% больных):

- устранение провоцирующих факторов;
- НПВП;
- миорелаксанты;
- консультация ортопеда.

2.3. Хроническое течение (6-10% больных):

- исключить воспалительный тип дорсопатии, в том числе серонегативные спондилоартриты;
- устранение провоцирующих факторов;
- НПВП, парацетамол;
- миорелаксанты;
- консультация ортопеда, психолога.

Медикаментозная терапия при дорсалгии различной этиологии включает использование НПВП, начиная с первых суток заболевания, что обусловлено их механизмом действия. Противовоспалительное и обезболивающее действие НПВП связано с ингибированием циклооксигеназы и торможением синтеза эйкозаноидов — основных медиаторов болевых и воспалительных синдромов. Важную роль в противовоспалительном действии НПВП играет их влияние на метаболизм и биологические эффекты кининов. Уменьшение образования брадикинина тормозит активацию фосфоорилазы, синтез арахидоновой кислоты и, как следствие, уменьшает эффекты продуктов ее метаболизма. Не менее важна способность НПВП блокировать взаимодействие брадикинина с тканевыми рецепторами, что приводит к восстановлению нарушенной микроциркуляции, уменьшает экссудацию плазмы, провоспалительных факторов и форменных элементов крови, опосредованно влияя на развитие других фаз воспалительного процесса. Поскольку калликреин-кининовая система играет наиболее важную роль в развитии острых воспалительных реакций, наибольшая эффективность НПВП отмечается на ранних стадиях болевого синдрома. С учетом развития нейрогенного асептического воспаления при дегенеративных процессах в структурах позвоночника НПВП следует включать в программу лечения уже в первые 24-48 ч от начала заболевания (уровень доказательств А).

Золотым стандартом среди НПВП при оценке анальгетического и противовоспалительного эффектов является диклофенак. Он выгодно отличается от других НПВП тем, что выпускается в различных лекарственных формах: таблетированной, инъекционной и в суппозиториях. Применение 5% геля — препарата диклофенака с 5% максимальной концентрацией действующего вещества — позволяет снизить дозу препарата, принимаемую внутрь, а в отдельных случаях и вовсе заменить таблетки; разрешен к применению у детей с 12 лет.

Системный прием диклофенака можно ограничить, используя формы для локального применения — гель или мазь. Этот способ лечения с успехом применяется и для купирования болей в суставах.

Рекомендуемые суточные дозы диклофенака составляют 75-150 мг в 2-3 приема. Лечение следует начинать с минимальной эффективной дозы. Синхронизация назначения диклофенака с появлением симптомов позволяет повысить эффективность терапии и снизить риск побочных действий. Следует помнить, что динамика анальгетической и противовоспалительной активности препарата с повышением дозы происходит неодинаково: как правило, обезболивающий эффект достигается при меньшей концентрации препарата. При длительной терапии обычно назначают пролонгированные формы диклофенака по 100 мг 1 раз в день. В тех случаях, когда боли сильнее выражены ночью или утром, рекомендуется отдавать предпочтение приему диклофенака в вечерние часы.

Статья печатается в сокращении.  
Список литературы находится в редакции.  
Атмосфера, Лечебное дело, 2009, № 1.



**Диклак® Гель 5%**  
МАКСИМАЛЬНА ПРОТИДІЯ ГОСТРОМУ БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЮ

- ✓ максимальний вміст диклофенаку натрію 5%
- ✓ виражений знеболювальний ефект
- ✓ може застосовуватися 2 рази на добу

**SANDOZ**

Виробник „Саломе Фарма ГмбХ“, Німеччина – підприємство компанії „Sandoz“. Представництво Сандоз в Україні: вул. Польова, 24-Д, Київ, 03056, тел.: 0144) 495-28-66, 495-29-41. Реклама. Лікарський засіб. Перед застосуванням препарату проконсультуйтеся з лікарем та обов'язково ознайомтеся з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці. Реєстраційне посвідчення: Диклак гель №UA/8908/01/01 видане МОЗ України від 17.03.2010 №235. Диклак Липогель, РП №UA/0981/02/01 видане МОЗ України від 06.06.2007 №301.