

VIII межрегиональная конференция "Боль -междисциплинарная проблема», г. Н.Новгород, 27.03.2021



Острая боль у пациента невролога на амбулаторном приёме

Презентация подготовлена при поддержке фармацевтической компании STADA

Проф. Ахмадеева Лейла Ринатовна
www.ufaneuro.org

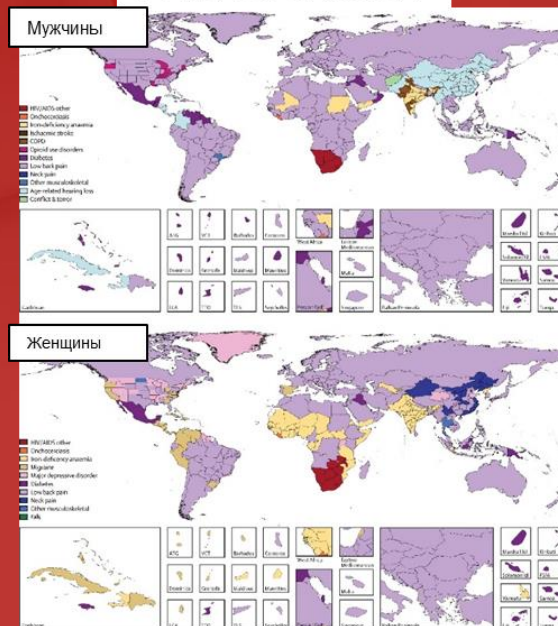
Основные диагнозы у пациентов с болевыми синдромами в амбулаторной практике

Результаты анкетирования 5
926 врачей в 61 городе
Российской Федерации

специалисты	ОА	Боль в спине	Радиклопатия	РА	АС	ГБН	Другие
ВСЕ	20,5	48,0	8,9	3,8	0,9	7,4	10,4
Неврологи	10,9	59,8	13,1	1,4	0,7	9,0	5,1
Ревматологи	34,9	27,7	4,1	19,0	5,4	2,6	6,3
Терапевты	20,9	49,3	8,7	3,7	0,8	8,1	8,4
Хирурги / травматологи	36,9	22,9	2,8	3,0	0,3	0,9	33,2

Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкин, М.В. Чурюканов, А.В. Сыровегин, Результаты открытого мультицентрового исследования «МЕРИДИАН» по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей. Российский журнал боли. 3-4(36-37)2012, с.10-14

THE LANCET



The Lancet 2017 390, 1211-1259 DOI:
(10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

Дорсалгия – причина №1 по нетрудоспособности в мире



Пациент с острыми болями в пояснице

- Важно различать:
 - Острые VS хронические
 - Ноцицептивные VS невропатические VS дисфункциональные **ИЛИ КОМБИНАЦИЯ ИХ!**
- Важно знать:
 - **Основные принципы** лечения

Лектор получала гонорары за выступления с академическими лекциями и за участия в клинических исследованиях от компаний Акрихин, Аллерган, Астра Зенека, Ацино Каз, Байер, Верваг, Верофарм, Гедеон Рихтер, Др.Реддис, Ипсен, КРКА, Къези, Лундбек, Меда, Мерц, Микроген, Новартис, Пик-Фарма, Пфайзер, Сандоз, СиЭсСиФарма, Солофарм, Тева, Фрезениус-Каби, Штада, Юнифарм и др.

НОЦИЦЕПТИВНАЯ

European Spine Journal (2018) 27:2791–2803

<https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>

REVIEW



Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview

Crystian B. Oliveira¹  · Chris G. Maher^{2,3}  · Rafael Z. Pinto⁴  · Adrian C. Traeger^{2,3}  · Chung-Wei Christine Lin^{2,3}  · Jean-François Chenot⁵  · Maurits van Tulder⁶ · Bart W. Koes^{7,8} 

Received: 15 March 2018 / Accepted: 17 June 2018 / Published online: 3 July 2018

- 1611 клинических рекомендаций в публикациях за 11 лет
- На английском, немецком, французском, португальском, испанском, китайском или голландском языках
- По критериям включения прочитана 61 полнотекстовая статья



В итоге отобрано

15 актуальных клинических рекомендаций из стран Африки, Австралии, Бразилии, Бельгии, Канады, Дании, Финляндии, Германии, Малайзии, Мексики, Нидерландов, Филиппин, Испании, США и Великобритании



ВАЖНО!



РАЗЛИЧАЮТСЯ ДОКАЗАННЫЕ И
РЕКОМЕНДОВАННЫЕ МЕТОДЫ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ
БОЛЯМИ В ПОЯСНИЦЕ



Основные результаты:

- Для помощи при острых нБНЧС **рекомендуется**
 - Уверить пациента в благоприятном прогнозе его состояния
 - Посоветовать вернуться к обычной активности и жизни
 - Отказ от постельного режима
 - НПВП и слабые опиоиды на короткий промежуток времени для снятия острой боли (предпочтительны неинъекционные формы)

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

Клинические рекомендации

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Каратеев Андрей Евгеньевич – заведующий лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»¹, докт. мед. наук

Арутюнов Григорий Павлович – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России⁴, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, член-корреспондент РАН, докт. мед. наук, профессор

Основные положения,
характеризующие эффективность
нестероидных
противовоспалительных препаратов

1. Все НПВП в адекватных противовоспалительных дозах (средних и максимальных терапевтических) при длительном применении имеют равный обезболивающий потенциал (*уровень доказательности 1a*).

Основные положения, характеризующие
эффективность нестероидных
противовоспалительных препаратов

3. Использование инъекционных форм НПВП (в/в и в/м введение), а также быстрорастворимых препаратов для приема внутрь может иметь преимущество в скорости наступления обезболивающего эффекта в сравнении с пероральным приемом стандартных препаратов (*уровень доказательности 1b*).

В то же время нет однозначных данных о том, что применение НПВП в виде инъекций или быстрорастворимых форм для приема внутрь имеет преимущество перед пероральными формами по выраженности обезболивающего и противовоспалительного действия при проведении лечения более 1 дня (*уровень доказательности 1b*).

Основные положения, касающиеся неблагоприятных явлений, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов

1. Все НПВП могут вызывать НЯ со стороны **ЖКТ**: диспепсию (боль и дискомфорт в эпигастральной области), язвы, кровотечения и перфорацию верхних и нижних отделов ЖКТ, ЖДА, в том числе вследствие поражения тонкой кишки (НПВП-энтеропатия), обострение и осложнения ВЗК.
2. Все НПВП могут вызывать НЯ со стороны **ССС**: дестабилизацию АГ и сердечной недостаточности, развитие мерцательной аритмии, повышают риск сердечно-сосудистых катастроф (ИМ, ИИ) и сердечно-сосудистой смерти.

Таблица 5 Алгоритм назначения НПВП

Риск осложнений		ССС	
Низкий		Умеренный и высокий	Очень высокий*
ЖКТ	Низкий	Любые НПВП	НПВП с наименьшим сердечно-сосудистым риском: напроксен, целекоксиб, низкие дозы ибупрофена (≤ 1200 мг/сут)
	Умеренный	Неселективные НПВП + ИПН, селективные НПВП	Целекоксиб* или Напроксен* + ИПН
	Высокий	Целекоксиб или эторикоксиб + ИПН***	Целекоксиб* + ИПН***

По возможности избегать назначения любых НПВП**

Международные рекомендации по лечению острой дорсалгии

ACP

Annals of Internal Medicine®

LATEST ISSUES CHANNELS CME/MOC IN THE CLINIC JOURNAL CLUB WEB EXCLUSIVES AUTHOR INFO

PREV ARTICLE | THIS ISSUE | NEXT ARTICLE

REVIEWS | 4 APRIL 2017

Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline

FREE

Roger Chou, MD; Richard Deyo, MD, MPH; Janna Friedly, MD; Andrea Skelly, PhD, MPH; Melissa Weimer, DO, MCR; Rochelle Fu, PhD; Tracy Dana, MLS; Paul Kraegel, MSW; Jessica Griffin, MS; Sara Grusing, BA

Метод	Рекомендации	Уровень доказательности
Сохранение активности	рекомендованы	высокий
НПВП	рекомендованы	высокий
Миорелаксанты	рекомендованы	высокий
Мануальная терапия (мягкие техн.)	рекомендована	умеренный
Акупунктура, массаж, стретчинг	рекомендованы	низкий
Постельный режим	не рекомендован	высокий
Тракции	не рекомендованы	высокий
Антиконвульсанты	не рекомендованы	высокий
Антидепрессанты	не рекомендованы	низкий
Кортикостероиды системно!!!	не рекомендованы	низкий



Российские рекомендации по лечению острой боли в спине

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Парфенов В.А.¹, Яхно Н.Н.¹, Кукушкин М.Л.², Чурыканов М.В.^{3,4}, Давыдов О.С.⁴, Головачева В.А.¹,
Исайкин А.И.¹, Ачкасов Е.Е.¹, Евзиков Г.Ю.¹, Каратеев А.Е.⁵, Хабиров Ф.А.⁶, Широков В.А.⁷
¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАН, Москва, Россия; ³ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»,
Москва, Россия; ⁴ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента
здравоохранения города Москвы», Москва, Россия; ⁵ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ⁶Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Казань, Россия; ⁷ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Россия
¹119021, Москва, ул. Россолимо, 11; ²125315, Москва, ул. Батумская, 8; ³119991, Москва, Абрикосовский пер., 2;
⁴115419, Москва, ул. Донская, 43; ⁵115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ⁶420012, Казань, ул. Бутлерова, 36;
⁷620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3

Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ)

Рекомендации	
Информация для пациента	Доброкачественный характер заболевания, высокая вероятность быстрого выздоровления
Рекомендации пациенту	Избегание постельного режима, сохранение активного образа жизни, социальной и бытовой активности, при возможности продолжение работы
Лекарственная терапия для уменьшения боли	Назначение НПВП и миорелаксантов
Нелекарственная терапия	Мануальная терапия, если неэффективна лекарственная терапия в течение 2 нед

ЛОРНОКСИКАМ (КСЕФОКАМ): **тройной** механизм действия

ЛОРНОКСИКАМ

ПОКАЗАНИЯ:

- кратковременное лечение легкого или умеренного **острого** болевого синдрома;
- симптоматическая терапия боли и воспаления на фоне остеоартрита;
- симптоматическая терапия боли и воспаления на фоне ревматоидного артрита.



1. Rose P., Steinhauser C. Comparison of Lornoxicam and Rofecoxib in Patients with Activated Osteoarthritis (COLOR Study) Clin Drug Invest. 2004; 24 (4): 227-36.

2. Berg J, Christoph T, Widerna M, et al. Isoenzyme-specific cyclooxygenase inhibitors: a whole cell assay system using the human erythroleukemic cell line HEL and the human monocytic cell line Mono Mac 6. J Pharmacol Toxicol Methods. 1997; 37: 179-86

3. Yin J., Huang Zh., Wu Bo. et al. Lornoxicam protects mouse cornea from UVB-induced damage via inhibition of NF- κ B activation. Br J Ophthalmol 2008; 92: 562-568

4. Tsakiridis K, Zarogoulidis P, Vretzakis G et al. Effect of lornoxicam in lung inflammatory response syndrome after operations for cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. Journal of Thoracic Disease 2014, 6, Suppl.

5. Gorsky VA, Agapov MA, Khoreva MV, Leonenko IV. Effect of lornoxicam on TLR2 and TLR4 messenger RNA expression and tumor necrosis factor- α , interleukin-6, and interleukin-8 secretion in patients with systemic complications of acute pancreatitis. Pancreas 2015, 44, 5, 824-8300

7. Kullich W., Klein G. // Actuel Rumatol. - 1992. - Vol. 17. - P. 128-132.

8. Maddalena M. L., Loureiro S. S., Qulici P. H., Barbosa L. C. // Book of Abstracts II Congress "Pain in Europe". - Barselona, 1997. - P. 147-148.

**ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА
КСЕФОКАМ РАПИД**

Регистрационный номер: ЛС-000323

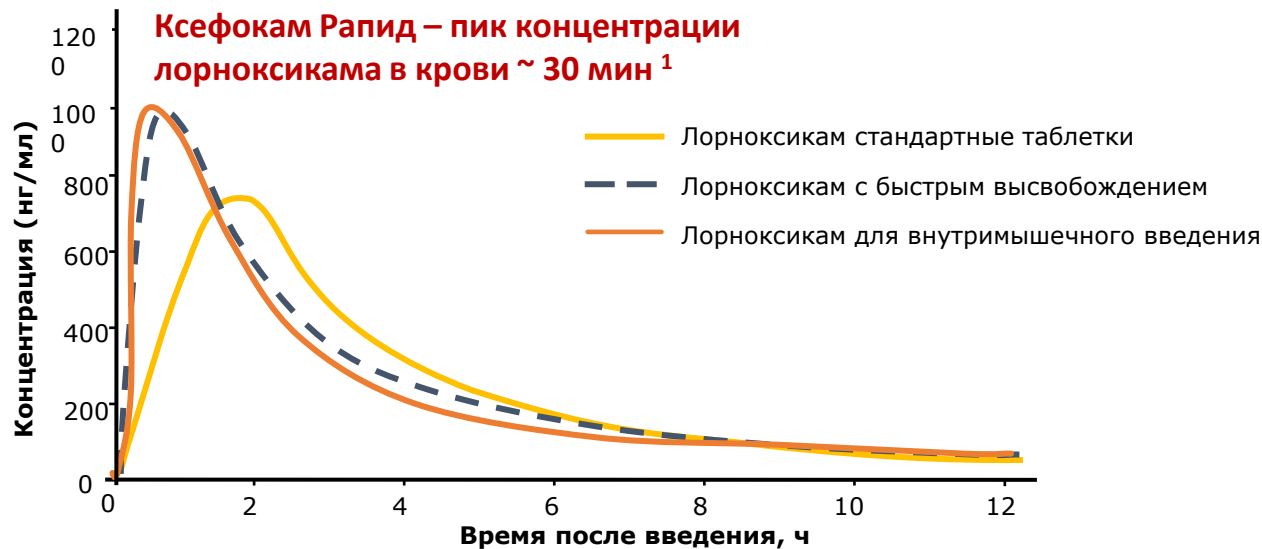
Торговое наименование: Ксефокам рапид

Международное непатентованное наименование (МНН): Лорноксикам

Показание к применению

Кратковременное лечение болевого синдрома: от слабой до умеренной степени интенсивности.

ЛОРНОКСИКАМ: быстрое всасывание и быстрое достижение максимальной концентрации в крови

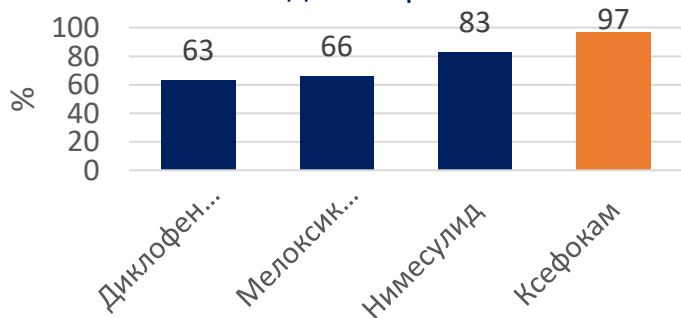


Лорноксикам для в/м введения и лорноксикам с быстрым высвобождением (рапид) характеризуется сравнимым временем достижения t_{max} . Медиана времени до начала обезболивающего действия и терапии лорноксикамом с быстрым высвобождением составляет 30 минут

1.Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксефокам 2.Radhofer-Welte S, Dittrich P, Simin M, Branebjerg PE. Clin Drug Investig 2008;28:345-51 5.Møller PL, Nørholt SE. Clin Drug Investig 2008;28:757-66. 8.Yakhno N, Guekht A, Skoromets A, et al . Clin Drug Investig 2006;26:267-77.

Короткие курсы Лорниксикама могут эффективнее других НПВП восстанавливать двигательную активность пациентов с дорсалгиями*

Количество пациентов с достаточным восстановлением двигательных функций на 6 день терапии



Для оценки двигательной активности использовалась шкала G. Waddel

Больным проводились краткие 6-дневные курсы терапии следующими НПВС:

- вольтарен (диклофенак) — по 75 мг 2 раза в сутки в\м;
- мовалис (мелоксикам) — по 15 мг однократно в\м;
- нимесил (нимесулид) — ежедневно по 100 мг 2 раза в сутки per os;
- ксефокам (лорноксикам) — ежедневно по 8 мг 2 раза в сутки в\м.

Препараты назначались в виде монотерапии, другие немедикаментозные и медикаментозные средства не использовались.

*В.В. КОВАЛЬЧУК, М.А. ЕФИМОВ. Сравнительная характеристика эффективности и переносимости кратких курсов терапии различными нестероидными противовоспалительными препаратами при лечении пациентов с дорсалгиями. ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ, 1, 2010

Гастроинтестинальная безопасность лорноксикама: риск возникновения НЯ со стороны ЖКТ на 22% меньше, чем при приеме других НПВП

Результаты метаанализа 60 сравнительных исследований:

- общая частота НР при приеме лорноксикама 21%
- наиболее частые НР – со стороны ЖКТ (14% vs. 8% на плацебо)
- **риск ЖКТ-НР на 22% меньше, чем при приеме других НПВП ($p = 0.017$)***
- частота ЖКТ-НР четко зависит от дозы и продолжительности приема
- **у пожилых пациентов (≥ 65 лет) не выявлено повышенного риска ЖКТ-НР**
- у женщин риск ЖКТ-НР на 27% выше, чем у мужчин ($p < 0.0001$)
- язвы и их осложнения (перфорация, кровотечение) при приеме лорноксикама возникали у 30 пациентов (0,5%), что соответствует частоте 2,7% на 1 пациенто-год (3,8% у препаратов сравнения)

60 сравнительных исследований (острая боль $n = 7661$; ревматическая боль $n = 3621$)

Лорноксикам $n = 6420$; плацебо $n = 1192$; препарат сравнения (пироксикам, напроксен, индометацин, диклофенак) $n = 3770$

Средний возраст пациентов, получавших лорноксикам, $44,5 \pm 16,8$ лет

85% пациентов получали лорноксикам менее 1 мес.; чаще всего в дозе 8 мг

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛОРНОКСИКАМА: ЧАСТОТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НЕ ВЫШЕ, ЧЕМ НА ПЛАЦЕБО

Результаты метаанализа 60 сравнительных исследований:

- частота кардиоваскулярных событий 0,5% (41 пациент)
- серьезных НР не зафиксировано
- частота НР не выше, чем на плацебо
- все НР были дозозависимыми

60 сравнительных исследований (острая боль n = 7661; ревматическая боль n = 3621)

Лорноксикам n = 6420; плацебо n = 1192; препарат сравнения (пироксикам, напроксен, индометацин, диклофенак) n = 3770

Средний возраст пациентов, получавших лорноксикам, $44,5 \pm 16,8$ лет

85% пациентов получали лорноксикам менее 1 мес.; чаще всего в дозе 8 мг

НР – нежелательные реакции

КСЕФОКАМ: индивидуальный подход к пациенту. Возможность «ступенчатой» терапии

Простая и удобная схема применения:

8 мг x 2 раза в день* независимо от лекарственной формы:

СТАРТ ТЕРАПИИ

- Ксефокам лиофилизат 8 мг в/м или в/в 2 р/д - 2 дня
или
- Ксефокам Рапид 8 мг по 1 табл. 2 раза в день до 6 дней

ПРОДОЛЖЕНИЕ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ

- Ксефокам таблетки 8 мг по 1 табл. 2 раза в день

**в первые сутки возможен прием 16мг+8 мг через 12 часов*

Инструкция по медицинскому применению препарата Ксефокам /Ксефокам рапид

Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher L Knight, MD](#), [Richard A Deyo, MD, MPH](#), [Thomas O Staiger, MD](#), [Joyce E Wipf, MD](#)

Section Editor: [Steven J Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021.** | This topic last updated: **Mar 19, 2020.**

Contributor disclosures

Christopher L Knight, MD

Disclosure: Nothing to disclose

Richard A Deyo, MD, MPH

Disclosure: Nothing to disclose

Thomas O Staiger, MD

Disclosure: Nothing to disclose

Joyce E Wipf, MD

Disclosure: Nothing to disclose

Steven J Atlas, MD, MPH

Disclosure: Equity Ownership/Stock Options: Stryker Corp. Grant/Research/Clinical Trial Support: Bristol Myer Squibb/Pfizer Alliance [Atrial fibrillation].

Lisa Kunins, MD

Disclosure: Nothing to disclose



Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher L Knight, MD](#), [Richard A Deyo, MD, MPH](#), [Thomas O Staiger, MD](#), [Joyce E Wipf, MD](#)

Section Editor: [Steven J Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 19, 2020**.

The **goal** of care for patients with *acute low back* pain is short-term symptomatic relief, since most will improve within four weeks.



Версатис: показания

ИНСТРУКЦИЯ

по применению лекарственного препарата для медицинского применения

Версатис

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛС-001775

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ

Версатис

**МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ ИЛИ
ГРУППИРОВОЧНОЕ НАЗВАНИЕ**

Лидокаин



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- нейропатическая боль, ассоциированная с ранее перенесенной герпетической инфекцией (herpes zoster), постгерпетическая невралгия.



5% пластырь с лидокаином включен в Российские и международные рекомендации по лечению невропатической боли

- Невропатическая боль. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. Под общей ред. Н.Н.Яхно. Москва, 2018г
- Национальное руководство Неврология под ред. Гусева Е.И., 2019г
- Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG* recommendations. Nanna B Finnerup et al. Lancet Neurol. 2015г
- EFNS** guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision



КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли

О.С. Давыдов¹, Н.Н. Яхно², М.Т. Кукушкин³, М.В. Чураков⁴, Г.Р. Абузарова⁵, А.В. Амелин⁶, В.А. Балжин⁷, Е.Р. Баранцевич⁸, А.Н. Баринин⁹, А.Е. Барулин¹⁰, Г.Н. Бельская¹¹, Ю.Н. Быков¹², А.Б. Давидов¹³, О.Б. Дороница¹⁴, О.Н. Древал¹⁵, М.А. Евсеев¹⁶, О.В. Курушина¹⁷, кон¹⁸



HHS Public Access

Author manuscript

Lancet Neurol. Author manuscript; available in PMC 2016 February 01.

Published in final edited form as:

Lancet Neurol. 2015 February ; 14(2): 162–173. doi:10.1016/S1474-4422(14)70251-0.

Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations

Nanna B Finnerup, MD^{1,2}, Nadine Attal, MD^{3,4,5,6,7}, Simon Haroutounian, PhD⁸, Ewan McNicol, MS⁹, Ralf Baron, MD¹⁰, Robert H Dworkin, PhD¹¹, Ian Gilron, MD¹², Majja Haanpää, MD¹³, Per Hansson, MD¹⁴, Troels S Jensen, MD^{15,16}, Peter R Kamerman, PhD¹⁷, Karen Lund, MD¹⁸, Andrew Moore, DSc¹⁹, Srinivasa N Raja, MD²⁰, Andrew SC Rice, MD²¹, Michael Rowbotham, MD²², Emily Sena, PhD²³, Philip Siddall, MD²⁴, Blair H Smith, MD²⁵, and Mark

European Journal of Neurology 2010; 13(10): 1113–1123

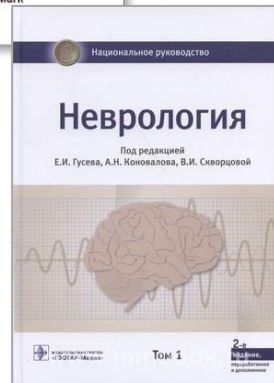
doi:10.1111/j.1468-1301.2010.02999.x

EFNS GUIDELINES

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

N. Attal^{1,2,3}, G. Cruccu^{4,5}, R. Baron^{6,7}, M. Haanpää^{8,9}, P. Hansson¹⁰, T. S. Jensen^{11,12} and T. Nurmikko^{13,14}

¹EFNS Panel Neuropathic Pain; ²INSERM U987, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise Paré, APHP, Boulogne-Billancourt; and ³Université Versailles-Saint-Quentin, Versailles, France; ⁴Department of Neurological Sciences, La Sapienza University, Rome, Italy; ⁵Division of Neurological Pain Research and Therapy, Department of Neurology, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; ⁶Rehabilitation ORTON and Department of Neurosurgery, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland; ⁷Department of Molecular Medicine and Surgery, Clinical Pain Research and Pain Center, Department of Neurosurgery, Karolinska Institutet/University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁸Department of Neurology and Danish Pain Research Center, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark; and ⁹Pain Research Institute, Neuroscience Research Unit, School of Clinical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, U.K.

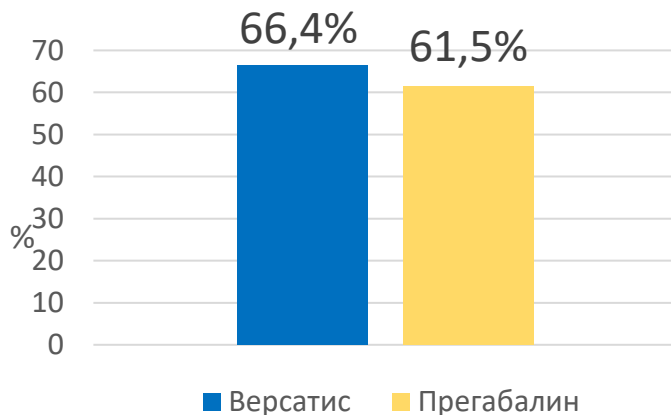


*NeuPSIG - The Neuropathic Pain Special Interest Groups, группа исследователей по изучению нейропатической боли, является частью IASP - International Association for the Study of Pain, международной ассоциации по изучению боли.

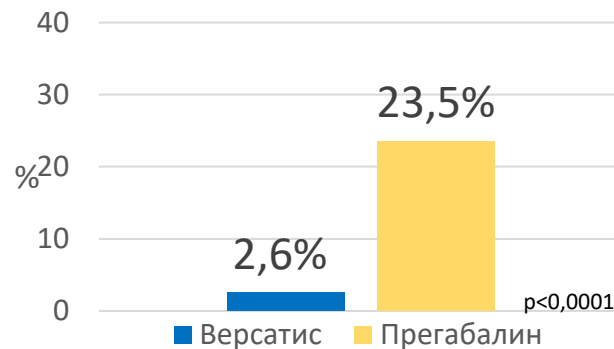
**EFNS - The European Federation of Neurological Societies, Европейская федерация неврологических сообществ

Пластырь с 5% лидокаином (Версатис)
обладает сравнимой эффективностью и лучшей переносимостью
по сравнению с прегабалином при терапии локализованной нейропатической боли.

Количество пациентов, ответивших на терапию*
через 4 недели от начала лечения



Количество пациентов, вынужденных прервать лечение из-за НР**,
связанных с приемом препарата



*Ответом на терапию считалось снижение интенсивности боли ≥ 2 баллов

**НР – нежелательная реакция



По материалам: Baron R, Mayoral V, Leijon G et al. 5% lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy: an open-label, non-inferiority, two-stage RCT study. Curr Med Res Opin 2009, 25 (7): 1663-1676

Способ применения пластыря Версатис*

- Кожа должна быть сухая и неповрежденная, при необходимости волосы состричь (не сбривать)
- Использовать одновременно не более 3-х пластин, если болезненная область небольшая, то пластину можно разрезать до удаления защитной пленки
- *Использовать в режиме 12/12* – 12 часов пластырь на коже, 12 часов перерыв



**Вскрыть саше выше
линии «замка»**



**Достать нужное
количество
пластин и закрыть
саше**



**Удалить
защитную
пленку**



**Наложить на
болезненную
область**

Цель – краткосрочное
симптоматическое
облегчение боли

Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher I. Knight, MD](#), [Richard A. Deyo, MD, MPH](#), [Thomas O. Staiger, MD](#), [Joyce E. Wipf, MD](#)

Section Editor: [Steven J. Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 19, 2020**.

The **goal** of care for patients
with *acute low back* pain is
short-term symptomatic
relief, since most will
improve within four weeks.



Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher L Knight, MD](#), [Richard A Deyo, MD, MPH](#), [Thomas O Staiger, MD](#), [Joyce E Wipf, MD](#)

Section Editor: [Steven J Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 19, 2020**.

В типичных случаях назначают **Нефармакологическое лечение**

- We typically advise **nonpharmacologic treatment** with superficial heat. Massage, acupuncture, and spinal manipulation are other reasonable options depending upon patient preference and their cost and accessibility. There are no data demonstrating superiority of one modality over another.
- This approach is consistent with the *2017 updated guideline* of the treatment of acute, subacute, and chronic low back pain from the American College of Physicians.



Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher I. Knight, MD](#), [Richard A Deyo, MD, MPH](#), [Thomas O Staiger, MD](#), [Joyce E Wlief, MD](#)

Section Editor: [Steven J Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 19, 2020**.

Если пациент **предпочитает**
фармакотерапию или для кого не
сработали нефармакологические
методы:

- For patients who **prefer pharmacologic** therapy or in whom **nonpharmacologic approaches are inadequate**, we suggest short-term (two to four weeks) treatment with a nonsteroidal antiinflammatory drug (NSAID) as initial therapy ([Grade 2C](#)).
- For patients with pain refractory to initial pharmacotherapy, we suggest the **addition** of a nonbenzodiazepine muscle relaxant ([Grade 2C](#)).
- Drugs with **limited or no evidence of effectiveness** for acute low back pain include **antidepressants, systemic glucocorticoids, antiepileptics, topical agents, and herbal therapies**.
- Patient **education** is an important aspect of care. Education should include information about the causes of back pain, favorable prognosis, generally minimal value of diagnostic testing, activity and work recommendations, and when to contact a clinician.
- Patients who do not improve after four weeks of pharmacotherapy should be **reassessed**. Some patients with acute low back pain will go on to develop chronic low back pain. Predictors of disabling chronic low back pain at one year include maladaptive pain coping behaviors, functional impairment, poor general health status, presence of psychiatric comorbidities, or nonorganic signs.
- **Exercise** interventions may have some value in **preventing recurrences** of low back pain.



НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

ТЕПЛО

Heat is often applied with the rationale that it may reduce muscle spasm. A 2006 systematic review including six studies of low back pain found moderate evidence that a **heat wrap may reduce pain** and disability for patients with pain of less than three months' duration, although the **benefit was small** and short-lived.

МАССАЖ — There is **no evidence** that massage offers clinical benefits for acute low back pain. However, a randomized trial found that compared with usual care, when massage was chosen by the patient, it was associated with **increased patient satisfaction**.

Иглоукалывание — Acupuncture **may be a reasonable option for interested patients** with access to an acupuncturist. The **evidence** of benefit in acute low back pain **is limited**. Randomized trials of acupuncture tend to be small and heterogeneous in methodology, and blinding is difficult. Systematic reviews of acupuncture for acute low back pain have found *inconsistent results*. Acupuncture is safe with few side effects. There is more evidence to support the use of acupuncture in chronic low back pain.



НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Мануальные техники на позвоночнике — Spinal manipulation is a form of manual therapy that involves the movement of a joint near the end of the clinical range of motion. Based upon the available evidence, spinal manipulation appears to confer **modest improvements in pain and function**. A 2017 systematic review and meta-analysis of spinal manipulative therapy for acute low back pain examined 26 randomized controlled trials. Fifteen trials (1711 patients) provided moderate-quality evidence of improvement in visual analog pain scale, and 12 trials (1381 patients) showed moderate-quality evidence of improvement in function. Comparator groups were heterogeneous and included analgesics, exercise, and physical therapy. Minor transient adverse events such as increased pain, muscle stiffness, and headache were reported in 50 to 67 percent of patients. Serious adverse events (eg, worsening lumbar disc herniation, cauda equina syndrome) following spinal manipulation are rare.

Integrating spinal manipulation into the therapeutic plan for individual patients should **depend upon their preferences** and **access** to this type of intervention. There is little evidence to guide the duration of therapy. Most clinical trials have evaluated courses of twice-weekly manipulation for two to three weeks. There are no data on selecting practitioner type (eg, chiropractor, osteopath, massage therapist, physical therapist).

УПРАЖНЕНИЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ — Exercise therapy includes both self-care exercises done by the patient and supervised exercises in the context of physical therapy. In general, we do not refer patients with acute low back pain for exercise or physical therapy. However, we selectively refer patients with risk factors for developing chronic low back pain (eg, poor functional or health status, psychiatric comorbidities) who may benefit from immediate education by a physical therapist on how to avoid recurrences, appropriate levels of activity, and exercises to begin after the acute phase.

Although some studies do show modest efficacy of exercise therapy in selected cases of acute low back pain (<4 weeks), systematic reviews have not clearly demonstrated a treatment benefit of generalized exercise therapy compared with other conservative treatments. As an example, in one systematic review of 11 randomized trials of exercise in patients with acute low back pain, exercise therapy was not more effective than no treatment or other conservative treatments, which included nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs)/other analgesics, patient education programs, and/or advice to stay active. A subsequent randomized trial in patients with back pain for 16 days or less compared four sessions of physical therapy with usual care over four weeks; the intervention led to a small improvement in a disability index score at four weeks that was not considered to be clinically significant, and no difference at one year.

Early referral to a physical therapist may benefit patients with acute back pain who are at higher risk of developing chronic back pain, but this is unproven and may relate to education provided rather than exercise and therapy performed. While studies that have assessed such an approach showed improved outcomes for disability and lost work time, the majority of patients in these studies (>80 percent) had subacute or chronic rather than acute low back pain.

There is evidence to support exercise therapy for patients with subacute and chronic low back pain



НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

●Холод???

– Application of cold is often recommended for patients with acute back pain, with the rationale that it may help reduce edema. However, cold applied superficially does not penetrate far below the skin. A 2006 systematic review found only three studies evaluating cold for low back pain and was unable to find evidence of benefit.

●**Вытяжения** – There is **no evidence** that traction is beneficial for acute low back pain. A 2013 systematic review including 32 randomized trials of traction for low back pain (with or without sciatica) concluded that traction provides **no benefits**.

●**Корсеты** – There is **no evidence** to suggest that lumbar supports such as corsets or braces have therapeutic value for most patients with acute low back pain.

●Матрасы?

– The role of mattresses has **not been studied** in acute low back pain.

●Йога

– Studies on yoga and back pain have primarily focused on **chronic low back pain**. There is **no evidence** to support the use of yoga in **acute low back** pain.

●Околопозвоночные инъекции?

– A variety of injections (eg, epidural spinal, trigger point, or facet joint injections) have been advocated for patients with back pain. There is **little evidence to support** any type of injection for nonspecific acute low back pain.



Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher L Knight, MD](#), [Richard A Devo, MD, MPH](#), [Thomas O Staiger, MD](#), [Joyce E Wipf, MD](#)

Section Editor: [Steven J Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 19, 2020**.

- We **do not** advise bed rest for patients with acute low back pain. **Patients who are treated with bed rest have more pain** and slower recovery than ambulatory patients. Activity modification should generally be minimal, with patients returning to activities of daily living and work as soon as possible. If activity is painful or increases pain, we advise patients to do as much as they can and gradually increase activity as tolerated. We emphasize the importance of avoiding prolonged periods of inactivity. *However, we do not routinely refer patients with acute low back pain for exercise or physical therapy, and instead reserve those services for patients not improving with initial treatment or with risk factors for developing chronic low back pain*
- **Return-to-work** recommendations should be individualized. For example, an *office* worker who has control over the pace of work, positioning while working, and/or work hours may be able to *return to work promptly*. However, those with physically demanding jobs may not be able to return to work immediately if light-duty options are not available.



Treatment of acute low back pain

Authors: [Christopher I. Knight, MD](#), [Richard A. Deyo, MD, MPH](#), [Thomas O. Staiger, MD](#), [Joyce E. Wlief, MD](#)

Section Editor: [Steven J. Atlas, MD, MPH](#)

Deputy Editor: [Lisa Kunins, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2021**. | This topic last updated: **Mar 19, 2020**.

PROGNOSIS

- The prognosis for acute low back pain is **excellent**; only one-third of patients seek medical care at all. Of those who present for care, 70 to **90 percent improve within seven weeks**.
- *Recurrences are common*, affecting up to 50 percent of patients within six months and 70 percent within 12 months. Similar to the initial episode, recurrences have a favorable prognosis.
- Some patients with acute low back pain will go on to **develop chronic low back pain**. Estimates of the percentage of patients who develop chronic back pain vary. In one prospective cohort study of patients with acute back pain seen in primary care, chronic back pain was diagnosed in 20 percent of patients within two years of their initial visit. However, other studies have suggested only 5 to 10 percent of patients with acute low back pain go on to develop chronic low back pain.
- **Predictors of disabling chronic low back pain at one year include maladaptive pain coping behaviors, functional impairment, poor general health status, presence of psychiatric comorbidities, or nonorganic signs**. Maladaptive coping behaviors include fear avoidance (avoiding usual or recommended activities because of fear that they will cause worsening pain or hinder recovery) and catastrophizing (negative beliefs about pain or illness leading to patients imaging the worst possible



VIII межрегиональная конференция "Боль -междисциплинарная проблема», г. Н.Новгород, 27.03.2021



Острая боль у пациента невролога на амбулаторном приёме

Презентация подготовлена при поддержке фармацевтической компании STADA

Проф. Ахмадеева Лейла Ринатовна
www.ufaneuro.org