

О.Н. Герасимова¹, В.А. Парфенов²¹Поликлиника № 6 ЗАО «Медицинские услуги», Москва, ²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике

Изучалась эффективность лекарственной терапии с использованием в качестве нестероидного противовоспалительного средства (НПВП) мелоксикама (мовалис) при неспецифической боли в спине и радикулопатии в амбулаторной практике (без применения физио-, рефлекс- и мануальной терапии). При обследовании 156 пациентов только у 6 (3,8%) выявлена специфическая причина боли в спине. Лекарственная терапия с использованием мовалиса у 150 пациентов с острой, подострой, хронической неспецифической болью в спине различной локализации или радикулопатией привела к значительному уменьшению выраженности боли (до 1–2 баллов по ВАШ) или полному ее регрессу в 97,3% случаев в течение 2–3 нед лечения. Отмечены хорошая переносимость терапии мовалисом и низкая частота побочных эффектов (1,7%) в виде легко выраженных желудочно-кишечных расстройств, хорошая переносимость комбинации мовалиса с противосудорожными средствами (прегабалин и габапентин), миорелаксантами (мидокалм) и мильгаммой, использованными у части пациентов.

Ключевые слова: неспецифическая боль в спине, специфическая боль в спине, радикулопатия, мелоксикам (мовалис).

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов vladimirparfenov@mail.ru

Management of patients with back pain in outpatient practice

O.N. Gerasimova¹, V.A. Parfenov²¹ZAO «Medical Services», Polyclinic Six, Moscow; ²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The authors studied the efficiency of drug therapy using the nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) meloxicam (Movalis) for non-specific back pain and radiculopathy in the outpatient practice (without physio-, reflex, and manual therapies). Examination of 156 patients revealed a specific cause of back pain only in 6 (3.8%). Drug therapy using Movalis in 150 patients with acute, subacute, chronic nonspecific back pain at various sites or radiculopathy resulted in a considerable reduction in pain (as high as 1–3 VAS scores) and its complete regression in 97.3% of cases within 2–3 weeks of treatment. Movalis therapy was found to be well tolerated and caused a low frequency of side effects (1.7%) as mild gastrointestinal disorders; Movalis used in combination with antiepileptic agents (pregabalin and gabapentin), myorelaxants (Midocalm) and Milgamma in some patients was ascertained to be also well tolerated.

Key words: nonspecific back pain, specific back pain, radiculopathy, meloxicam (Movalis).

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov vladimirparfenov@mail.ru

Боль в спине занимает одно из ведущих мест среди причин обращаемости в амбулаторной практике [1–5]. К острой боли в спине относят все случаи боли длительностью до 6 нед, к подострой боли – от 6 до 12 нед и к хронической боли – 12 нед и более. С болью в спине связаны огромные социально-экономические потери, обусловленные временной утратой трудоспособности, и существенное ухудшение качества жизни [1–5].

Боль в спине, вызванную патологией мышц спины, дегенеративными изменениями различных отделов позвоночника, расценивают как неспецифическую, на ее долю приходится основная часть обращений в амбулаторной практике [4, 5]. Реже боль бывает связана с компрессией спинномозгового корешка и его сосудов (радикулопатия) вследствие грыжи межпозвонкового диска в заднем и заднебоковом направлении, развития спондилоартроза с гипертрофией межпозвонковых суставов или образования остеофитов. Еще реже боль в спине (специфическая боль в спине) обусловлена особой причиной – новообразованием, затрагивающим позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), сирингомиелией, деструкцией позвонков и поражением нервных корешков при инфекционных процессах (остеомиелит, эпидурит), дисме-

таболических нарушениях (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), а также переломами позвоночника и др.

Врачебная тактика при острой неспецифической боли в спине заключается, с одной стороны, в ослаблении боли и как можно более быстром возвращении пациента к активному образу жизни, а с другой – в предупреждении повторных обострений и хронического течения болевого синдрома [2, 3, 5, 6]. Большое значение имеет ранняя двигательная активность, однако нет доказательств эффективности каких-либо методов лечебной гимнастики [7, 8]. Целесообразно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его быстрого излечения [4, 5]. Необходимо избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (например, длительной сидячей работы). Для ослабления боли эффективны анальгетики (парацетамол), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты [1–5].

В большинстве случаев неспецифическая скелетно-мышечная боль различной локализации (люмбагия, цервикалгия, торакалгия) проходит в течение нескольких дней или недель, радикулопатия – в течение недель или месяцев, но иногда боль принимает хроническое течение. Этому могут способствовать неадекватное лечение острой боли, дли-

тельный постельный режим, чрезмерное ограничение физических нагрузок, «болевого» тип личности, пониженный фон настроения, в части случаев заинтересованность пациента в длительной нетрудоспособности, аггравация симптомов или «рентное» отношение к болезни [3–5, 9].

При неспецифической острой боли в спине наиболее часто используют НПВП, которые высокоэффективны у таких больных. Механизм действия НПВП направлен на подавление ключевого фермента метаболизма арахидоновой кислоты циклооксигеназы (ЦОГ), которая участвует в выработке противовоспалительных простагландинов. Применение НПВП может вызвать желудочно-кишечные (желудочная и кишечная диспепсия, эрозивный гастрит, энтеропатия, язвы, кровотечения, перфорации), сердечно-сосудистые (артериальная гипертензия – АГ, дистрофия миокарда, недостаточность кровообращения, острая коронарная недостаточность) осложнения и др.

Риск осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), связанных с использованием НПВП, существенно снижается при назначении препаратов, преимущественно воздействующих на одну из изоформ ЦОГ – ЦОГ 2 [6, 10–12]. Среди препаратов этой группы наименьшим риском сердечно-сосудистых осложнений характеризуется мелоксикам (мовалис) – производное эноловой кислоты [13]. Период его полувыведения составляет 20 ч, поэтому препарат можно применять 1 раз в сутки. мовалис имеет формы для парентерального введения (15 мг/1,5 мл) и приема внутрь (7,5 и 15 мг). Для получения быстрого эффекта можно использовать так называемую ступенчатую терапию – внутримышечное введение 15 мг мовалиса в первые 3 или 5 дней лечения, после чего больных переводят на прием препарата внутрь.

В настоящее время известно большое количество исследований [11, 12, 14–21], в которых показаны эффективность и относительная безопасность мовалиса при острой неспецифической боли в спине. Однако в нашей стране проведено сравнительно мало исследований, в которых бы оценивались частота основных причин боли в спине (неспецифическая, радикулопатия, специфическая боль) в амбулаторной практике, а также эффективность лечения, проводимого по международным стандартам ведения пациентов с болью в спине [5, 22–24] без использования методов физио-, рефлекс- и мануальной терапии.

Цель настоящего исследования – изучение у пациентов с неспецифической болью в спине и радикулопатией частоты различных причин боли в спине (при первичном обращении в поликлинику) и оценка эффективности лекарственного лечения (без применения физио-, рефлекс- и мануальной терапии) с использованием мовалиса в дозе 15 мг/сут.

Материал и методы. В исследование включали пациентов с болью в спине в возрасте 18–75 лет, которые не имели тяжелых или нестабильных соматических, неврологических или психических, инфекционных заболеваний, злокачественного новообразования, острой травмы позвоночника. Все пациенты соответствовали критериям включения в наблюдение и обратились к неврологу в поликлиники ЗАО «Медицинские услуги» с жалобой на боль в спине. Обследование включало консультацию невролога, рентгенологическое исследование или компьютерную (КТ) либо магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника, клинический и биохимический анализы крови и др. У пациентов, которые ранее страдали болью в спине, выясняли, какое ле-

чение они получали, в том числе НПВП, его эффективность и наличие побочных эффектов.

С февраля по ноябрь 2010 г. в поликлинику обратились 156 пациентов с болью в спине. У 6 из них установлена специфическая причина боли в спине: у 2 – болезнь Бехтерева, у 1 – миеломная болезнь, у 1 – травматическое поражение позвоночника, у 1 – опухолевое поражение позвоночника, у 1 – ревматоидный полиартрит. Пациенты этой группы были несколько старше остальных больных, их средний возраст составил 58,5 года. Все пациенты со специфической болью в спине направлены к соответствующим специалистам. У остальных 150 больных (92 женщины и 58 мужчин) была неспецифическая причина боли в спине или радикулопатия. Все они получали мелоксикам (мовалис): 58 больных – по 15 мг/сут внутрь, остальные 92 – сначала внутримышечные инъекции по 15 мг/сут в течение 3–5 дней, а затем по 15 мг/сут внутрь. Большинство (99) пациентов получали миорелаксанты (преимущественно мидокалм по 300–450 мг/сут в 2 или 3 приема). 54 пациента с дискогенной радикулопатией и неспецифической болью в спине принимали противоэпилептические средства (преимущественно Лирику по 150 мг/сут или Нейронтин по 300–900 мг/сут). 68 пациентов, страдавших дискогенной радикулопатией и неспецифической болью в спине, получали мильгамму в виде инъекций или таблеток. Для профилактики возможных осложнений 14 пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями использовали ингибитор протонной помпы омез (омепразол) по 20 мг/сут. 19 пациентов с выраженной тревожностью принимали транквилизаторы, 2 с депрессивным синдромом – антидепрессанты.

Все пациенты получили рекомендации специалиста по лечебной гимнастике в отношении двигательной активности, упражнений, необходимости избегания подъема тяжестей, длительного пребывания в неудобном положении. У этих больных не планировалось использовать физио-, рефлекс- и мануальную терапию, а также массаж и другие методы лечения в случае положительного результата только лекарственной терапии (мовалис) и лечебной гимнастики.

Результаты исследования. Клиническая характеристика 150 пациентов, у которых исключены специфические причины боли в спине, представлена в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, у пациентов преобладала поясничная локализация боли, в большинстве случаев отмечалась неспецифическая боль. Независимо от длительности существования боли интенсивность ее в основном была значительной (7–10 баллов по ВАШ), что существенно нарушало повседневную активность, а у работающих пациентов приводило к временной нетрудоспособности. Средняя интенсивность боли по ВАШ составила в группе острой боли $8,3 \pm 1,4$ балла, в группе подострой боли – $8,3 \pm 1,7$ балла, в группе хронической боли – $7,4 \pm 1,6$ балла.

Длительность боли до момента обращения к неврологу колебалась от 1 до 300 дней, составляя в среднем $12,0 \pm 9,2$ дня в группе острой боли, $60,5 \pm 9,1$ дня в группе подострой боли и $149,2 \pm 84,6$ дня в группе хронической боли. Большинство пациентов самостоятельно (или по рекомендации других врачей) использовали мази, различные анальгетики, НПВП (табл. 2), но это лечение не давало существенного результата.

Значительная часть пациентов имели сопутствующие хронические заболевания. В возрастной группе 50 лет и старше одно или несколько хронических заболеваний наблюдалось более чем у половины пациентов. Наличие хро-

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов с болью в спине до лечения

Клиническая характеристика пациентов	Острая боль в спине (n=112)	Подострая боль в спине (n=20)	Хроническая боль в спине (n=18)
Средний возраст, годы	45,2±12,3	50,1±14,1	56,3±12,1
М/ж	44/68	8/12	6/12
Локализация боли:			
шейная	34 (30,4)	3 (15)	9 (50)
грудная	10 (8,9)	1 (5)	—
поясничная	68 (60,7)	16 (80)	9 (50)
Неспецифическая боль в спине	84 (75)	13 (65)	15 (83,3)
Радикулопатия	28 (25)	7 (35)	3 (16,7)
Боль в спине в анамнезе	95 (84,4)	9 (45)	9 (50)
Интенсивность боли по ВАШ, баллы:			
9–10	47 (41,9)	9 (45)	4 (22,2)
7–8	47 (41,9)	6 (30)	8 (44,4)
4–6	18 (16,1)	5 (25)	6 (33,3)
АГ	26 (23,2)	5 (25)	8 (44,4)
ИБС или инсульт в анамнезе	7 (6,3)	4 (20)	2 (11,1)
СД	3 (2,6)	—	3 (16,6)
Хронические заболевания:			
ЖКТ (язвенная болезнь)	11 (9,8)	2 (10)	1 (10)
другие	23 (20,5)	5 (25)	7 (38,9)

Примечание. В скобках – показатели в % (здесь и в табл. 2, 3). СД – сахарный диабет.

нических заболеваний сердечно-сосудистой системы и ЖКТ существенно повышало риск возможных осложнений, связанных с приемом анальгетиков и НПВП (см. табл. 1).

В результате лечения у всех пациентов уменьшилась или полностью прошла боль в спине, восстановилась повседневная активность, за исключением 1 пациента со слабостью в стопе. Выраженность боли по ВАШ в конце лечения представлена в табл. 3.

Как видно из данных табл. 3, боль полностью прошла у 24% пациентов, стала минимальной (1–2 балла по ВАШ) у 73,3% и умеренной у 2,7%. Это позволяет оценить результаты лечения у большинства (97,3%) пациентов как отличные и хорошие (основной критерий эффективности исследования) и только у 2,7% как удовлетворительные.

Длительность заболевания до обращения в поликлинику и длительность лечения с использованием мовалиса в группах пациентов с болью в спине представлены на рисунке.

Средняя длительность лечения в группе острой боли в спине колебалась от 2 до 42 дней (в среднем 12 дней), в группе подострой боли – от 10 до 36 дней (в среднем 18 дней), в группе хронической боли – от 7 до 35 дней (в среднем 18 дней). Средняя длительность лечения была выше при радикулопатии, чем при неспецифической боли в спине (табл. 4). Эти различия были достоверны в группах пациентов с острой и подострой болью и имели тенденцию к достоверности в группе пациентов с хронической болью, что связано с относительно небольшим числом больных хронической радикулопатией.

У 148 (98,7%) из 150 пациентов не наблюдалось нежелательных явлений во время лечения. Только 2 (1,3%) больных отметили неприятные ощущения в виде боли в животе

Таблица 2. Лекарственные средства, использованные пациентами до начала лечения мовалисом

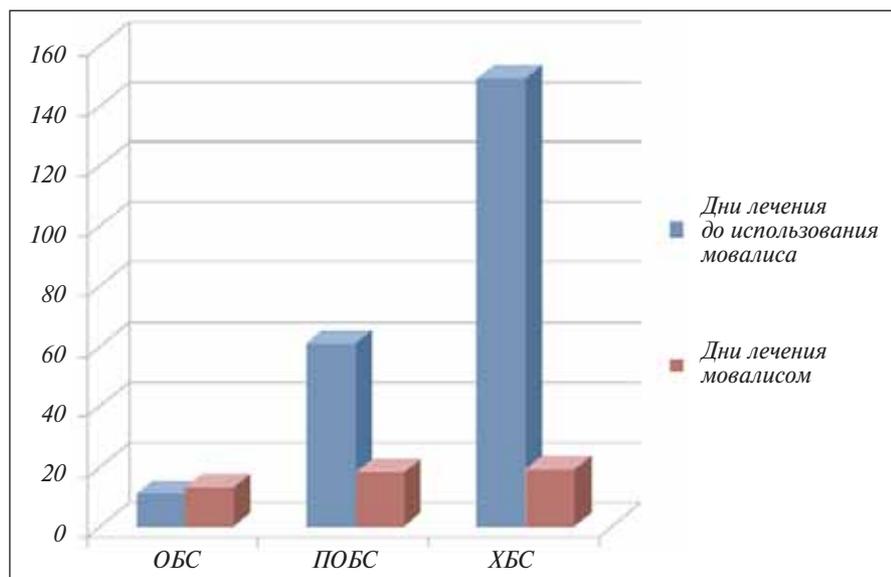
Лекарственные средства	Число пациентов
Мази (меновазин, финалгон и др.)	98 (65,3)
НПВП (кроме мовалиса)	44 (29,3)
Мовалис	3 (2,0)
Анальгетики (парацетамол и др.)	23 (15,3)
Миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд)	26 (17,3)
Витамины (мильгамма и др.)	14 (9,3)

и вздутия, которые прошли в течение недели и не потребовали отмены лечения. У всех пациентов при повторных консультациях измеряли АД, при этом ни в одном случае не отмечено его повышение. Важно, что все пациенты, принимавшие антигипертензивные средства до начала лечения мовалисом, продолжили их прием, что способствовало поддержанию нормального уровня АД.

Обсуждение результатов. Результаты исследования показали относительно низкую частоту специфической боли в спине при обращении к неврологу. При обследовании 156 пациентов только у 6 (3,8%) из них выявлена специфическая причина боли в спине, что совпадает с данными других авторов [2, 3, 5, 11, 25] об относительно редкой частоте специфической боли в спине в амбулаторной практике. Во всех случа-

Таблица 3. *Выраженность боли по ВАШ в конце лечения*

Группа пациентов	ВАШ, баллы		
	отсутствие боли	1–2	3–4
Острая боль (n=112)	31 (27,7)	79 (70,5)	2 (1,8)
Подострая боль (n=20)	2 (10)	18 (90)	–
Хроническая боль (n=18)	3 (16,7)	13 (72,2)	2 (11,1)
Всего (n=150)	36 (24)	110 (73,3)	4 (2,7)



Средняя длительность заболевания (дни) до обращения в поликлинику и длительность лечения (дни) с использованием мовалиса. ОБС – острая боль в спине, ПОБС – подострая боль в спине, ХБС – хроническая боль в спине

Таблица 4. *Средняя длительность лечения (дни) с использованием мовалиса у пациентов с неспецифической болью в спине и радикулопатией*

Группа пациентов	Неспецифическая боль в спине	Радикулопатия
Острая боль	12,1±4,4 (n=84)	17,3±8,6* (n=28)
Подострая боль	16,3±4,0 (n=13)	21,5±7,8* (n=7)
Хроническая боль	16,7±7,2 (n=15)	25,7±10,7 (n=3)

Примечание. * – $p < 0,05$.

ях предположение о специфическом характере боли в спине возникало на основании жалоб больного, данных анамнеза и обследования, в дальнейшем диагноз был подтвержден результатами рентгенографии, КТ или МРТ позвоночника. Полученные данные еще раз подчеркивают важность тщательного сбора анамнеза и соматического обследования для выявления симптомов «опасности», или «красных флажков».

В исследовании, проведенном ранее [26], мы отметили высокую эффективность и безопасность мовалиса при острой неспецифической боли в спине. Сходные данные приводят и другие авторы [11, 12, 14–21]. В настоящем исследовании подтверждены эффективность и безопасность терапии

мовалисом при острой, подострой и хронической боли в спине у пациентов, которые до обращения в поликлинику без эффекта лечились мазями, ненаркотическими анальгетиками и даже другими НПВП. Положительный результат лечения у наших пациентов во многом объясняется также использованием когнитивно-поведенческой психотерапии, которая заключалась в разъяснении пациенту сути заболевания (болезненное напряжение мышц во многих случаях), возможности его благоприятного исхода при постепенном увеличении двигательной активности. В настоящее время когнитивно-поведенческая психотерапия рассценивается как один из наиболее эффективных методов лечения хронической неспецифической боли в спине [3, 5, 27]. Положительный эффект лечения во многом был вызван и тем, что большинство пациентов получили рекомендации в отношении увеличения двигательной активности, необходимости регулярных занятий лечебной физкультурой, пеших прогулок, избегания подъема тяжестей и длительного пребывания в неудобном положении. При этом ни у одного из них не возникло необходимости в использовании физио-, рефлекс- и мануальной терапии, что существенно снизило стоимость лечения.

Эффективность лекарственной терапии отмечена и при радикулопатии, однако длительность лечения в этих случаях была существенно выше, чем при неспецифической боли в спине, что согласуется с данными литературы [3, 7]. У больных радикулопатией мы использовали лирику (прегабалин) или нейронтин (габапентин), которые эффективны при невропатической боли [3, 22–24, 28, 29].

В современных рекомендациях по лечению неспецифической боли в спине [5] подчеркивается большое значение информирования пациента о благоприятном исходе заболевания, возможности быстрого восстановления и возвращения к привычному образу жизни и работе. Беседа со многими пациентами убедила нас в том, что неправильные представления о заболевании замедляют процесс выздоровления. Так, пациенты считали, что грыжа межпозвоночного диска указывает на плохой прогноз заболевания и с высокой долей вероятности потребует хирургического лечения, они не знали, что мышечное напряжение – одна из наиболее частых, но имеющих благоприятный прогноз причин боли в спине. Значительная часть пациентов с болью в спине придерживались постельного или полупостельного ре-

жима, считая движение опасным и способным ухудшить их состояние.

Основными препаратами для купирования острой неспецифической боли в спине являются НПВП. Результаты нашего исследования согласуются с мнением других авторов [10–12, 14–17, 19, 21] о том, что одним из самых безопасных НПВП при неспецифической боли является мовалис (мелоксикам). Это связано с его высокой эффективностью и низкой частотой побочных эффектов по сравнению с другими НПВП, в частности, диклофенком [11, 18, 20]. У ряда пациентов, включенных в настоящее исследование, лечение болевого синдрома начиналось с применения диклофенака, но оно сопровождалось побочными эффектами, что не позволило добиться положительного результата. У всех этих пациентов последующая медикаментозная терапия с использованием мовалиса дала положительный эффект без каких-либо нежелательных явлений.

Значительная часть пациентов, включенных в исследование, были 50 лет и старше, имели желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и другие заболевания, что повышало вероятность развития у них побочных эффектов терапии НПВП. Однако ни у одного пациента мы не наблюдали серьезных осложнений, кроме боли в животе и ощущения вздутия в 1,7% случаев, что не потребовало прекращения лечения и привело к регрессу болевого синдрома. В проведенном нами ранее исследовании мовалиса у 70 пациентов с острой болью в спине [26] отмечена более высокая (4,3%) частота ЖКТ-осложнений. Более низкую частоту осложнений в настоящем исследовании можно объяснить тем, что мы более настоятельно, чем в первом исследовании, рекомендовали пациентам с высоким риском ЖКТ-осложнений применять ингибиторы протонной помпы (омез) и подавляющее большинство пациентов следовали нашей рекомендации. В большинстве случаев длительность курса лечения мовалисом не превышала 2 или 3 нед, что уменьшало вероятность ЖКТ-осложнений, даже у пациентов с высоким риском их развития.

О безопасности применения мовалиса свидетельствуют данные метаанализа 28 клинических исследований (24 196 больных), которые показали, что лечение этим препаратом сопровождается меньшим риском развития ЖКТ-осложнений, чем использование традиционных НПВП (ди-

клофенак, напроксен и пироксикам), и более низким числом тромбоэмболических осложнений, чем при терапии диклофенаком [12]. В большом сравнительном исследовании, включавшем более 9 тыс. пациентов, выявлено, что у получавших мелоксикам частота побочных ЖКТ-эффектов (тошнота, рвота, диарея, боль в животе и др.) была достоверно ниже, чем у получавших диклофенак [21].

Результаты проведенного исследования согласуются с данными о том, что в случае правильной врачебной тактики острая, подострая и хроническая неспецифическая боль в спине проходит в большинстве случаев в течение нескольких дней или недель [2, 3, 5]. Радикулопатия (невропатическая боль) требует более длительного лечения, и в этом случае эффективны противоэпилептические средства (габапентин, прегабалин), позволяющие достигнуть у многих больных положительного результата без хирургического лечения (оно необходимо при радикулопатии, вызывающей компрессию корешков конского хвоста, парезы стоп, нарушение функции тазовых органов или при длительной неэффективности консервативного лечения болевого синдрома) [2, 3].

Заключение. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что специфическая боль в спине встречается в амбулаторной практике относительно редко (3,8% случаев). Лекарственная терапия с использованием мовалиса (мелоксикама) у 150 пациентов с острой, подострой, хронической неспецифической болью в спине различной локализации или радикулопатией привела к полному регрессу боли или ее выраженному уменьшению (1–2 балла по ВАШ) в 97,3% случаев в течение 2–4 нед лечения. Отмечены хорошая переносимость терапии мовалисом и низкая частота побочных эффектов (1,7%), которые проявлялись легко выраженными желудочно-кишечными расстройствами и носили преходящий характер, в процессе лечения не наблюдалось повышения АД. Констатирована хорошая переносимость комбинации мовалиса с противоэпилептическими средствами (прегабалином и габапентином), миорелаксантами (мидокалм) и мильгаммой, использованными у части пациентов. Положительный эффект у пациентов с болью в спине (особенно подострой и хронической) во многом может быть обусловлен применением когнитивно-поведенческой психотерапии и лечебной гимнастики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине). *Боль* 2005;4:26–30.
2. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: *Болезни нервной системы. Рук-во для врачей*. Под ред. Н.Н. Яхно. Т.2. М., 2005;306–31.
3. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М., 2010;368 с.
4. Bogduk N., McGuirk B. *Medical management of acute and chronic low back pain*. Amsterdam: Elsevier, 2002.
5. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. *European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care*. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl. 2):169–91.
6. Shen F.H., Samartzis D., Andersson G.B. *Nonsurgical management of acute and chronic low back pain*. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;8:477–87.
7. Dugan S.A. The role of exercise in the prevention and management of acute low back pain. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:615–32.
8. Hayden J.A., van Tulder M.W., Malmivaara A. et al. Exercise therapy for treatment of nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD000335.
9. Burton A.K., Balague F., Cardon G. et al., for the COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:541–55.
10. Насонова В.А. Мелоксикам (мовалис) – селективный ингибитор ЦОГ-2 в клинической практике. *Науч-практич ревматол* 2000;4:16–21.
11. Degner F., Lanes S., van Ryn J. et al. *Pharmacological and clinical profile meloxicam. Therapeutic roles of selective COX-2 inhibitors*. Vane J.R., Botting R.M. (Eds). London: William Harvey Press, 2001.
12. Singh G., Lanes S., Triadafilopoulos S. Risk of serious upper gastrointestinal and cardiovascular thromboembolic complications with meloxicam. *Am J Med* 2004;117:100–6.
13. Мазуров В.И. Применение мелоксикама (Мовалиса) у больных с ревматическими заболеваниями с сопутствующей ишемической болезнью сердца. *Клин мед* 2004;12:54–9.
14. Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В. Применение мелоксикама (мовалиса) в лечении лумбоишиалгического синдрома. *Боль* 2004;4:49–53.
15. Гузева В.И., Гайгалас Л.М., Разумовский М.А. Мовалис в лечении острых дорсопатий. *Журн неврол и психиатр* 2004;5:58–9.
16. Филатова Е.Г., Кондриков А.В., Истомина О.И. Эффективность и переносимость

лечения боли в нижней части спины с использованием инъекционной и таблетированной форм Мовалиса (мелоксикама). Фарматека 2008;3:23–5.

17. Шостак Н.А., Аксенова А.В., Шеметов Д.А. и др. Опыт применения Мовалиса при синдроме болей в нижней части спины (LBP). Тер арх 1999;11:50–2.

18. Colberg K., Hettich M., Sigmund R. et al. The efficacy and tolerability of an 8-day administration of intravenous and oral meloxicam: a comparison with intramuscular and oral diclofenac in patients with acute lumbago. German Meloxicam Ampoule Study Group. Curr Med Res Opin 1996;13:363–77.

19. Del Tacca M., Colucci R., Fornai M. et al. Efficacy and tolerability of meloxicam, COX-2 preferential nonsteroidal anti-inflammatory drug. Clin Drug Invest 2002;22(12):799–818.

20. Dreiser R.L., Parc J.M., Velicitat P. et al. Oral meloxicam is effective in acute sciatica:

two randomized, double-blind trials versus placebo or diclofenac. Inflammation Res 2001; 50(Suppl. 1):17–23.

21. Hawkey C. et al. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared diclofenac in osteoarthritis patients. International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment. Rheumatol (Oxford) 1999;38:793–8.

22. Attal N., Cruccu G., Baron R. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol 2010;17(9):1113–e88.

23. Chou R., Atlas S.J., Stanos S.P. Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. Spine 2009;34:1078–93.

24. Dworkin R.H., O'Connor A.B., Backonja M. et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations.

Pain 2007;132:237–51.

25. Russo R.B. Diagnosis of low back pain: role of imaging studies. Clin Occup Environ Med 2006;5:571–89.

26. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Лечение острой неспецифической боли в спине в амбулаторной практике. Неврол нейропсихиатр психосом 2009;3–4:40–6.

27. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли. Неврол нейропсихиатр психосом 2010;1:9–13.

28. Подчуфарова Е.В. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия. Неврол нейропсихиатр психосом 2010;3:32–9.

29. Chou R., Huffman L.H. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med 2007;147:492–504.

Г.М. Джанумова, А.В. Будкевич, Л.Б. Иванов

Консультативно-диагностический центр при Московской детской городской клинической больнице № 9 им. Г.Н. Сперанского

Тенотен детский в терапии ночного энуреза у детей

Цель исследования — изучение эффективности тенотена детского при лечении вторичного ночного энуреза у детей.

Материал и методы. Проведено сравнительное рандомизированное исследование результатов лечения 36 детей 5 — 15 лет с вторичным энурезом, которые получали тенотен детский (1-я группа — 18 детей) и фенибут (2-я группа — также 18 детей). Тенотен детский назначали по 1 таблетке 3 раза в сутки под язык в течение 2 мес. Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям (количество эпизодов ночного недержания мочи в течение 1 мес и балльная шкала тревожности).

Результаты исследования. Отмечались существенное снижение или полное исчезновение эпизодов ночного энуреза у большинства детей, а также уменьшение уровня тревожности. Позитивная динамика клинических симптомов сопровождалась тенденцией к нормализации спектрально-когерентных показателей ЭЭГ.

Заключение. Лечение тенотеном детским приводит к уменьшению частоты ночных эпизодов недержания мочи, а в ряде случаев — к их прекращению, положительно влияет на психологическое состояние детей, улучшает показатели биоэлектрической активности головного мозга. Препарат не имеет побочных эффектов и хорошо переносится.

Ключевые слова: ночной энурез, тенотен детский.

Контакты: Галина Михайловна Джанумова janumov@mail.ru

Pediatric Tenoten in therapy of childhood nocturnal enuresis

G.M. Dzhanumova, A.V. Budkevich, L.B. Ivanov

Consulting and Diagnostic Center, G.N. Speransky Moscow City Children's Clinical Hospital Nine

Objective: to study the efficacy of pediatric Tenoten in the treatment of secondary nocturnal enuresis in children.

Subjects and methods. A comparative randomized study of the results of treatment was conducted in 36 children aged 5 to 15 years with secondary enuresis, who received pediatric Tenoten (n = 18; Group 1) and fenibut (n = 18; Group 2). Tenoten (pediatric formulation) was given a sublingual tablet thrice daily for 2 months. Therapeutic effectiveness was evaluated by clinical parameters (the number of nocturnal enuresis episodes per month and anxiety scale scores).

Results. There was a significant reduction or complete cessation of nocturnal enuresis episodes in the majority of children and a decrease in anxiety levels. Positive clinical changes were accompanied by a trend toward normalization of spectral coherent EEG characteristics.

Conclusion. Treatment with pediatric Tenoten results in a reduction in the rate of nocturnal enuresis episodes and, in some cases, in their cessation, positively affects the psychological status of children, and improves the indicators of brain bioelectrical activity. The drug causes no adverse reactions and is well tolerated.

Key words: nocturnal enuresis, pediatric Tenoten.

Contact: Galina Mikhailovna Dzhanumova janumov@mail.ru