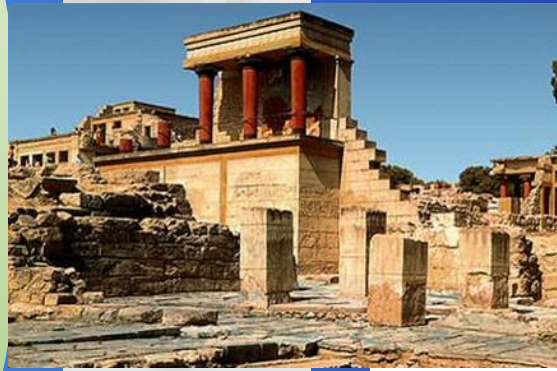


*Лабиринт Минотавра болевых
синдромов : вопросы
диагностики и лечения боли в
спине*



Э.З. Якупов

Зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и
мед.генетики КГМУ, проф., д.м.н.

■ Конфликт интересов:

Докладчик получал денежные вознаграждения за свои выступления от фарм компаний Такеда, Эгис, Геденон – Рихтер, Мерц, Пфайзер, MSD, Эббот, Верфаг, Др.Реддис, Юнифарм, КРКА, Эвер фарм, Герофарм.

Являлся главным исследователем в РКИ спонсируемых компаниями Санофи Авентис, Джонсон и Джонсон, Такеда, Айкон, Юнифарм, Эвер фарм, Эббот, Пфайзер, Биопроже.

Настоящий доклад поддержан компанией КРКА

Лабиринт Минотавра болевых синдромов

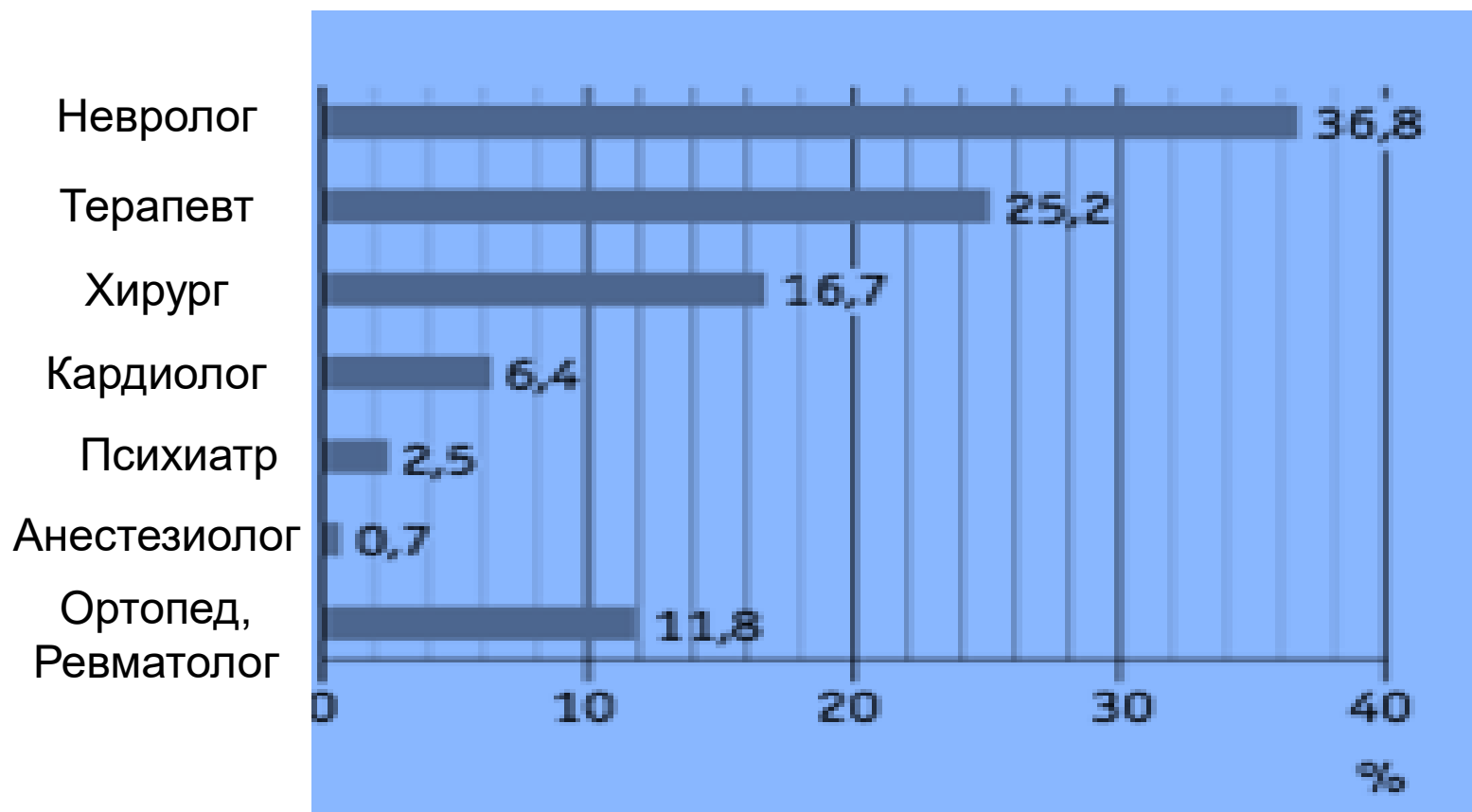


10 ведущих медицинских причин, приводящих к увеличению количества лет, прожитых с нарушением здоровья во всем мире (1990-2013 гг.)

№	Заболевание	Среднее количество лет, прожитых с нарушенным здоровьем (YLD X1000), 1990 г.	Порядковый номер, 1990 г., 95% ДИ	Среднее количество лет, прожитых с нарушенным здоровьем (YLD X1000), 2013 г.	Порядковый номер, 2013 г., 95% ДИ	Медиана изменения YLD по сравнению с 1990 г., %
1.	Боль в нижней части спины	46 068	1.3 (1–2)	72 318	1.0 (1–1)	57 (53–61)
2.	Большое депрессивное расстройство	33 711	2.8 (1–4)	51 784	2.1 (2–4)	53 (49–59)
3.	Железодефицитная анемия	40 079	2.0 (1–3)	36 663	3.6 (2–6)	-9% (-10 – -7)
4.	Боль в шейном отделе позвоночника	22 294	4.7 (4–6)	34 348	4.3 (3–6)	54 (49–60)
5.	Нарушение слуха	21 633	5.1 (3–7)	32 580	5.3 (3–9)	51 (45–55)
6.	Мигрень	19 805	5.8 (4–8)	28 898	6.6 (3–10)	46 (41–50)
7.	Сахарный диабет	12 533	9.5 (8–11)	29 518	6.7 (5–9)	136 (127–144)
8.	ХОБЛ	15 151	7.9 (6–10)	26 131	7.8 (4–10)	72 (67–79)
9.	Тревожные расстройства	17 180	6.9 (4–9)	24 356	8.5 (5–10)	42 (36–47)
10.	Другие скелетно-мышечные заболевания	12 672	9.5 (7–12)	22 644	9.2 (7–10)	79 (75–83)

Давыдов О.С. Распространенность болевых синдромов и их влияние на качество жизни в мире и России по данным исследования глобального бремени болезней за период с 1990 по 2013 гг. *Российский журнал боли.* 2015 . №3-4. – с.11-19.

К кому обращается пациент с хронической болью?



Медведева Л.А. и соавт. Хроническая боль: эпидемиология и социально- демографические характеристики пациентов Клиники боли Центра хирургии // Клин. и эксперимент. хир. Журн. им. акад. Б.В. Петровского. 2016. № 3. С. 36-43.

«Тупик» взаимоотношений невролога и терапевта



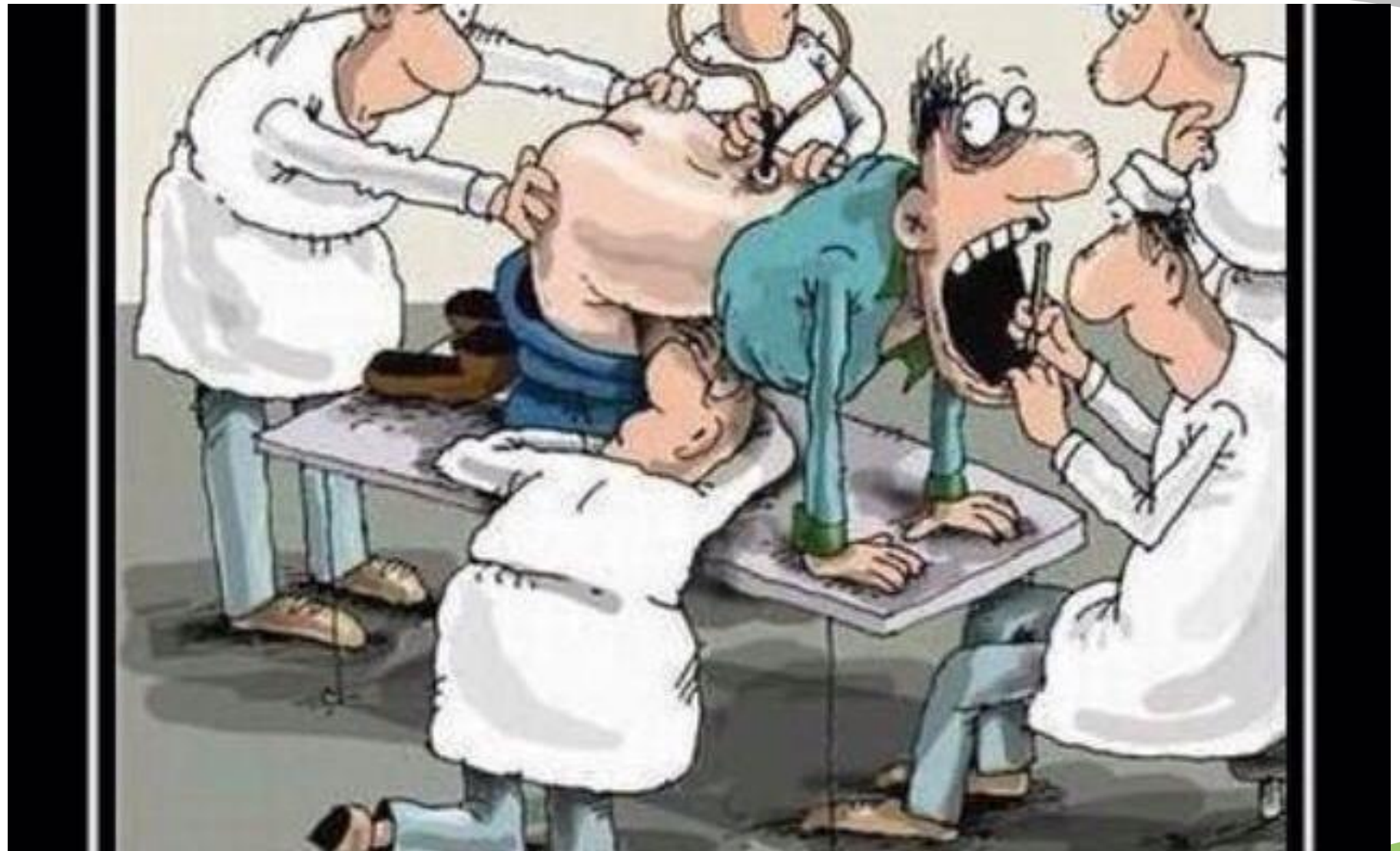
Consensus.
"Ubi concordia-ibi victoria!"

Невролог

БОЛЬ

Терапевт ,Кардиолог, Ревматолог
Травматолог, Ортопед,
Нейрохирург

Психиатр
Психотерапевт
Психолог

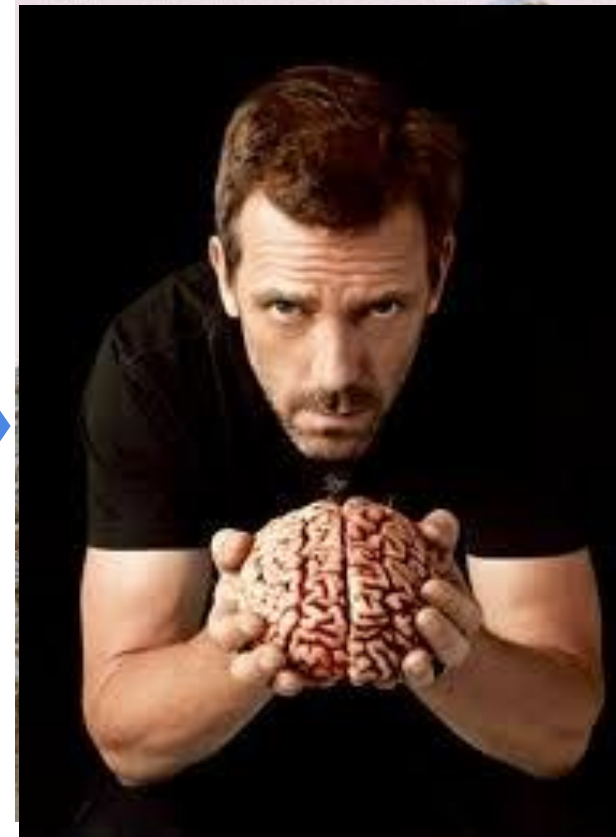


Принципы клинического подхода

Слушать (Listen)

Смотреть (Look)

Соотносить (Location)



Клиническое наблюдение № 1

«С широко закрытыми глазами...»

- Жалобы: Сильная (до 8 баллов по ВАШ) «грызущая» боль в грудном отделе позвоночника, усиливающаяся при движениях корпусом, со «стреляющим» оттенком
- Анамнез:
- Боль появилась после неловкого поворота при поднятии тяжести
- Ранее более 2 лет назад уже беспокоили боли в позвоночнике но значительно меньшей выраженности (4-5 баллов) .
- Работает каменщиком

Самолечение

- «Разогревающие мази», барсучий жир, пояс из собачей шерсти

Поликлиника
(невролог)

- Предварительный диагноз : «Остеохондроз гр. Отдела позвоночника»
- Для уточнения диагноза направлен на РКТ позвоночника
- Назначено: мовалис №10 в/м, местно феналгон, витамин В6 №10 в/м

Госпитализация



Принципы клинического подхода

Слушать (Listen)

Смотреть (Look)

Соотносить (Location)

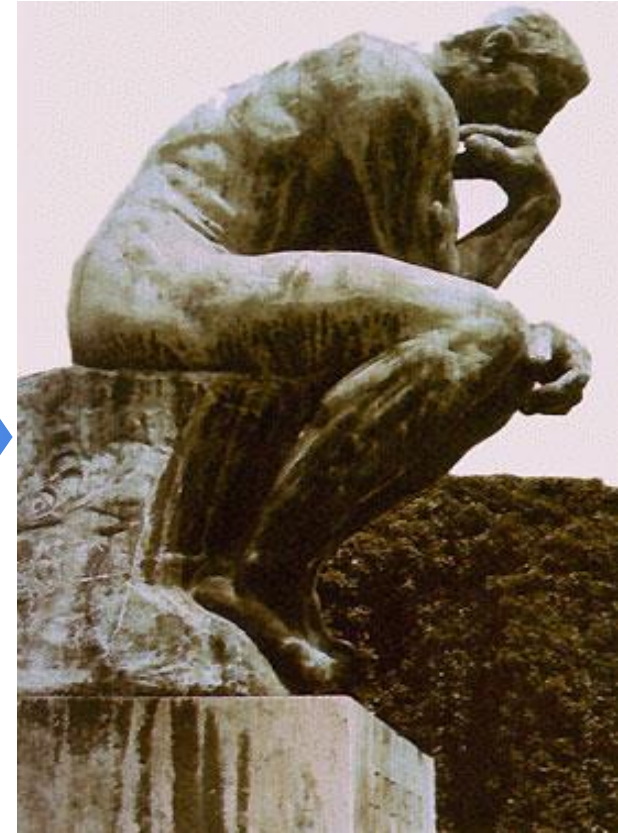


На что необходимо было обратить внимание?

Жалобы

Особенности анамнеза

Нюансы обследования



«Красные флаги» боли в спине

- Рак в анамнезе
- Потеря веса
- Лихорадка
- Внутривенное употребление наркотиков
- Остеопороз
- Использование стероидов
- Прогрессирующая или инвалидизирующая симптоматика
- Задержка мочеиспускания
- Многоуровневый двигательный дефект

Настораживающий анамнез

- Возраст старше 50 лет
- Недавние случаи инфекции
- Травма
- Пожилой возраст
- Прогрессирующая или инвалидизирующая симптоматика
- Недержание кала
- Седловидная анестезия

Возможная патология

- Онкологическое заболевание
- Инфекция
- Перелом
- Очаговый неврологический дефицит
- Синдром конского хвоста

Forseen. SE, Corey AS. *J Am Coll Radiol* 2012; 9(10):704-12.

Воспалительная боль в спине

1. Начало в возрасте до 40 лет
2. Постепенное начало
3. Улучшение после физических упражнений
4. Отсутствие улучшения после отдыха
5. Ночная боль (с улучшением после пробуждения)

Чувствительность – 79,6%

Специфичность – 72,4%

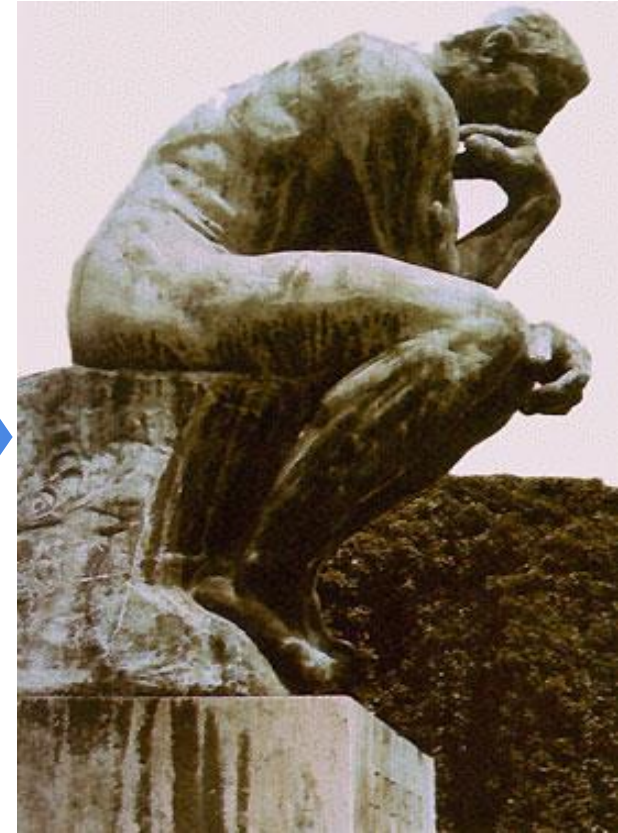
Боль считается
воспалительной при
наличии 4 критериев из 5

На что необходимо было обратить внимание?

Жалобы

Особенности анамнеза

Нюансы обследования





- **Магнитно-резонансная томография позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений**
 - **Не совсем в обычном режиме!!!**
 - **В режимах STIR или T2-fs (с подавлением жира)**
 - магнитно-резонансная томография - важнейший метод ранней диагностики, позволяющий увидеть очаги воспаления в крестцово-подвздошных сочленениях и позвоночнике, наличие которых характерно для АС
 - однако увидеть данные очаги можно только в том случае, если проведена томография в соответствующем режиме - **T2-fs** или **STIR**

T1





Лица «Остеохондроза»



«И еще один «остеохондроз»»



РКТ грудного отдела позвоночника

ГАОУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Рентген-диагностическое отделение

Кабинет рентгеновской компьютерной томографии

Адрес: 420103, г. Казань, ул. М. Чуйкова, 54, Телефон (843) 237-91-65

PHILIPS BRILLIANCE 128 # PHILIPS BRILLIANCE 128 # PHILIPS BRILLIANCE 128

ФИО пациента	ФИО врача	Щербак В. В.
Возраст	Дата исследования	28.04.2014г
Пол	Дата описания	28.04.2014г
Регистрационный №	Контрастное вещество	Нет
Направление (ЛПУ или отделение)	Лучевая нагрузка	5.1 мЗв
Вид исследования	КОД ПМУ	

На серии компьютерных томограмм получены изображения ГОП (Th5-Th10).

Определяется участок деструкции тела Th8 позвонка размерами 12x8x16 мм с разрушением замыкательной пластинки, аналогичные изменения в прилежащей части тела Th9 позвонка размерами 7x5x5 мм. Плотность диска снижена до 50 ед. Н., выше и ниже до 95-100 ед. Н. Ширина спинномозгового канала равномерная на всем протяжении, не изменена. Паравертебральные мягкие ткани на уровне Th8-Th9 несколько увеличены в объеме слева на фоне клювообразных разрастаний. Выраженные дегенеративные изменения ГОП на фоне остеопороза, в виде субхондрального склероза замыкательных пластинок, краевых остеофитов передних углов тел позвонков до 5 мм, клювовидных разрастаний передних и боковых углов тел Th5-Th10 позвонков, остеоартроз реберно-поперечных отростков.



Заключение: Спондилит Th8-Th9 сегмента.

Дегенеративные изменения ГОП. Остеоартроз. Спондилез.

Критерии диагноза «спондилодисцит»

■ .

Клинические проявления:

- -общее недомогание, слабость, снижение трудоспособности;
- -повышение температуры тела до субфебрильных цифр при формировании гнойного очага (38-39 градусов);
- -субфебрильная температура тела при асептическом воспалении (37-37,6 градусов);
- -потеря аппетита, тошнота, иногда рвота;
- -снижение массы тела;
- -болевые ощущения различной интенсивности в области патологического процесса;
- -болевым синдром распространяется на область поясницы и промежности, живота, бедер.
- -потливость, нарушение сна;
- -неврологическая симптоматика при поражении спинного мозга (парезы, параличи, нарушение функции тазовых органов в виде недержания кала и мочи).

Пошаговый алгоритм лечения боли

ШАГ 1

Пациент с острой болью

Оценить наличие «красных флажков»

Нет

Да

1. Оценить характер и выраженность боли
2. Оценить противопоказания к назначению НПВП

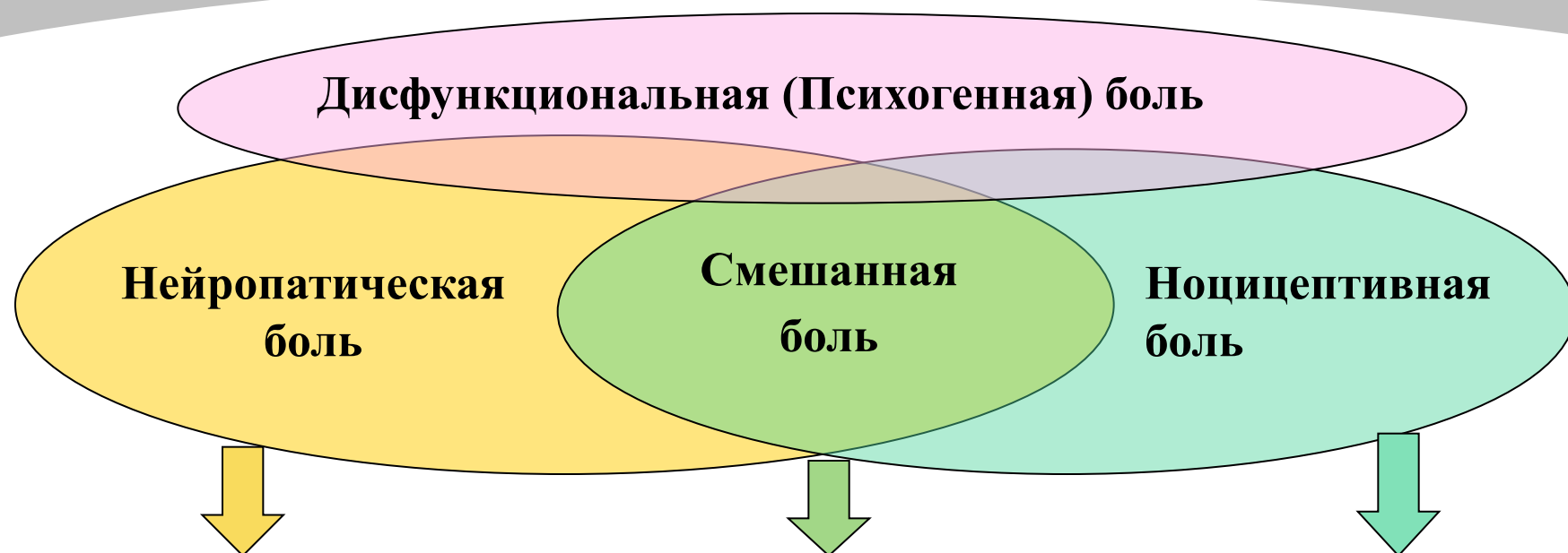
1. Проведение диагностического поиска
2. Направление к узким специалистам

Назначить:

1. При выраженной боли (ВАШ $\geq$ 4) – НПВП
2. При выраженной боли и мышечном напряжении – НПВП+миорелаксant
3. При умеренно выраженной боли (ВАШ $<$ 4) – НПВП местно, $\pm$ парацетамол до 3 г/сут
4. При наличии противопоказаний к НПВП – трамадол, парацетамол, НПВП местно, флупиртин



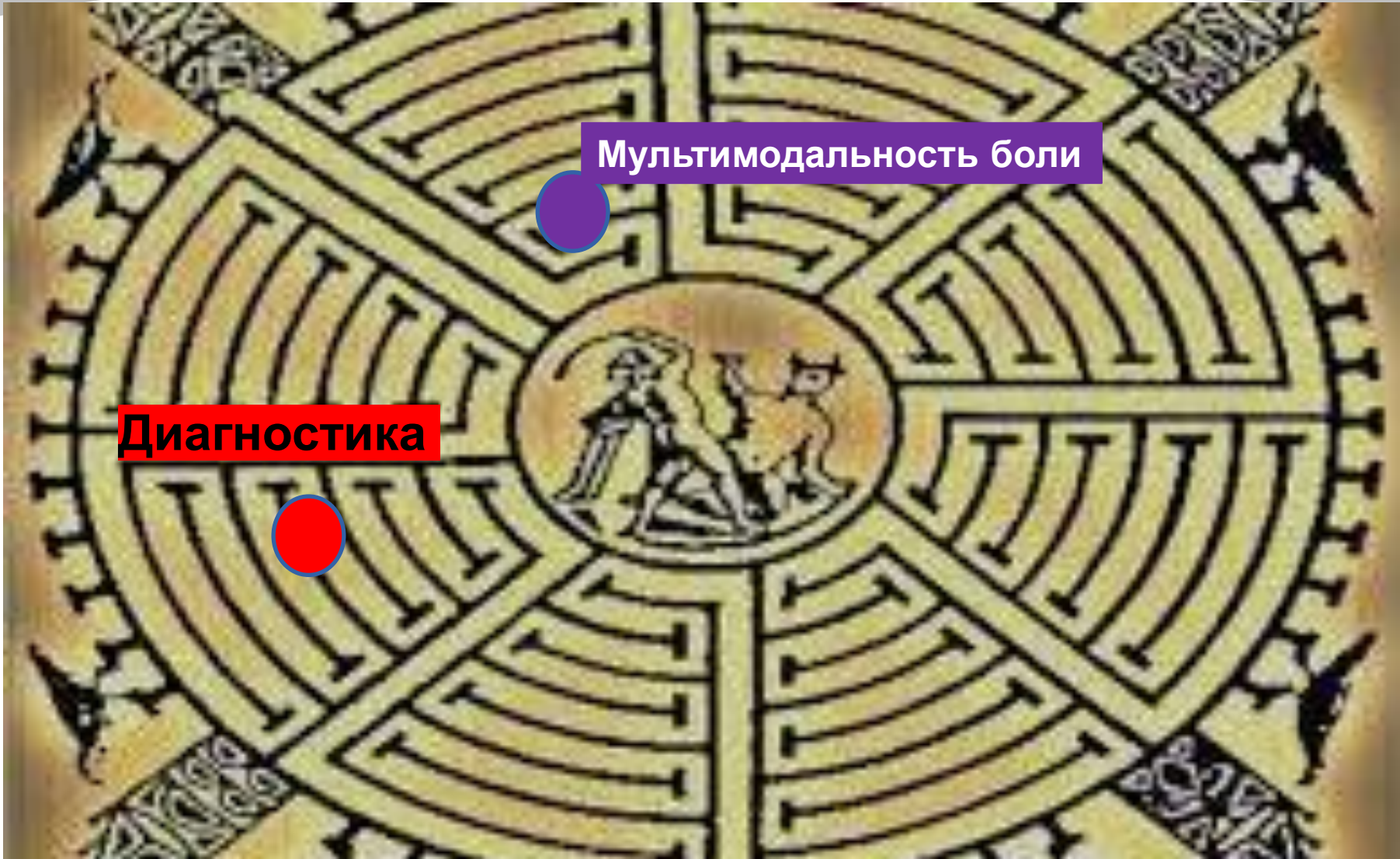
Клинические проявления патофизиологических типов боли



- Диабетическая полинейропатия
- Невралгии (постгерпетическая, тригеминальная, посттравматическая)
- Синдром оперированного позвоночника
- Фантомная боль после ампутации
- Комплексный регионарный болевой синдром

- Корешковые боли
- Туннельные синдромы
- Онкологические боли
- Ишемические боли (ИБС: стенокардия, атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей)
- Хронический болевой синдром в области спины

- Повреждение
- Воспаление
- Мышечный спазм
- Суставная боль
- Поверхностные ожоги



Мультиmodalность боли

Диагностика

Основные компоненты, участвующие в модуляции боли

При обследовании пациента с болевым синдромом следует учитывать основные компоненты, участвующие в модуляции боли:

- 1. **Сенсорный или ноцицептивный** - пациент чувствует боль (да/нет)
- 2. **Аффективный (количественная и качественная оценка боли)** – субъективные ощущения боли
- (Как болит? Где болит? Другие ощущения – жжение, прострелы, тяжесть и др.)
- 3. **Когнитивный** – поведенческий настрой, отношение пациента к собственной боли, желание лечиться и реальные ожидания от лечения (депрессия, апатия, отрицание болезни, готовность к лечению - да/нет)

Павленко А.Ю., Хижняк А.А. Болевой синдром: патофизиологические механизмы развития и методы воздействия на этапах оказания медицинской помощи. Emergency Medicine 1(2), 2006.

Пошаговый алгоритм лечения боли

ШАГ 1

Пациент с острой болью

Оценить наличие «красных флажков»

Нет

Да

1. Оценить характер и выраженность боли
2. Оценить противопоказания к назначению НПВП

1. Проведение диагностического поиска
2. Направление к узким специалистам

Назначить:

1. При выраженной боли (ВАШ $\geq$ 4) – НПВП
2. При выраженной боли и мышечном напряжении – НПВП+миорелаксant
3. При умеренно выраженной боли (ВАШ $<$ 4) – НПВП местно, $\pm$ парацетамол до 3 г/сут
4. При наличии противопоказаний к НПВП – трамадол, парацетамол, НПВП местно, флупиртин

Пошаговый алгоритм лечения боли

ШАГ 2

Оценить эффективность обезболивающей терапии НПВП через 7 дней

Боль купирована

Прекратить терапию

Боль значительно уменьшилась на 50% и более

Продолжить лечение до полного купирования боли

Эффект недостаточен улучшение <20%

Изменить лечение:

- ГКС локально
- добавить миорелаксант

Нет эффекта улучшение <20%

Заменить на другой препарат НПВП

Пошаговый алгоритм лечения боли

ШАГ 3

Оценить эффективность обезболивающей терапии через 7-28 дней

Боль купирована

Прекратить терапию

Боль значительно уменьшилась на 50% и более

Продолжить лечение до полного купирования боли

Эффект недостаточен улучшение <50%

Пересмотреть диагностическую концепцию

-Обратиться к узкому специалисту (невролог, ревматолог)
-Применить дополнительные методы лечения СМБ

Диагноз очевиден

Дополнительно трамадол ± парацетамол

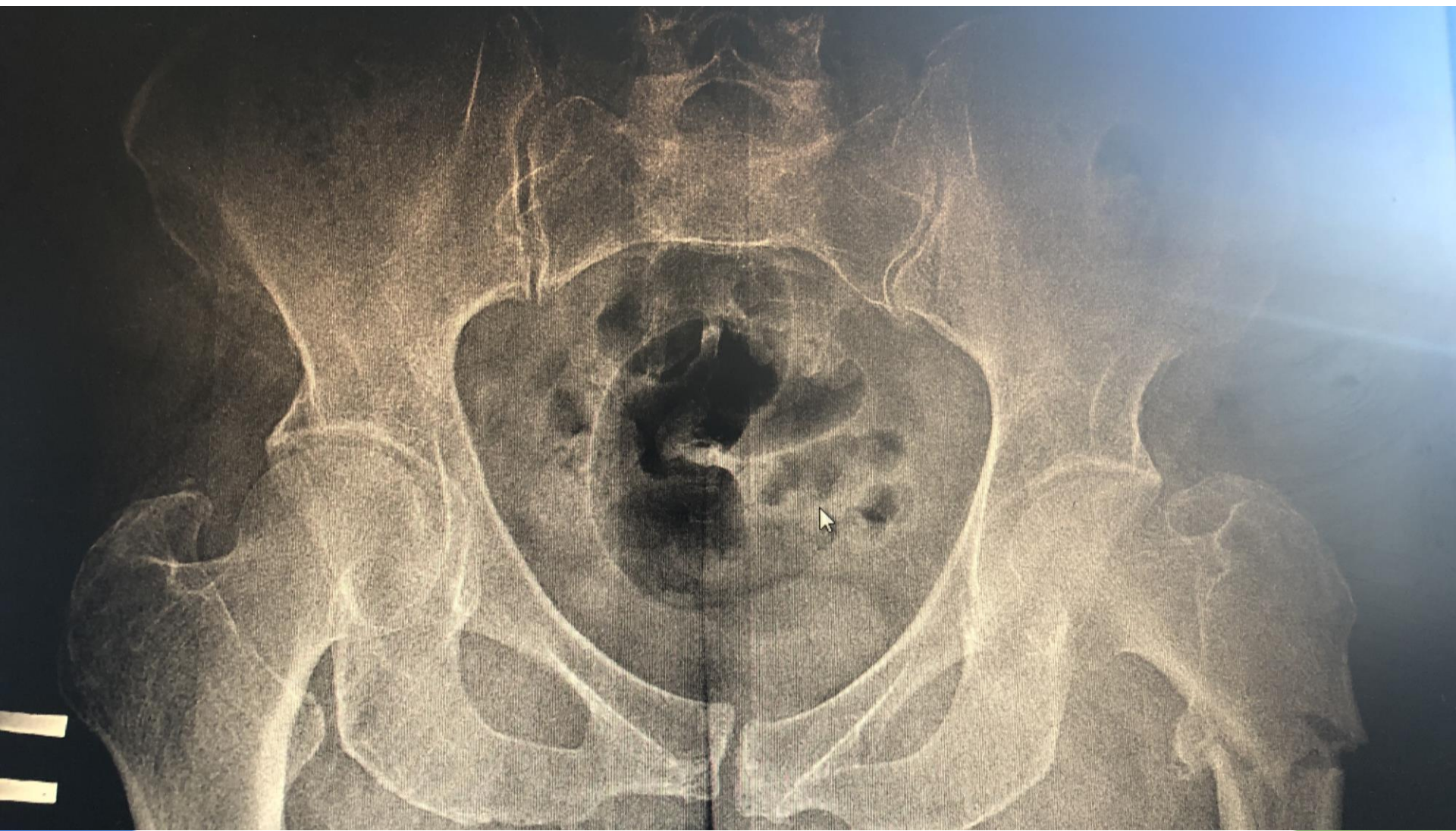
И опять «остеохондроз...»

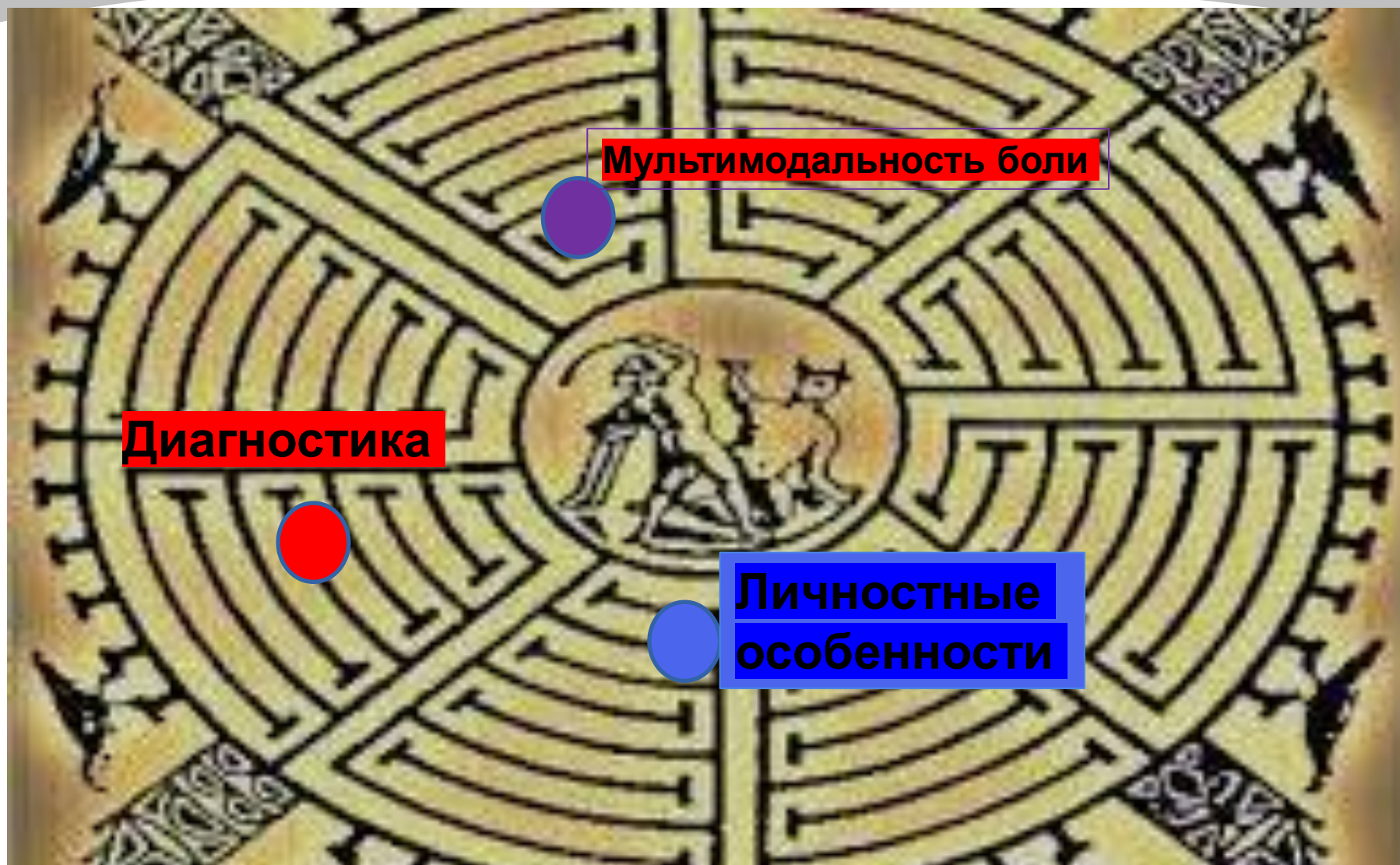
- Пациентка 64 лет идя на работу упала (вперед, на руки, ударившись боком о землю)
- Интенсивность боль была 3-4 балла по ВАШ
- Обратилась в травмпункт : «У вас нет патологии»
- Пациентка продолжила обычную деятельность (работа , «походы» на рынок в магазин)
- Через день боль стала усиливаться:
 - врач-невролог в поликлинике (НПВС)
 - Самообращение в приемный покой клиники

И опять «остеохондроз...»

- В последующие дни боли стала «очень сильной» (до 9-10 баллов по ВАШ) изменила характер («когда пыталась наступить на ногу – как-будто эл.ток пропустили от колена до бедра и сустава»
- Очередная консультация у невролога в поликлинике – диагноз «радикулопатия L5-S1 ,рекомендация «надо больше двигаться»

- При повторном обращении в приемный покой ГKB № 7 во время осмотра врач-невролог обратила внимание что при выполнении пробы Ласега пациентка неестественно «подворачивает левую ногу».
- Выполнена рентгенография таза, тазобедренных суставов и...





Мультиmodalность боли

Диагностика

Личностные
особенности

«...При очень сильном физическом страдании один кричит и бьется, другой может переносить его молча, покойно, без малейших движений, и, наконец, есть люди, которые могут даже производить движения, совершенно несовместимые с болью, например, шутить и смеяться»



(И.М.Сеченов)

Клиническое наблюдение

- У молодой женщины 2 года назад во время занятий физкультурой возникла резкая боль (8-9 баллов по ВАШ) в грудном отделе позвоночника, иррадиировала в левую лопатку



«Хожжение по мукам»

Невролог

«ГОХ»



Терапевт

«Обследование»



Кардиолог

«ИБС»

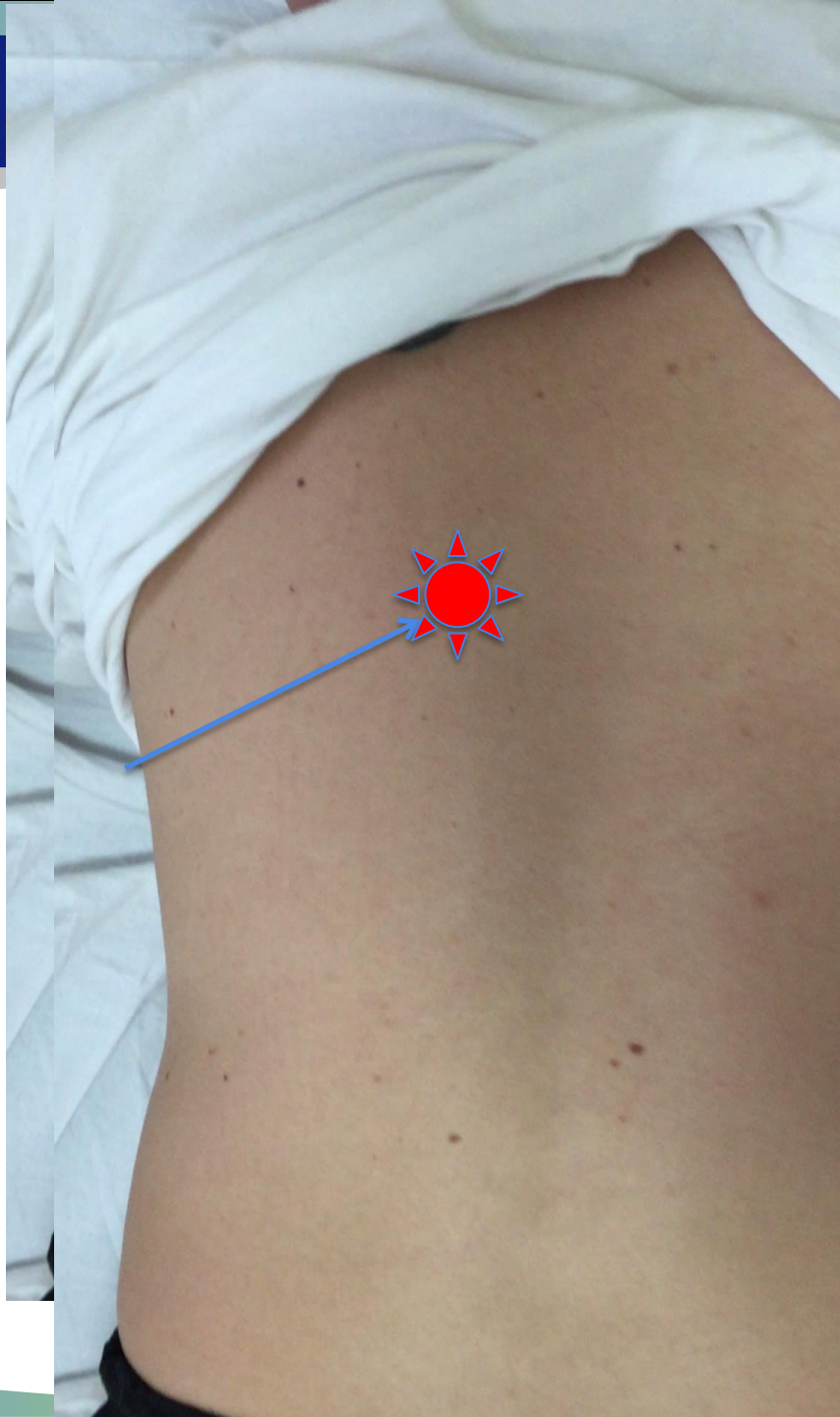
- Рентгенография г/о позвоночника
Выявлено: «Остеохондроз грудного отдела позвоночника»
- Ибупрофен, витамины группы В, электрофорез
- ЭКГ, Холтер,-ЭКГ, ЭХО-КГ
- Выявлено: «пролапс митрального клапана»
- ЭКГ-«нарушение реполяризации»,единичные наджелудочковые экстрасистолы
- В ожидании визита к кардиологу у пациентки развивается паническая атака

Nota bene!

- Эпизод острой боли в спине возник на фоне хронического стресса
- Выявлены личностные особенности : пациентка «все принимает близко к сердцу», очень тревожна
- Во время беседы – выявляется эмоциональная лабильность, пациентка пальцем показывает на «болезненный участок где «сердце болит»

Nota bene!

- При осмотре выявляется:
 - Зона локальной болезненности паравертебрально в зоне фасеточного сустава Th7- Th8 слева
 - Появление боли в этой зоне при ротации туловища
 - Локальные мышечные гипертонусы в трапецевидных, большой грудной мышцах

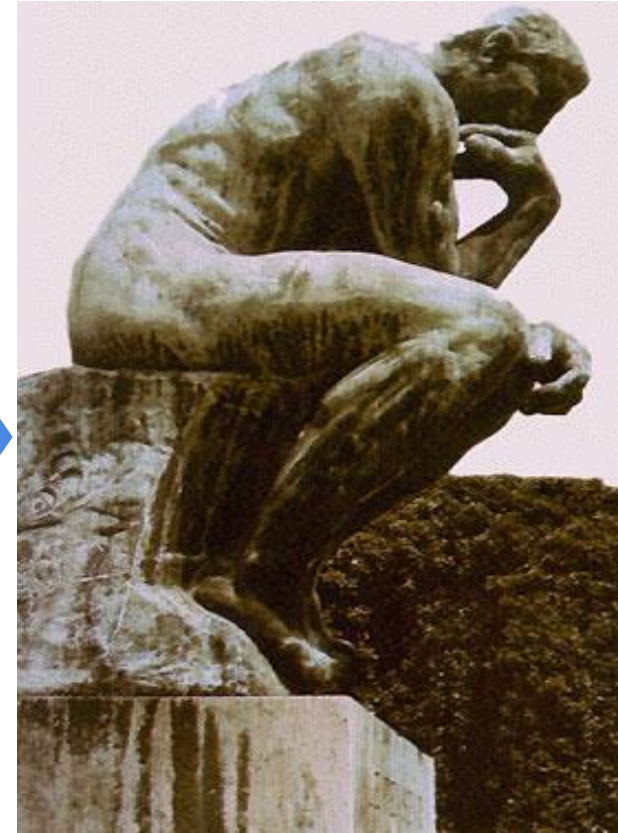


На что необходимо было обратить внимание?

Сочетание эпизода острой боли и стресса

Особенности личности

Нюансы обследования



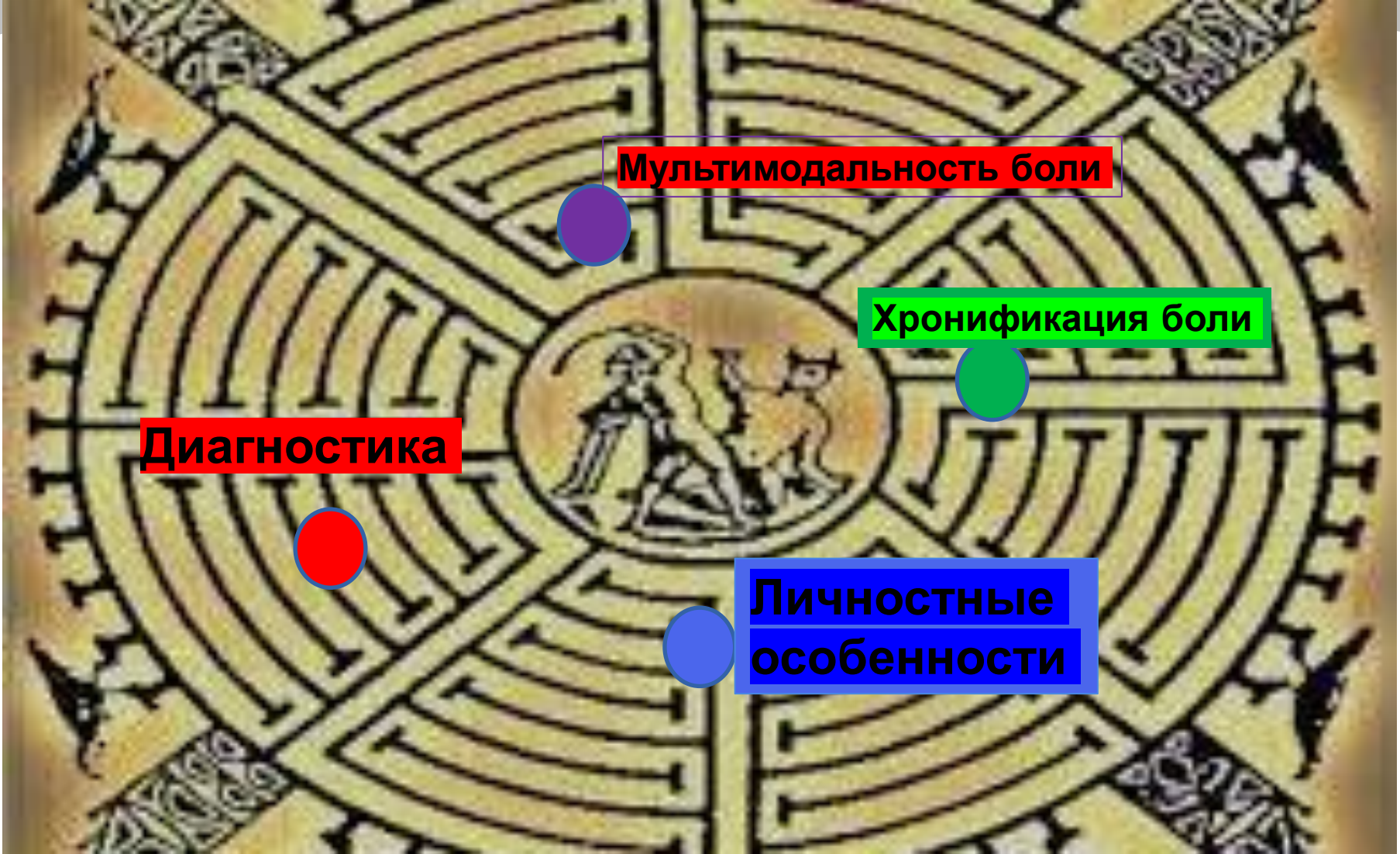
- феномен боли, будучи ведущим в клинической картине на каком-то этапе заболевания, находится одновременно в структуре различных аффективных и вегетативных нарушений, патогенетически связанных с болью в сердце.
- Боль чаще всего локализована в зоне верхушки сердца, прекардиальной области и области левого соска.
- Возможна «миграция» боли.
- Отмечается вариабельность характера болевых ощущений. (ноющая, колющая, давящая, сжимающая, жгучая или пульсирующая боль), волнообразна, не купируется нитроглицерином, в то же время может уменьшаться после валидола и седативных препаратов.
- Боль, как правило, продолжительная, однако возможна и кратковременная боль, которая требует исключения стенокардии.

ЧТО ОТЛИЧАЕТ ЖАЛОБЫ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ?

- **Жалобы исходят от человека внешне вполне здорового** (хотя, возможно, и осунувшегося за время болезни).
- **Жалобы носят напористый, демонстративный, театральный характер:** пациенты склонны повторять одни и те же жалобы, используя каждый раз новые красочные эпитеты для усиления воздействия на врача — и, действительно, пугают (а затем и раздражают) не только своих родственников, но и выдавших виды врачей и медсестёр.
- **Жалобы носят вычурный характер** (примеры: «руки и ноги звенят до самых кончиков пальцев», «сипение и стрекотание в коже головы», «жжение в кончике языка», «урчание в области сердца»).

Почему боль становится хронической?

- Плохое соматическое здоровье
- Интенсивная боль в дебюте; выраженное нарушение функций
- Наличие ишиалгии/радикулопатии ; распространенная боль
- Повторные и частые эпизоды болей; женский пол; курение
- Депрессия, тревога, беспокойство, агитация, страх
- Неправильное представление пациента о боли (катастрофизация), «болевой» тип личности
- Низкий уровень образования
- Неудовлетворенность работой, конфликты на рабочем месте
- Компенсация нетрудоспособности на работе; тяжелый физический труд
- Желание пассивного лечения



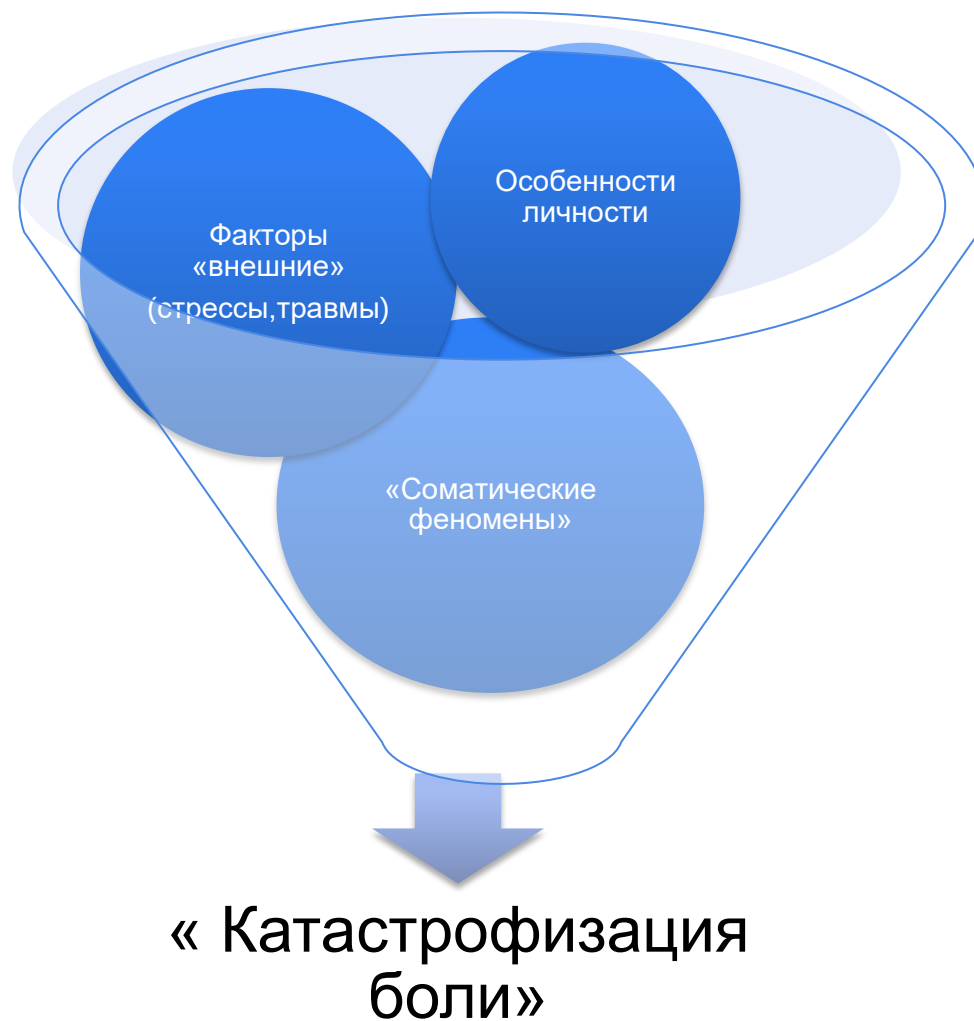
Диагностика

Мультиmodalность боли

Хронификация боли

**Личностные
особенности**

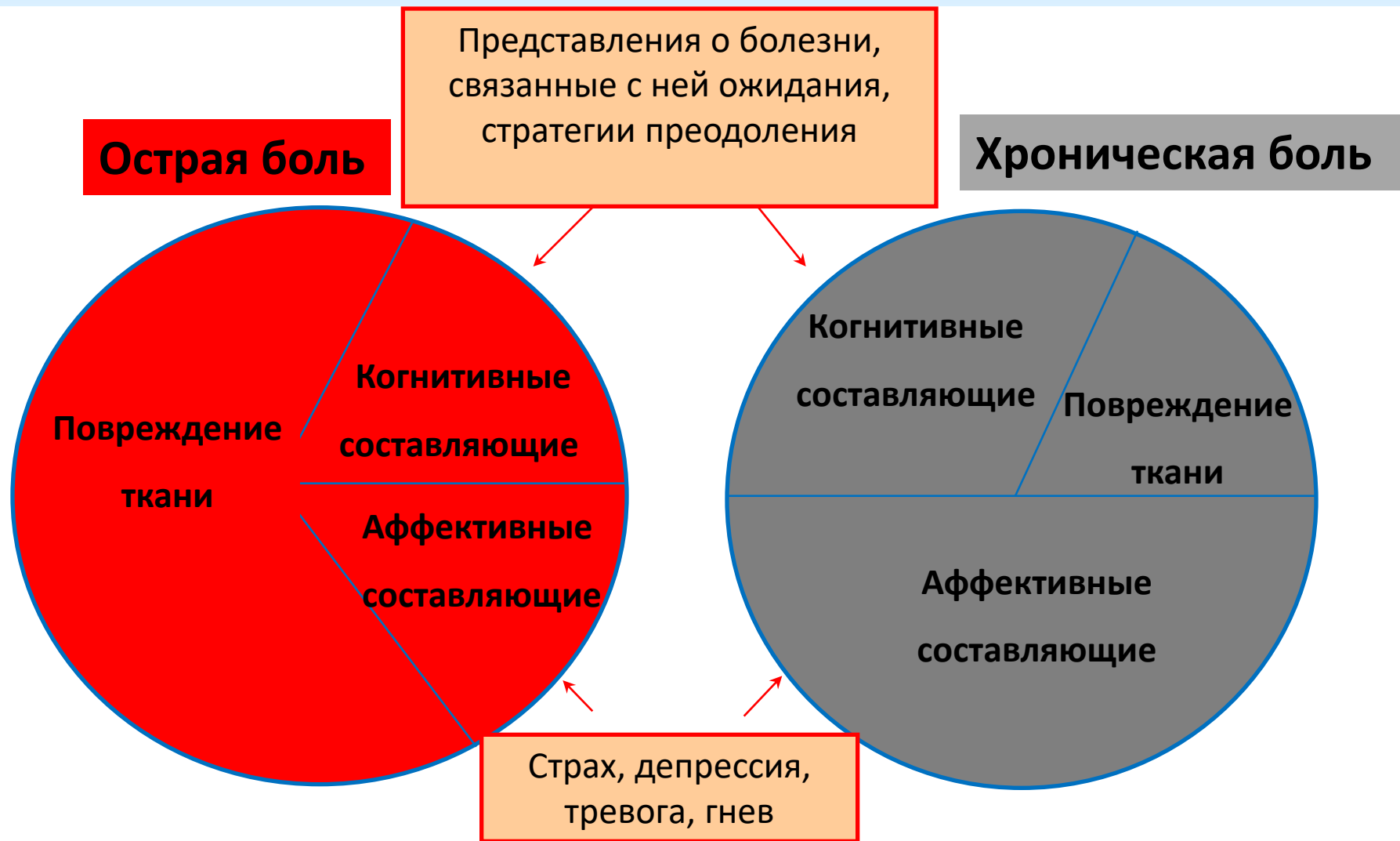
«Воронка ощущений» пациента



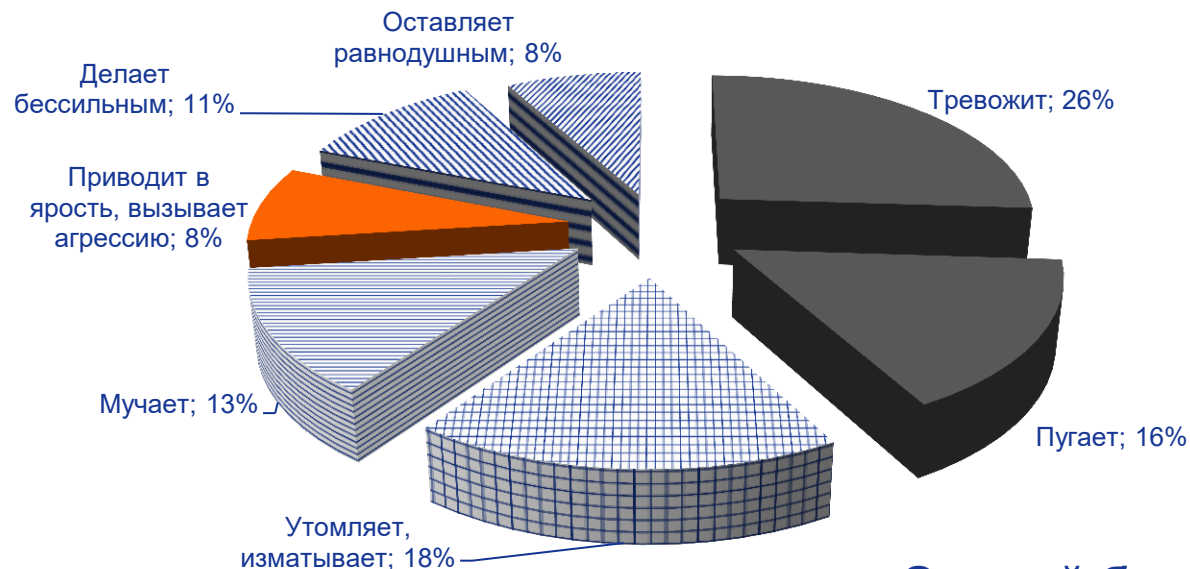
Структурные и психологические нарушения при боли



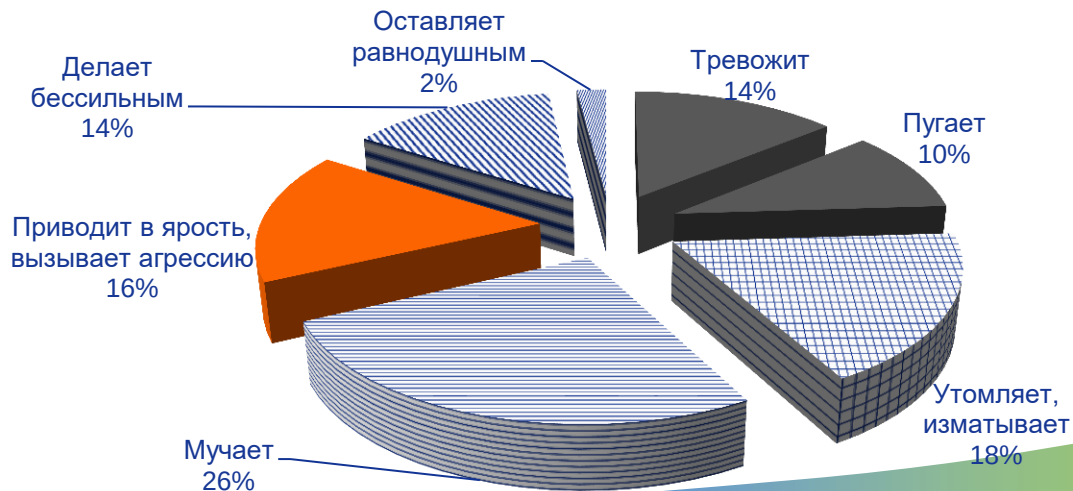
Соотношение структурных и психологических нарушений при острой и хронической скелетно-мышечной боли



Хронический болевой синдром



Острый болевой синдром

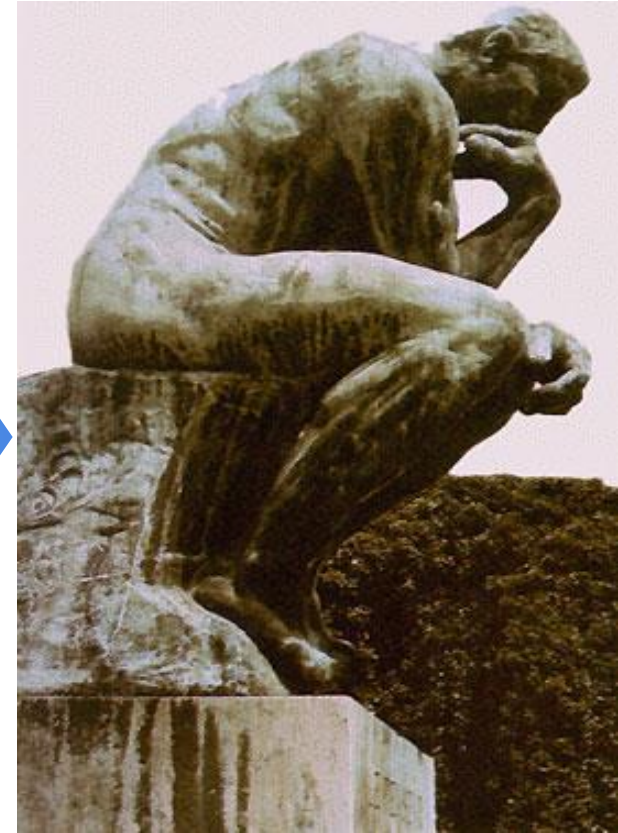


Проблемы пациента ?

«Жалоб много - времени мало»

Попытка «спрятаться» за
объективные
Методы исследования

Попытка переложить
ответственность за свое здоровье
на окружающих



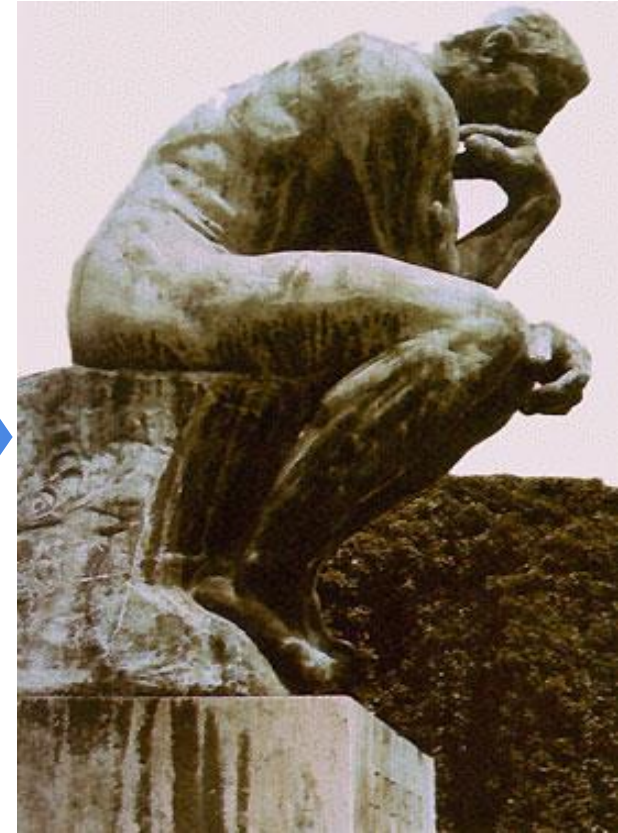
Проблемы диагноза, проблемы лечения

Поверхностная оценка жалоб ,
данных анамнеза

Нет глубокого анализа синдромов и
оценки их корреляций

Неадекватный выбор
методов лечения

«Симптоматический подход»



doi: 10.17116/jnevro201511511298-103

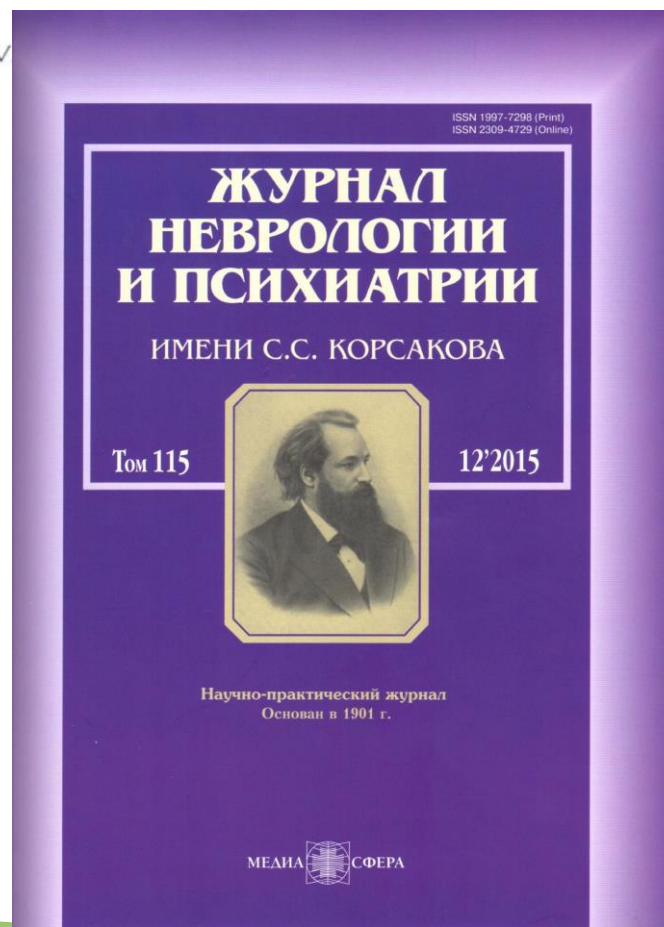
Мультивекторный характер купирования острой и хронической боли и необходимость использования копинг-стратегий ее преодоления

Э.З. ЯКУПОВ*, С.П. ЯКУПОВА, Е.А. МУСЛИМОВА

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань

The multivector nature of relief of acute and chronic pain and necessity of using pain coping strategies

E.Z. YAKUPOV, S.P. YAKUPOVA, E.A. MUSLIMOV



Алгоритм ведения пациента

**в кабинете лечения боли
клиники «Ваше здоровье», Казань ,
ул .Достоевского 52, 8(843)537-93-93
[www. Klinika-zdorovya.ru](http://www.Klinika-zdorovya.ru)**

- **Консультация невролога**
(использование опросников (DN4, ВАШ, дневник головной боли и т.д.)
- **Обследование**
 - ЭНМГ
 - Соматосенсорные ВП
 - По необходимости (Ro,РКТ,МРТ,б/х крови , ОАК, ВП (br, тригем. и др.),
консультации смежных специалистов (ревматолог,стоматолог,кардиолог,гастроэнтеролог)
 - **Консультация психотерапевта**
(подбор антидепрессантов, психотерапия, психорелаксация)
 - **Контроль лечения через 2,4 недели (невролог, терапевт)**

Что делать во время эпизода острой боли?

Быстрое, Эффективное
Купирование острой боли

Обсуждение с пациентом
стратегии лечения и
доброкачественного характера
болевого эпизода

Вовлечение пациентки
в процесс купирования боли
(копинг –стратегии)



Важно!

В течение панических атак¹ и миофасциальных болевых синдромов², большой вклад вносит эмоционально-психологический компонент. Исходя из этого, очень важным, а иногда и основным критерием эффективности лечения или реабилитации, является оценка пациентом своего состояния, а именно определение качества жизни (КЖ).³

1. Якупов Э.З. Состояние интегративных систем мозга при синдроме вегетативной дисфункции: автореф. дис.... д-ра мед. наук. -Казань, 2006. -25с.
2. Клинические рекомендации. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. М.Л. Кукушкин, Г.Р. Табеева, Е.В. Подчуфарова. Под ред. акад. РАМН Н.Н.Яхно. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2011. — 72 с.
3. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.— М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.

Важно!

- ✓ Медикаментозное лечение при панических расстройствах позволяет существенно снизить частоту возникновения ПА*, но при этом не позволяет улучшить качество жизни до обще популяционного уровня.¹
- ✓ При хронических болевых синдромах к болевым феноменам добавляются тревожный и депрессивный компоненты, ведущий к значительной дезадаптации пациента², существенно снижая КЖ**, и не поддающихся исправлению стандартной обезболивающей терапией.

*Панические атаки

** Качество жизни

1 Davidoff J, Christensen S, Khalili DN, Nguyen J, IsHak WW. Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. Qual Life Res. 2012;21:945–959

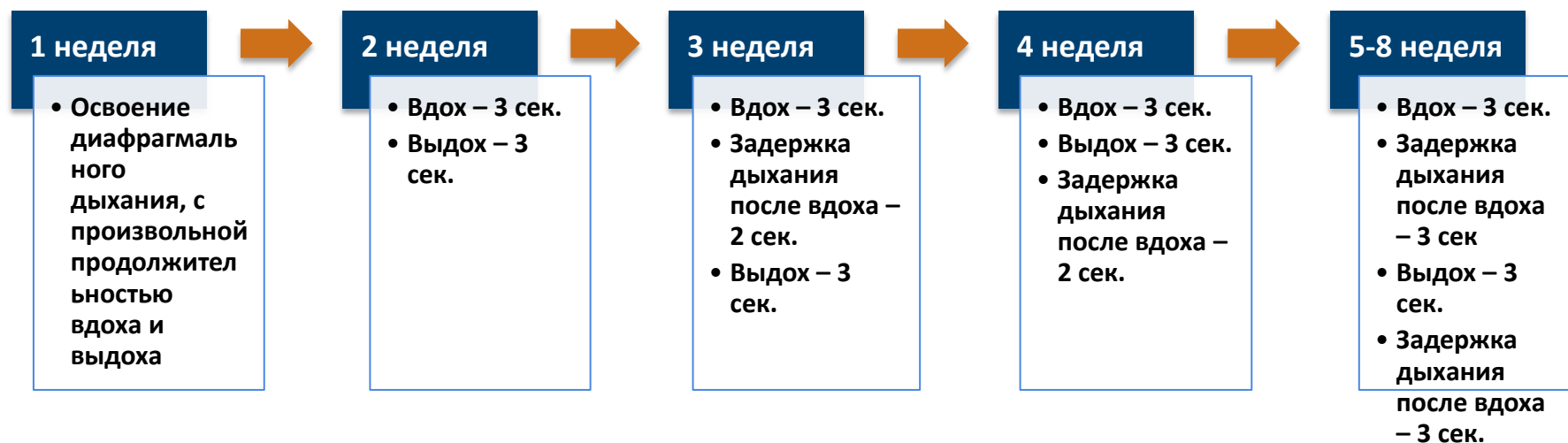
2 Якупов Э.З. Ноцицептивная боль: полиморфизм причин и способы купирования // РМЖ. 2016. №24. С. 1589-1592

Использование дыхательной гимнастики у пациентов МФБС (Якупов Э.З., Шиков А.С., 2018)

Все испытуемые выполняли дыхательную гимнастику:

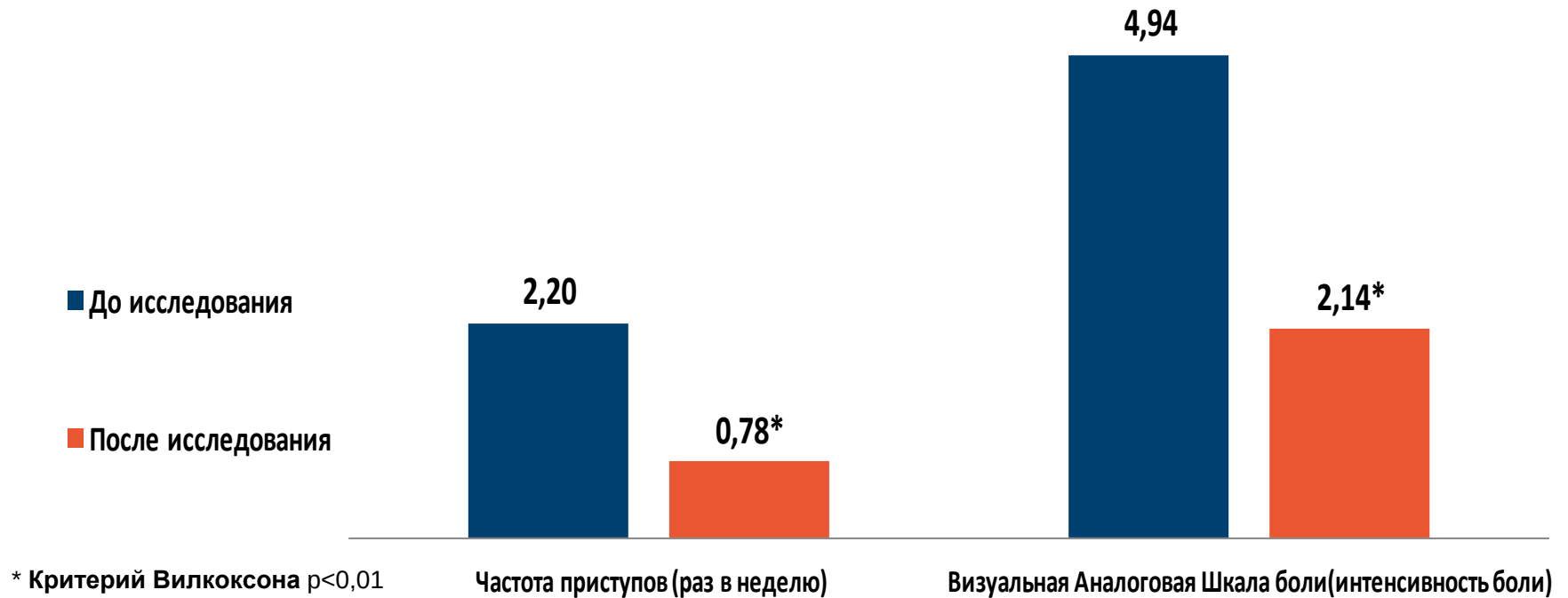
- ✓ ежедневно
- ✓ 2 раза в день
- ✓ в течение 20 минут
- ✓ диафрагмальное дыхание

По следующей схеме:



Результаты

Показатели частоты возникновения ПА и выраженности болевого синдрома

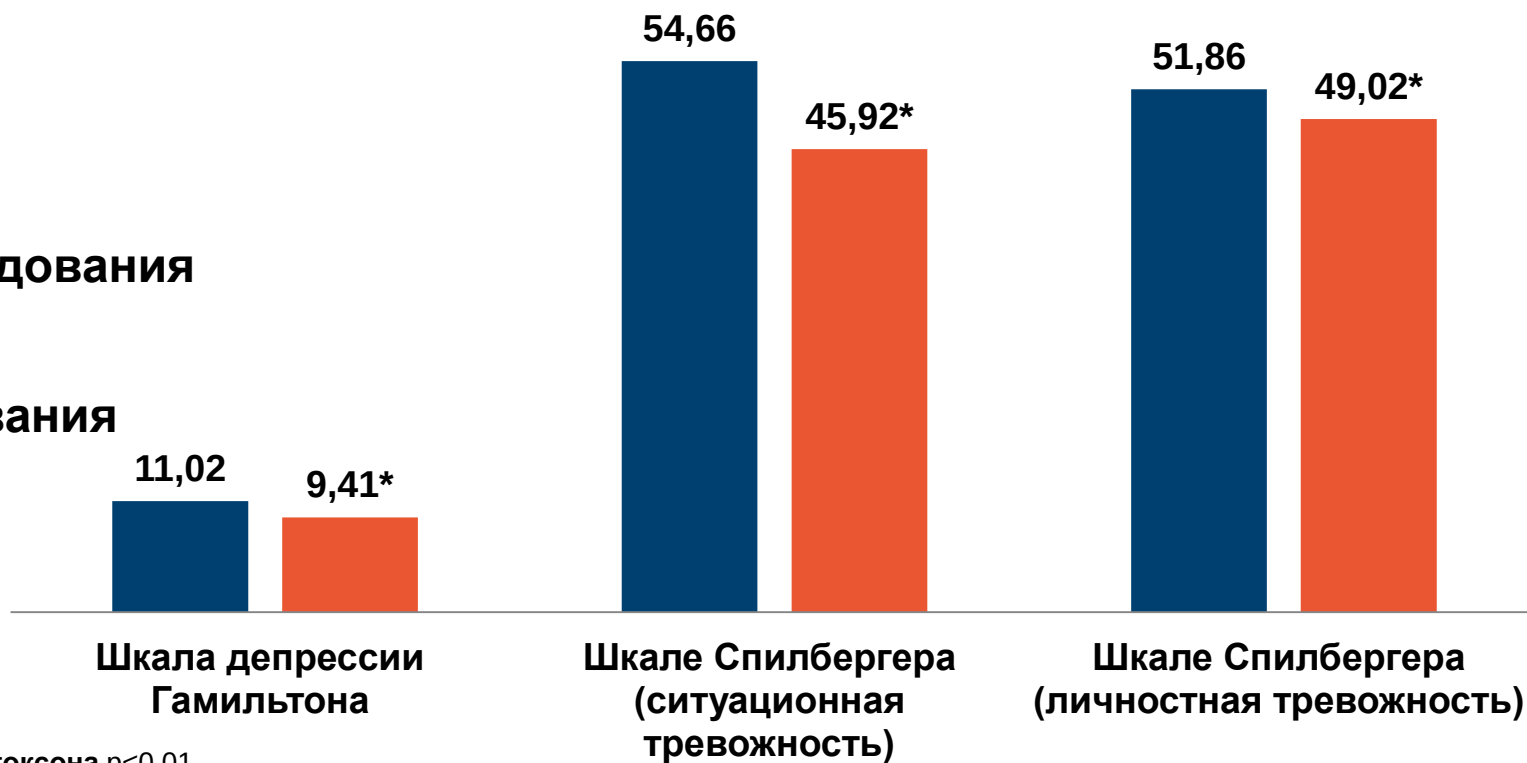


Результаты

Показатели депрессии и тревоги

■ До исследования

■ После исследования

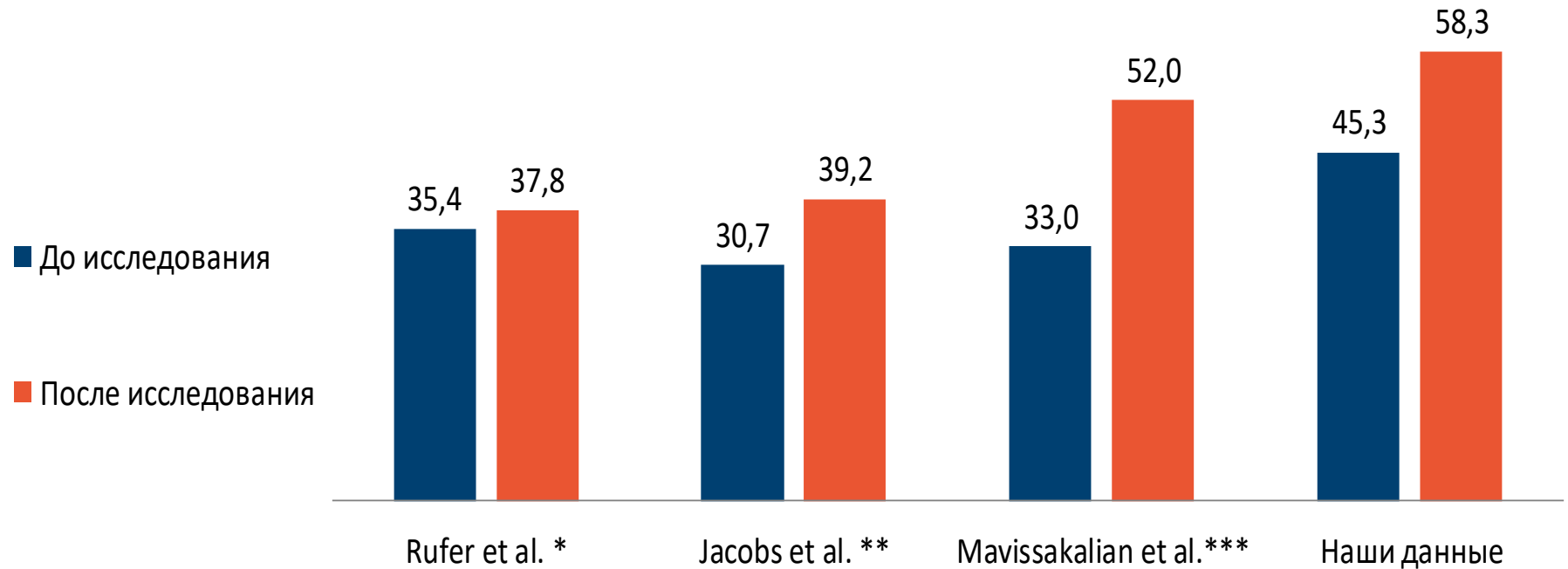


* Критерий Вилкоксона $p < 0,01$

Якупов Э.З., Шиков А.С., 2018 (в печати)

Результаты

Психологический компонент качества жизни



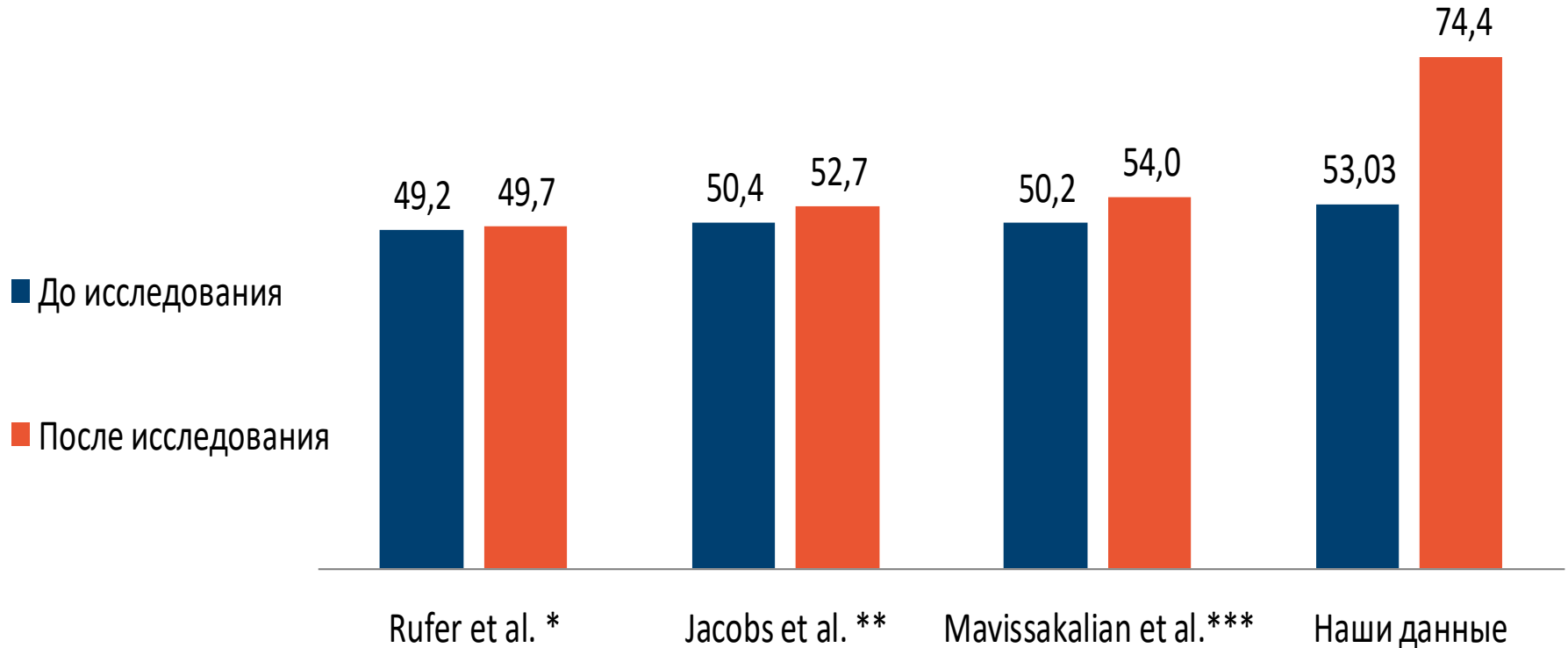
* Rufer, M., Albrecht, R., Schmidt, O., et al. (2009). Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *European Psychiatry: Electronic publication ahead of print*.

** Jacobs, R. J., Davidson, J. R., Gupta, S., & Meyerhoff, A. S. (1997). The effects of clonazepam on quality of life and work productivity in panic disorder. *American Journal of Managed Care*, 3(8), 1187–1196.

*** Mavissakalian, M. R., Perel, J. M., Talbott-Green, M., & Sloan, C. (1998). Gauging the effectiveness of extended imipramine treatment for panic disorder with agoraphobia. *Biological Psychiatry*, 43, 848–854.

Результаты

Физический компонент качества жизни



* Rufer, M., Albrecht, R., Schmidt, O., et al. (2009). Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *European Psychiatry*: Electronic publication ahead of print.

** Jacobs, R. J., Davidson, J. R., Gupta, S., & Meyerhoff, A. S. (1997). The effects of clonazepam on quality of life and work productivity in panic disorder. *American Journal of Managed Care*, 3(8), 1187–1196.

*** Mavissakalian, M. R., Perel, J. M., Talbott-Green, M., & Sloan, C. (1998). Gauging the effectiveness of extended imipramine treatment for panic disorder with agoraphobia. *Biological Psychiatry*, 43, 848–854.

Рекомендации по лечению острых неспецифических болей в нижней части спины

- **Информировать** о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его разрешения
- **Избегать** постельного режима
- **Сохранять** активный образ жизни
- **Облегчить** боль:
 - Назначение НПВС
 - назначение миорелаксантов (особенно при отсутствии эффекта от НПВС)
 - При отсутствии эффекта в течении 4-8 недель целесообразно комбинированное лечение (мультидисциплинарный подход) если причина боли не вызывает сомнений

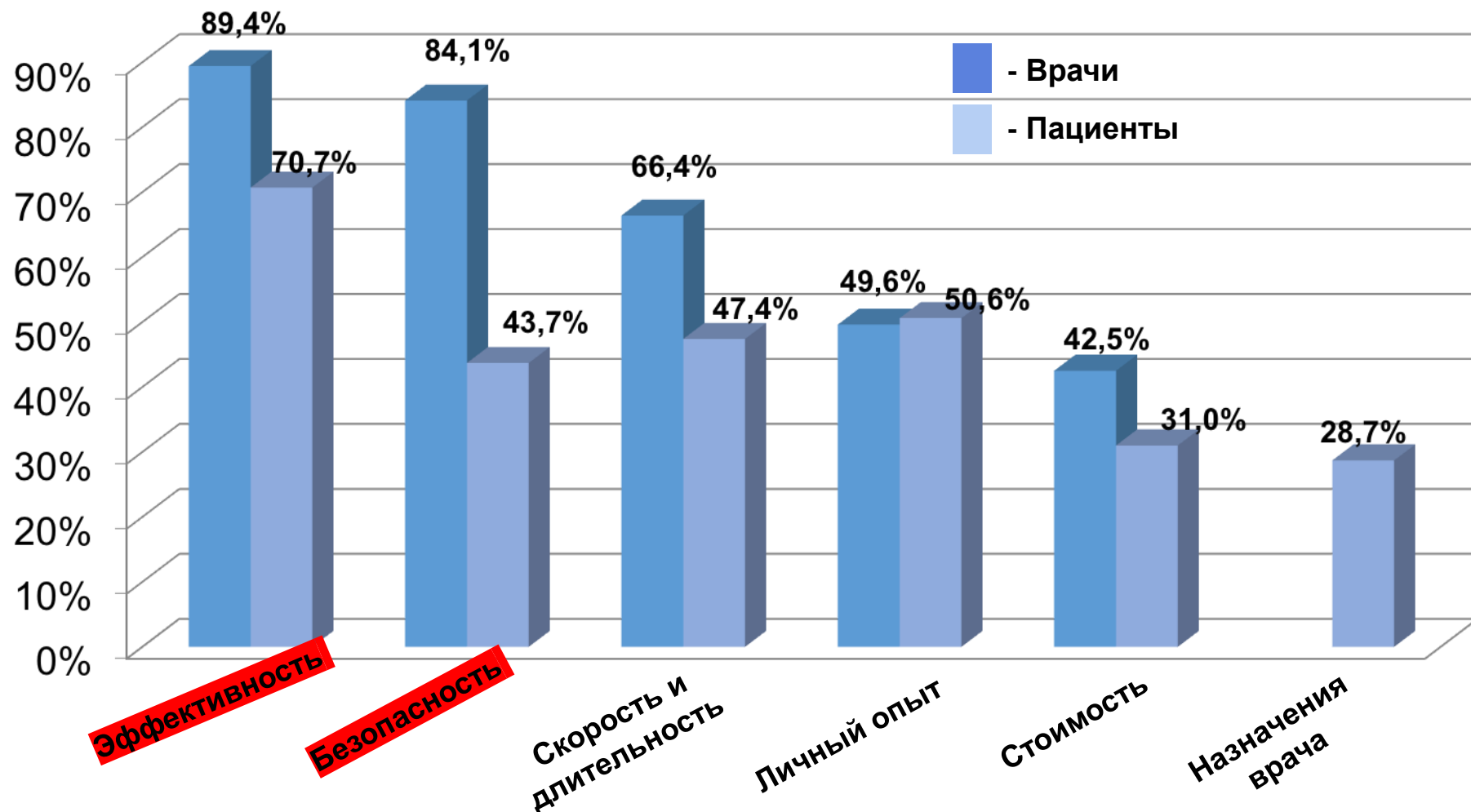
Необходимо быстрое, мощное, безопасное
купирование боли



В клинике заболевания преобладает выраженный болевой синдром

- Препараты, обладающие наибольшим анальгетическим действием:
 - Лорноксикам
 - Калиевая соль диклофенака
 - Кетопрофен
 - Кеторолак
 - Декскетопрофен трометамол
 - НПВП в инъекциях
 - **коксибы**

Критерии выбора НПВП врачами и пациентами в РФ



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

Общероссийская общественная организация
«Ассоциация ревматологов России»

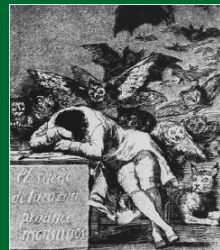


Rheumatology science & practice



ISSN 1995-4664 (Print)
ISSN 1995-4492 (Online)

научно-практическая РЕВМАТОЛОГИЯ



2018 (56), приложение 1

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
НЕСТЕРОИДНЫХ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ.
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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», докт. мед. наук

Насонов Евгений Львович – научный руководитель ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», заведующий кафедрой ревматологии ИПО ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), президент Ассоциации ревматологов России, академик РАН, профессор, докт. мед. наук

Ивашкин Владимир Трофимович – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист гастроэнтеролог Минздрава России, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, академик РАН, докт. мед. наук, профессор

Мартьянов Анатолий Иванович – профессор кафедры госпитальной терапии №1 лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, академик РАН, докт. мед. наук, профессор

Яно Николай Николаевич – профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета, директор научно-образовательного клинического центра неврологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), президент Российского общества по изучению боли, академик РАН, докт. мед. наук, профессор

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

Алексеева Людмила Ивановна – заведующая отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза Минздрава России ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», докт. мед. наук, профессор

Абузарова Гузель Рафиловна – руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, докт. мед. наук

Есеев Максим Александрович – научный руководитель по хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ (Больничская), докт. мед. наук, профессор

Кукушкин Михаил Львович – руководитель лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАН, ответственный секретарь Российского общества по изучению боли, докт. мед. наук, профессор

Копенкин Сергей Семенович – доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, канд. мед. наук

Липа Александр Михайлович – врио директора ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», докт. мед. наук, профессор

Лапина Татьяна Львовна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный

Таблица 6. Алгоритм назначения НПВП

ЖКТ	ССС		
	риск осложнений		
Риск осложнений	низкий	умеренный-высокий	очень высокий*
низкий	Любые НПВП	НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском: напроксен, целекоксиб, кетопрофен, низкие дозы ибупрофена (≤1200 мг/сут)	Избегать назначения любых НПВП
умеренный	н-НПВП + ИПП, с-НПВП	Напроксен + ИПП или целекоксиб	
высокий	Целекоксиб или эторикоксиб + ИПП	Целекоксиб + ИПП	

* – ИМ или ИИ/ТИА в анамнезе, ИБС, СД 2-го типа с поражением органов-«мишеней», ХСН ≥ 2 NYHA.

Алгоритм назначения НПВП 2018г.^{1,2}

		ССС риск		
		1	2	3
		Низкий	Умеренный и высокий	Очень высокий*
ЖКТ риск	Низкий	Любой НПВП (Дилакса®)	НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском: Напроксен (Налгезин форте®), целекоксиб (Дилакса®), низкие дозы ибупрофена (<1200мг)	По возможности избегать назначения любых НПВП**
	Умеренный	н-НПВП+ИПН, с-НПВП (Дилакса®)	целекоксиб* (Дилакса®) или напроксен* (Налгезин форте®)+ИПН	
	Высокий	целекоксиб (Дилакса®) или эторикоксиб+ИПН*** (Нольпаза®)	целекоксиб (Дилакса®)+ИПН*** (Нольпаза®)	

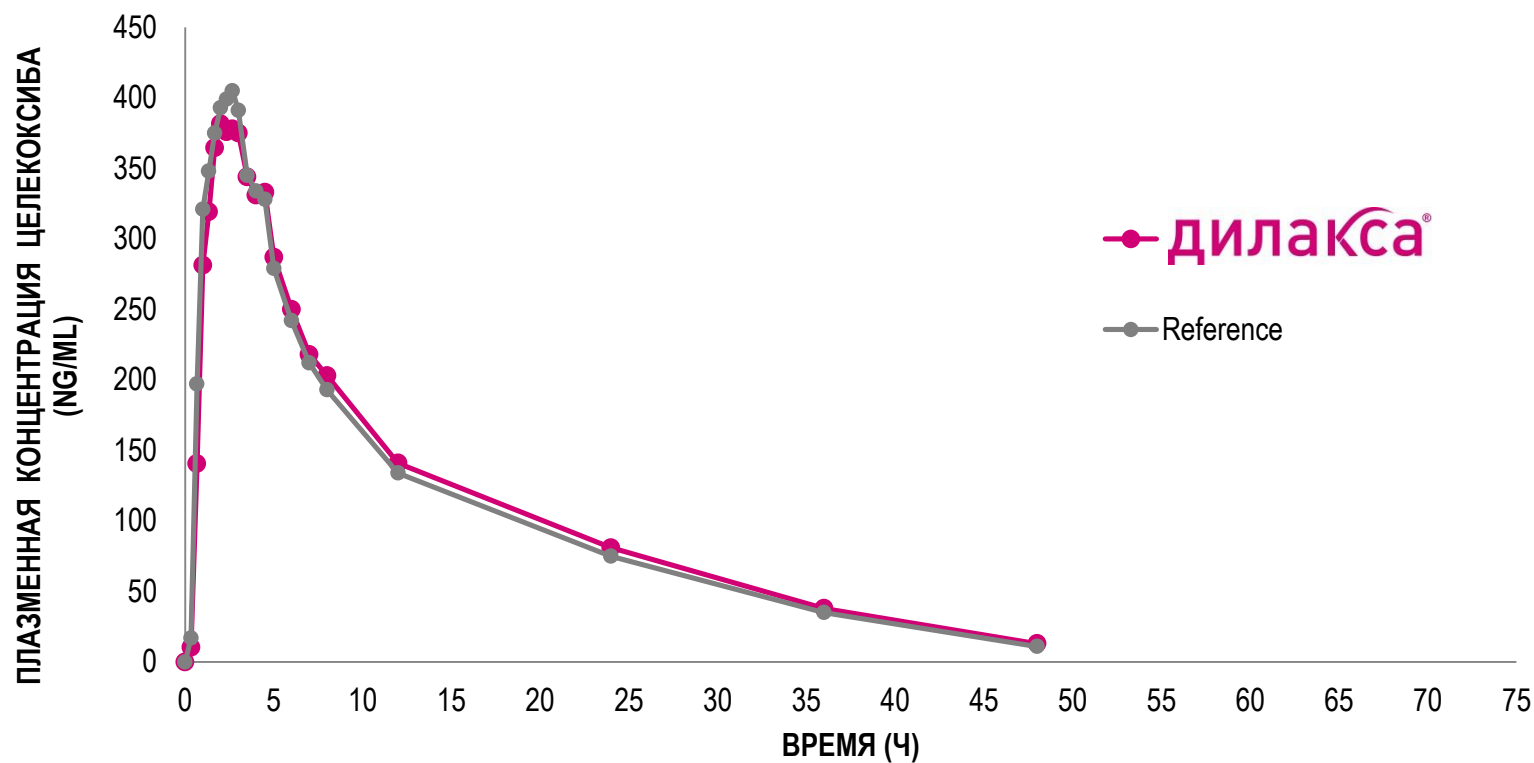
Примечание: *Рекомендуемая доза для длительного применения для целекоксиба 200 мг/сут, напроксена – 500 мг/сут.

Дополнение 1. Возможность назначения НПВП у лиц с очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений следует обсуждать лишь в тех случаях, когда предполагаемая польза от применения НПВП превышает вероятный вред, связанный с риском развития осложнений со стороны ССС. Решение вопроса о таком назначении лечащий врач принимает при обязательном согласовании с пациентом. НПВП у больных с очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений следует применять в минимальной эффективной дозе кратковременным курсом, достаточным для достижения требуемого клинического эффекта. В настоящее время препаратом выбора в этой ситуации следует считать **напроксен (Налгезин форте®).

***Дополнение 2. Для длительной профилактики НПВП-гастропатии у больных с коморбидными заболеваниями, получающих различные фармакологические средства, целесообразно использовать ИПН с минимальным риском лекарственных взаимодействий, такой как **пантопразол (Нольпаза®)**. Для профилактики развития НПВП-энтеропатии может быть использован ребамипид по 100 мг 3 раза в день курсами по 2 мес.

Дилакса® биоэквивалентна оригинальному целекоксибу.

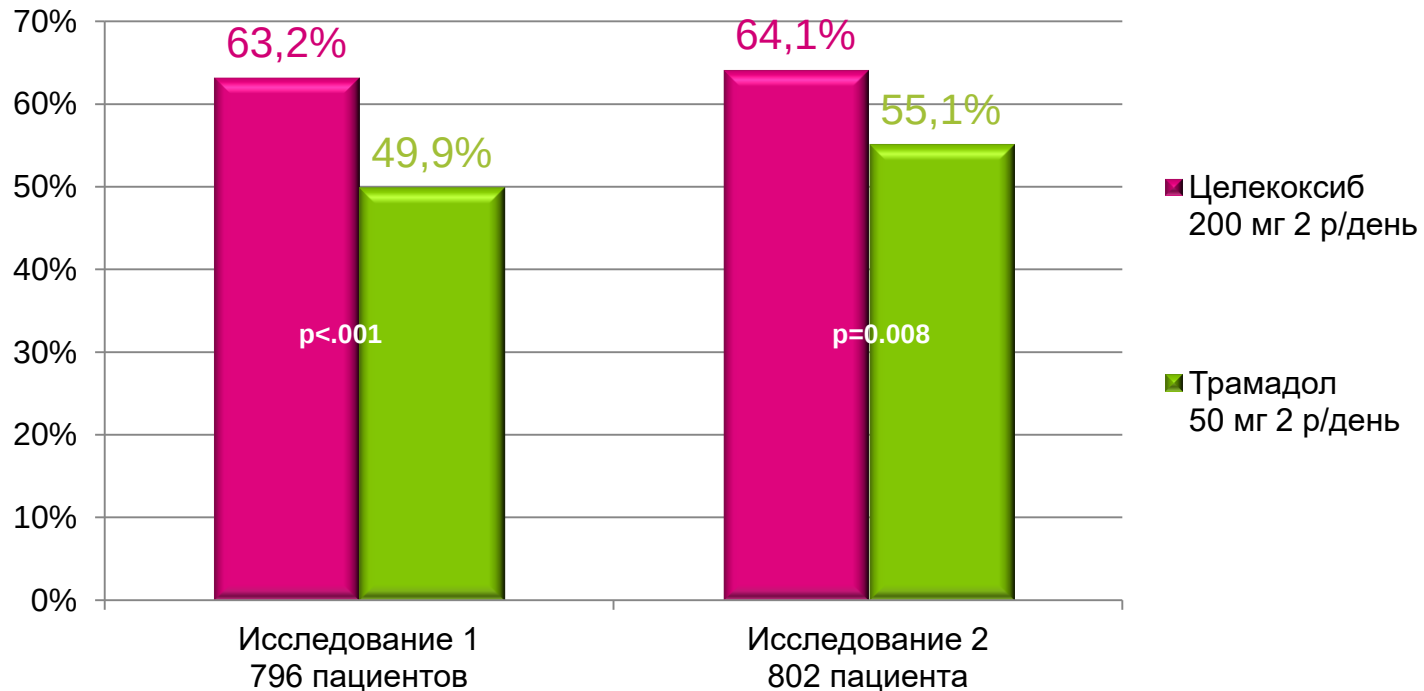
ЦЕЛЕКОКСИБ 200 МГ В КАПСУЛАХ.



Согласно сравнительному исследованию с трамадолом¹: Эффективность целекоксиба (Дилакса®) не уступает трамадолу в

лечении хронической боли

Эффективность терапии



1. O'Donnell J. и сотр. O'Donnell J., Ekman E., Spalding W., McCabe D. Analgesic effectiveness, tolerability, and safety of celecoxib versus tramadol in patients with chronic low back pain. ACR, 2007

Дилакса® зарегистрирована более
чем в 20 странах Европы.

дилакса®



Дилакса® – высокое качество КРКА

Цикл производства препарата Дилакса® соответствует строгим международным производственным и фармацевтическим стандартам и стандартам менеджмента качества.



ISO 9001



ISO 14001



ISO IEC 270001

Стратегия назначения НПВП у пациентов с рисками сердечно-сосудистых осложнений

Риск осложнений	Сердечно-сосудистая система	Рекомендуемая терапия боли
Низкий	SCORE <1% и отсутствие заболеваний CCC	1. н-НПВП + ИПП 2. с-НПВП
Умеренный	• Компенсированная лечением АГ и СН • Неосложненная ИБС • SCORE 1-4%	1. с-НПВП + низкие дозы АСК 2. н-НПВП + ИПП + низкие дозы АСК
Высокий	• ИБС + перенесенный инфаркт миокарда, операции на сердце (АКШ, эндоваскулярное стентирование и др.), ишемический инсульт • SCORE ≥5%	Избегать любых НПВП!

ССС – сердечно-сосудистая система; АГ – артериальная гипертензия; СН – сердечная недостаточность; ИБС – ишемическая болезнь сердца; АКШ – аорто-коронарное шунтирование; с-НПВП – селективный НПВП; н-НПВП – неселективный НПВП; ИПП – ингибитор протонной помпы; АСК – ацетилсалициловая кислота

Налгезин® ФОРТЕ – самый лучший НПВП для кардиологических пациентов

Согласно данным сайта РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА:¹



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

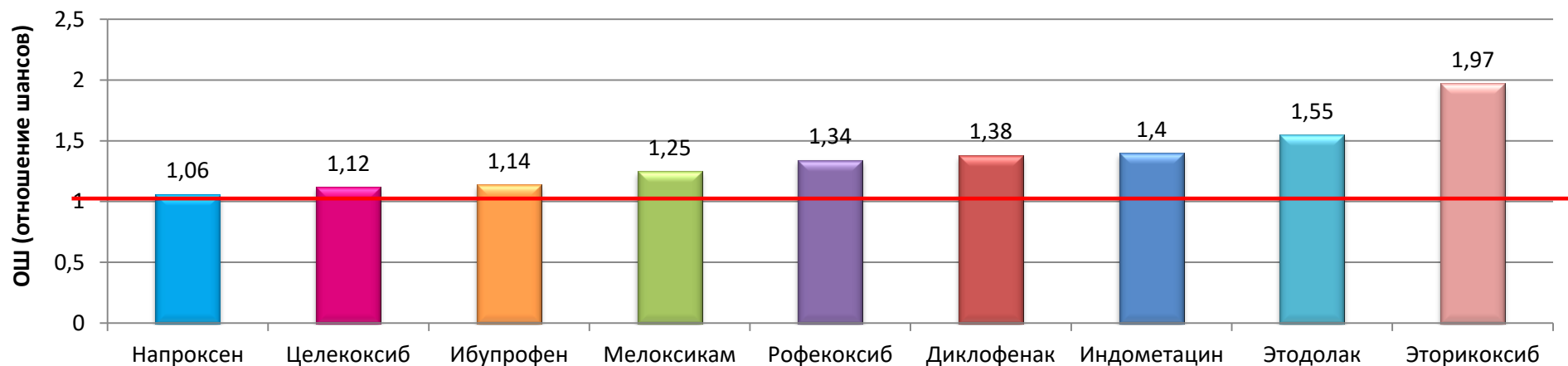
Напроксен – самый лучший из всех НПВП
для кардиологических пациентов

The screenshot shows the website of the Russian Cardiological Society. At the top, there is a login bar with fields for 'логин/e-mail' and 'пароль', and buttons for 'Войти', 'Регистрация', and 'Забыли пароль?'. Below this is a search bar with the text 'поиск' and social media icons for Facebook and YouTube. A navigation menu includes links for 'Главная', 'Новости', 'Общество', 'Мероприятия', 'Рекомендации', 'Партнеры', 'Издания', 'Проекты', and 'Форум'. The main content area displays a news article titled 'Напроксен – самый лучший из всех нестероидных противовоспалительных препаратов для кардиологических пациентов', dated 2010-01-11 00:00:00, with 1567 views. To the right of the article are two blue buttons: 'Вступить в общество' and 'Подписаться на рассылку'.

Налгезин® ФОРТЕ

Метаанализ 25 эпидемиологических исследований¹

Частота развития кардиоваскулярных осложнений при использовании различных НПВП у 100 000 пациентов



Налгезин®
форте

**– безопасное средство, в т.ч. для пациентов с
СС-риском!**

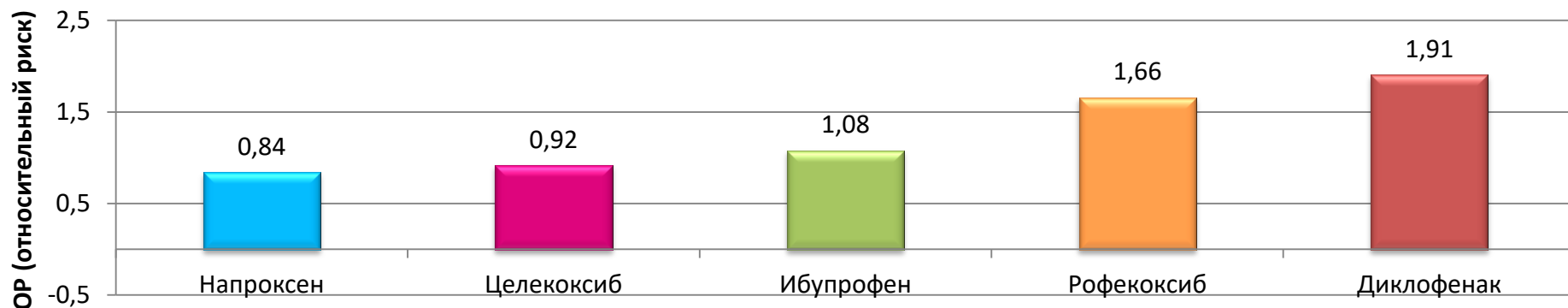
1. Varas-Lorenzo C, Riera-Guardia N, Calingaert B, et al. Myocardial infarction and individual nonsteroidal anti-inflammatory drugs meta-analysis of observational studies.

Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2013 Jun;22(6):559-70.

Налгезин® ФОРТЕ

Эпидемиологическое исследование
(Дания): оценка безопасности НПВП у
545 945 условно здоровых жителей
Дании, которые в течение
6 лет хотя бы 1 раз проходили терапию
НПВП¹

Развитие СС – осложнений

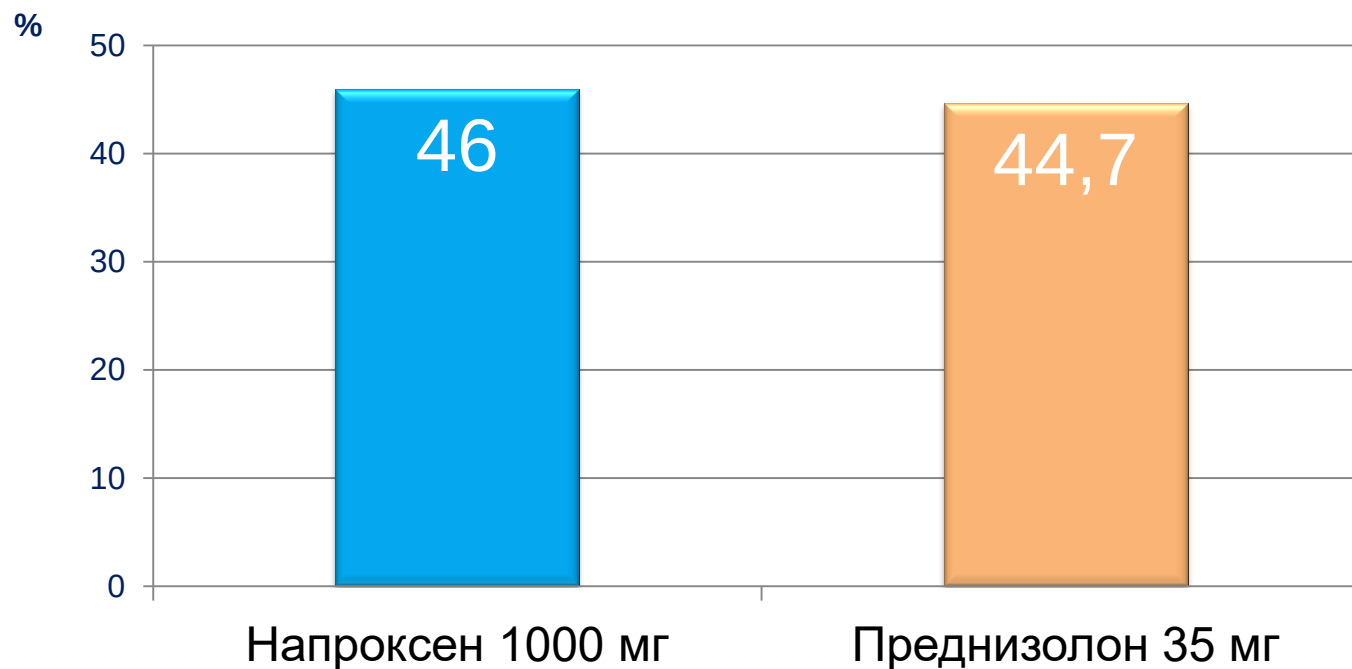


Налгезин®
форте

– безопасное средство, в т.ч. для пациентов с
СС-риском!

Напроксен (Налгезин® форте) – мощный противовоспалительный эффект¹ сравнимый с преднизолоном

Суммарное снижение боли через 90 мин у 120 пациентов
с подагрическим артритом



Налгезин® форте в России

Референтный
В дозе 550 мг
Проверенный



- Референтный напроксен в РФ¹



- Напроксен в дозе 550 мг в РФ²



- Единственный напроксен в РФ, подтвердивший эффективность на российских пациентах³

1. www.grls.rosminzdrav.ru

2. IMS, февраль 2019

3. Efficacy and safety of Nalgesin Forte (naproxen) in patients in the treatment of non-specific pain in the lumbo-sacral region of the spine (low-back)- final report. Data on file Krka d.d.; 2018

Алгоритм ведения пациента в кабинете лечения боли клиники «Ваше здоровье», Казань ,

Казань, ул .Достоевского 52, 8(843)537-93-93

[www. Klinika-zdorovya.ru](http://www.Klinika-zdorovya.ru)

■ Консультация невролога

использование опросников (DN4, ВАШ, дневник головной боли и т.д.)

■ Обследование

ЭНМГ

По необходимости (Ro,РКТ,МРТ,б/х крови , ОАК, ВП (br, тригем. и др.),

консультации смежных специалистов (

ревматолог,стоматолог,кардиолог,гастроэнтеролог)

■ Консультация психотерапевта

подбор антидепрессантов, психотерапия, психорелаксация)

Контроль лечения через 2 недели (невролог, терапевт)

- ВАЖНО!

- ОЦЕНИТЬ ФАКТОРЫ РИСКА ЖКТ и ССС-осложнений!

Что делать?

- Адекватный анализ клинических особенностей болевого синдрома, его фенотипа с определением стратегии лечения
- Влияние на личностные характеристики пациента
- Адекватное обезболивание в остром периоде боли



Где выход из лабиринта боли?



