

УДК 617.559-009.7-085.213

DOI: 10.22141/2224-0713.3.89.2017.104243

Семенова А.В.¹, Иванова М.Ф.^{2,3}, Суничук Н.Н.¹, Глазовская И.И.²¹Национальный военно-медицинский центр «Главный военный клинический госпиталь», г. Киев, Украина²Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины, г. Киев, Украина³Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины, г. Киев, Украина

Прегабалин при боли в нижней части спины

Резюме. В статье отражена актуальность проблемы боли в нижней части спины. Представлены основные причины, дана классификация боли по времени, патофизиологическим механизмам. Отражены основные принципы диагностики нейропатического компонента болевого синдрома. Обоснованы подходы к патогенетической терапии с применением прегабалина.

Ключевые слова: боль в нижней части спины; причины; классификация; лечение; прегабалин

Боль является наиболее частой причиной обращения пациента к врачу во всем мире.

При этом среди всех болевых синдромов боль в спине занимает лидирующее положение. Периодически повторяющимися болями в спине страдает 30–60 % населения [1], из них 70–80 % — болями в нижней части спины (БНЧС) [1, 2]. Это является актуальной междисциплинарной проблемой, так как БНЧС может наблюдаться при ряде неврологических, ортопедических, ревматологических, соматических и других заболеваний [3].

Синдром боли в нижней части спины определяется как ощущение боли либо дискомфорта, локализованное в области ниже заднего края реберной дуги и выше ягодичных складок, с наличием или без иррадиации боли в одну или обе нижние конечности [4].

Лица всех возрастных категорий могут обращаться за помощью по поводу БНЧС, но пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст (от 30 до 60 лет) [5, 6], что является актуальной медицинской и социальной проблемой, требует существенных экономических затрат на диагностику и лечение.

Согласно анализу Глобального бремени болезней 2010 года, БНЧС является наиболее распространенной причиной YLDs (Years Lived with Disability — количество лет, прожитых с инвалидностью) и занимает шестое место согласно показателю DALYs (Disability Adjusted Life Years — показатель, оценивающий суммарное бремя болезни) во всем мире [7].

БНЧС может быть проявлением различных заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, мягких тканей и пр.

В табл. 1 представлена частота встречаемости боли в спине в зависимости от причин, ее вызывающих, с учетом механизма развития.

Существуют различные классификации боли в нижней части спины [9–12]: по происхождению (вертеброгенные, невертеброгенные; первичные, вторичные; специфические, неспецифические), длительности болевого синдрома, патофизиологическим механизмам болевого синдрома и др.

По происхождению выделяют вертеброгенную (спондилогенную) боль, связанную с патологией позвоночника (дегенеративного-дистрофического, травматического, воспалительного, неопластического и иного характера), и невертеброгенную, вызванную заболеваниями внутренних органов, психогенными факторами, патологией мышц и др. [10].

Некоторые авторы [13, 14] подразделяют боль на специфическую и неспецифическую. Чаще всего БНЧС носит неспецифический характер [15]. Она может возникать вследствие мышечного перенапряжения, например неподготовленного движения или интенсивной физической нагрузки, что приводит к травме и растяжению мышц спины, надрывам мышечных и соединительнотканых волокон, особенно в местах прикрепления мышц. Неспецифические боли носят

доброкачественный характер и связаны с механической причиной, приводящей к перегрузке мышечно-связочного аппарата позвоночника. Специфические боли могут быть следствием компрессии корешков спинного мозга, заболеваний внутренних органов (желудка, поджелудочной железы, кишечника, брюшной аорты, мочеполовых органов и др.), воспалительных инфекционных и неинфекционных заболеваний позвоночника, метастазов в позвоночник при онкологических процессах, компрессионных переломах позвонков при остеопорозе и др.

Выделяют первичные и вторичные БНЧС. Первичные обусловлены дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника, вторичные — другими причинами (травмы, метастатические и воспалительные заболевания позвоночника, остеопороз, миеломная болезнь и др.).

По времени выделяют: острые, подострые и хронические боли. К острым болям в спине относят все случаи, при которых длительность боли не превышает шести недель. Боли, которые сохраняются от 6 до 12 недель, расцениваются как подострые, а боли длительностью свыше 12 недель — как хронические. Некоторые авторы [9, 10] выделяют боль транзиторную и рецидивирующую.

Согласно литературным данным [13], у 10–30 % больных трудоспособного возраста острая боль может

трансформироваться в хроническую. Тем не менее опубликованный систематический обзор проспективных когортных исследований [16] позволяет предположить, что у двух третей пациентов со временем развивается синдром хронической БНЧС. Неадекватное лечение даже благоприятных по прогнозу неспецифических болей в нижней части спины ухудшает прогноз, способствует их хроническому течению, существенно снижает качество жизни пациента [17].

Для клиницистов важной является и патогенетическая (патофизиологическая) классификация боли, которая дает возможность дифференцированно подходить к терапии боли. Выделяют ноцицептивную, нейропатическую, смешанную, а также психогенную боль [2, 9].

Ноцицептивная боль возникает при воздействии повреждающего фактора (механического, термического, химического) на болевые рецепторы, в том числе в случае местного воспалительного процесса. Патофизиология ноцицептивной боли: повышение возбудимости ноцицепторов — сенситизация. Ноцицептивная боль чаще бывает острой [9]. Боли, обусловленные раздражением ноцицепторов, хорошо купируются нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) [9].

Нейропатическая боль возникает при органическом поражении периферической или центральной

Таблица 1. Частота встречаемости боли в нижней части спины с учетом причин и механизма развития [8]

Механические* причины БНЧС с распространением в нижние конечности (97 %)	Немеханические причины БНЧС (1 %)	Висцеральная патология (2 %)
Растяжение связок, мышц поясничной области	Множественная миелома	Патология тазовых органов: — простатит; — эндометриоз; — другие хронические воспалительные заболевания, поражающие тазовые органы
Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника	Метастатическая карцинома	
Грыжи дисков	Лимфома либо лейкемия	Патология почек: — нефролитиаз; — пиелонефрит; — паранефральный абсцесс
Стеноз поясничного канала	Опухоли спинного мозга	
Компрессионный перелом (остеопороз)	Опухоли ретроперитонеального пространства	
Спондилолистез	Первичные опухоли позвоночника	
Травматический перелом	Инфекционные поражения: — остеомиелит; — септический дисцит; — эпидуральный абсцесс; — опоясывающий лишай; — болезнь Педжета	Сосудистые заболевания: — аневризма аорты
Врожденные пороки развития		
Гиперкифоз		Гастроэнтерологическая патология: — панкреатит; — холецистит; — пенетрирующая язва
Гиперлордоз		
Добавочный позвонок		
Спондилолиз		
Нарушение целостности фиброзного кольца диска	Воспалительные артропатии: — анкилозирующий спондилит; — псориатический спондилит; — реактивный артрит	
Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента		

Примечание: * — термин «механические причины» используется с целью обозначения анатомического либо функционального нарушения, в основе которого не лежат заболевания неопластического, воспалительного либо другого специфического генеза [8].

нервной системы, при этом болевые ощущения могут возникать вне связи с раздражением рецепторного аппарата. Наиболее яркими примерами нейропатической боли являются невралгии, фантомный синдром, боль при периферической нейропатии, деафферентационная боль и таламический болевой синдром [9].

Клиническая структура хронической БНЧС гетерогенна. При хронической БНЧС нейропатическая боль может быть вызвана поражением ноцицептивных терминальных отростков в патологически измененном диске (локальная нейропатическая боль), механической компрессией нервного корешка (компрессионная нейропатическая корешковая боль) либо действием провоспалительных медиаторов, выделяемых в месте локализации патологического процесса, со вторичным вовлечением нервного корешка либо нервных столбов без наличия компрессионного фактора [11]. Нейропатическая боль при БНЧС может быть как периферической (при поражении нервов, корешков, сплетений), так и центральной (задние рога и столбы спинного мозга), при этом болевые ощущения могут возникать вне связи с раздражением рецепторного аппарата [9].

Клинические проявления нейропатической боли могут отличаться у разных больных и даже у одного и того же пациента с течением времени. Отличительными особенностями являются: спонтанная боль (возникающая без стимула), аномальный ответ на неболевые стимулы, такие как легкое прикосновение, умеренное тепло или холод (аллодиния), или чрезмерная реакция на болевые раздражители (гипералгезия). Спонтанная боль может носить пароксизмальный характер (например, ощущение прострела, пореза или удара электрическим током), дизестетический либо парестетический характер (ощущения покалывания, ползания мурашек) или быть связана с крайне болезненными тепловыми ощущениями (например, ощущение жжения). Эти признаки и симптомы могут сосуществовать с потерей афферентных ощущений (гипестезия).

Дифференциация ноцицептивной и нейропатической боли имеет важное клиническое значение. Эти компоненты требуют выбора различных стратегий терапии на периферическом и центральном уровнях, однако в настоящее время не существует золотого стандарта подхода к диагностике нейропатической боли при синдроме БНЧС [18].

Важным остается тщательный сбор жалоб, анамнеза, оценка объективного и неврологического статуса пациента, что должно стать первым шагом в дифференциальной диагностике любого предполагаемого нейропатического состояния. Проведенное исследование показало [19], что 43 % посещений врача пациентами по поводу БНЧС не включали полноценный физикальный осмотр и почти 20 % больных не проводилось даже поверхностное определение чувствительных нарушений.

Существующие на сегодняшний день литературные данные противоречивы и демонстрируют рас-

пространенность нейропатического компонента при БНЧС на уровне 5 % [11]. Однако в некоторых работах [20, 21] указывается, что нейропатические компоненты боли присутствуют у 16–55 % пациентов с хронической БНЧС. Широкая вариабельность полученных результатов наиболее вероятно связана с различиями в методологии определения нейропатической боли [11].

Проведенный анализ [11] показал, что доля пациентов с нейропатическим компонентом боли в спине составляла от 8 до 80 %, при этом 8 % — пациенты с болью, ограниченной поясничной областью, 15 % — пациенты с болью, иррадиирующей проксимально, 39 % — с иррадиацией боли в область колена без других неврологических симптомов, 80 % — с болью, иррадиирующей в стопу, и наличием неврологических признаков, характерных для радикулопатии. Также у пациентов с хроническими БНЧС выявляются психоэмоциональные нарушения, распространенность которых колеблется от 30 до 87 % [9].

Наличие нейропатического компонента боли значительно усугубляет течение БНЧС, способствует ее хронизации и быстрой дезадаптации больных, нарушает качество их жизни, приводит к развитию тревоги, депрессии, инсомнии, значительно повышает расходы на лечение [6, 9]. Согласно литературным данным, нейропатические компоненты при БНЧС часто не диагностируются в полном объеме, им не уделяется должного внимания при подборе терапии [11].

Своевременная диагностика причин БНЧС, как и ее нейропатического компонента, требует особой осторожности со стороны специалиста. Существует ряд признаков — комплекс так называемых «красных и желтых флажков» (табл. 2), требующих особого внимания со стороны практикующего врача и последующего диагностического поиска причин болевого синдрома, а также выявления предикторов хронизации боли.

Кроме того, важнейшее значение имеет психосоциальное состояние пациента, особенности его трудового и семейного окружения, поскольку эти факторы могут значительно продлевать период болезни и неблагоприятно влиять на прогноз [12].

Разработано множество инструментов скрининга для облегчения идентификации нейропатического болевого компонента у пациентов с хроническими болевыми синдромами [22]. Каждая шкала характеризует нейропатическую боль по наличию позитивных и негативных симптомов и знаков, включающих спонтанную боль, парестезии, дизестезии, аллодинию, двигательный и чувствительный дефект. Чувствительность и специфичность данных диагностических инструментов обычно варьируют в пределах 80–90 %. Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4), painDETECT Questionnaire (PD-Q) и Standardized Evaluation of Pain (StEP) являются единственными скрининговыми инструментами, которые были утверждены для пациентов с БНЧС [11].

Шкала DN4 включает интервью (7 вопросов) и некоторые данные объективного осмотра (3 пункта), каждый из которых оценивается одним баллом. Суммарно набранное количество баллов более 4 может говорить о нейропатическом характере боли [12].

В опроснике PD-Q, который пациент заполняет самостоятельно, учитываются типичные признаки нейропатической боли, паттерна ее течения и наличие иррадиации. Его легко применять даже в условиях первичной медико-санитарной помощи. Анкета продемонстрировала высокую чувствительность, специфичность и точность у пациентов с хронической БНЧС. Оценка ≥ 19 баллов настоятельно указывает на развитие нейропатической боли, общий результат в диапазоне 13–18 баллов не исключает влияния нейропатического болевого компонента.

Шкала StEP также включает интервью и некоторые показатели неврологического осмотра, дифференцирует нейропатические и ноцицептивные боли в пояснице с высокой чувствительностью и специфичностью [11].

В дополнение к вышеупомянутым тестам шкала нейропатической боли (NPS) и визуальная аналоговая шкала (ВАШ) могут использоваться для оценки

степени тяжести болевого синдрома и дальнейшей эффективности его лечения. Поскольку для пациентов с нейропатической болью характерно значительное ухудшение качества жизни, коморбидно развивающаяся депрессия и целый спектр тревожных расстройств, помощь практическому врачу с целью своевременного выявления данных изменений могут стать: MOS-Sleep scale, Daily Sleep Interference scale — для оценки состояния сна, Profile of Mood States, Hospital Anxiety Scale, Beck depression Scale — для выявления тревожно-депрессивных расстройств [12].

Если при сборе анамнеза либо осмотре пациента выявляется один из симптомов «красных флажков», а данные неврологического осмотра указывают на корешковый синдром, существует подозрение на наличие стеноза позвоночного канала, пациент не отвечает на адекватно назначенную консервативную терапию в течение 6–8 недель — показано проведение МРТ либо КТ-исследования [12]. Однако необходимо помнить, что результаты дополнительных радиологических визуализационных методик не всегда коррелируют с клиническими данными и выраженностью болевого синдрома. Обязательным остается и проведение традиционного общеклинического обследования.

Таблица 2. Симптомы опасности («красные флажки») и тревоги («желтые флажки») при болях в нижней части спины

Симптомы опасности («красные флажки»)	Симптомы тревоги («желтые флажки»)	
Возраст менее 20 лет и старше 50 лет	Аффективные расстройства	Депрессия и ее симптомы Тревога Раздражительность
Незначительная травма у лиц старше 50 лет		
Наличие травмы в анамнезе	Поведение	Недостаточный или избыточный сон Пассивное поведение или низкая приверженность к реабилитации Резкое снижение активности в повседневной жизни Десоциализация
Идиопатическая лихорадка		
Инфекции мочевыводящих путей, кожные воспалительные изменения либо проникающее ранение в области локализации болевого синдрома		
Некупирующиеся ночные боли или боли покоя	Вера	Катастрофическое мышление Уверенность, что боль нельзя контролировать Уверенность, что боль должна быть полностью устранена, прежде чем вернуться к работе Неверное толкование либо преувеличение соматических симптомов Поиск простого технологического решения для уменьшения боли
Прогрессирующая либо инвалидизирующая неврологическая симптоматика (седловидная анестезия, двусторонняя ишиалгия, нарушение функции тазовых органов и др.)		
Потеря веса	Социальные факторы	Отсутствие системы поддержки Чрезвычайная опека со стороны близких Социально зависимая семья Физическая, сексуальная или наркотическая зависимость
Подозрение либо наличие в анамнезе онкологических заболеваний		
Остеопороз		
Длительное использование стероидных препаратов	Профессиональные факторы	Ожидание, что трудовая деятельность усугубит боль Плохая трудовая характеристика, уклонение от выполнения служебных обязанностей Неудовлетворенность собственной работой Трудности, связанные с финансовыми компенсациями
Состояние иммуносупрессии		
Наркозависимость		
Отсутствие эффекта при шестинедельной консервативной терапии		

Для более тщательной оценки чувствительных нарушений может быть использован метод количественного сенсорного тестирования (КСТ). КСТ по существу определяет чувствительные пороги для болевого, теплового и холодового раздражителей, а также порог вибрационной чувствительности при стимуляции кожи, позволяя сравнить результаты с нормативными значениями. КСТ — это неинвазивный, безболезненный метод, который может помочь в ранней диагностике, при выборе терапии и контроле за прогрессированием и восстановлением пациентов с периферическими сенсорными расстройствами. КСТ используется с целью выявления патологических симптомов нейропатической боли и признан полезным дополнительным диагностическим инструментом, однако, к сожалению, пока не получил должного распространения на территории нашего государства [22].

Электронеуромиография может быть полезной для дифференциальной диагностики периферических поражений при БНЧС с подозреваемым нейропатическим компонентом, но результаты ее стоит трактовать только в сочетании с подробным сбором жалоб, анамнеза болезни и данных клинического осмотра пациента. Стандартные электрофизиологические методики также могут быть использованы для документирования наличия радикулопатии. Ноцицептивный сенсорный дефицит может быть оценен объективно с использованием лазерных вызванных потенциалов [11].

На сегодняшний день не существует единого принятого диагностического алгоритма для клинической оценки нейропатического компонента у пациентов с БНЧС. Создание такого руководства может помочь

рациональному выбору тактики лечения данной категории больных [11].

Вместе с тем основная цель лечения синдрома БНЧС — уменьшить боль, максимально сохранить двигательную функцию и предотвратить дальнейшие обострения и хронизацию болевого синдрома. Изданы многочисленные международные руководства по ведению пациентов с БНЧС.

В Украине приказом МЗ Украины № 487 от 17.08.2007 утвержден протокол оказания помощи пациентам с дорсалгией [23].

Основу алгоритма ведения пациента составляет своевременное установление причины БНЧС, мультимодальный подход к ведению пациента с использованием как фармакологических, так и нефармакологических средств, таких как физическая реабилитация, психосоциальная, поведенческая коррекция и др. [23].

Выбор лечения должен быть индивидуализирован в соответствии с характером и тяжестью симптомов, наличием сопутствующих состояний (например, депрессия или расстройства сна), с учетом потенциала побочных эффектов и взаимодействия лекарственных средств, рисков развития зависимости, а также стоимости лечения.

Опубликованы различные международные рекомендации по ведению пациентов, страдающих нейропатической болью (табл. 3). Определения, используемые в этих клинических руководствах, обычно не включают все формы нейропатического болевого компонента при дорсалгиях. Например, руководство последнего пересмотра NeuPSIG [24] включает только боли в спине с наличием радикулопатии.

Таблица 3. Препараты первой и второй линии медикаментозной терапии при периферической нейропатической боли, рекомендованные международными и локальными руководствами [26]

	IASP 2010	EFNS 2010	Latin America 2009	MER 2010	FAR 2011	CPS 2007	French 2010	Danish 2010
Первая линия	Прегабалин Габапентин СИОЗС ТЦА Лидокаин* Трамадол Опиоиды	Прегабалин Габапентин СИОЗС Лидокаин*	ТЦА Лидокаин*	Прегабалин Лидокаин* ТЦА	Прегабалин Габапентин ТЦА	Прегабалин Габапентин ТЦА	Прегабалин Габапентин СИОЗС ТЦА Трамадол Лидокаин*	Прегабалин Габапентин СИОЗС Лидокаин*
Вторая линия	Опиоиды Трамадол	Трамадол Опиоиды Капсаицин	Прегабалин Габапентин Трамадол	СИОЗС Опиоиды	СИОЗС	СИОЗС Лидокаин*	ТЦА СИОЗС Опиоиды Трамадол	Трамадол Опиоиды

Примечания: IASP (International Association for Study of Pain) — Международная ассоциация по изучению боли; EFNS (European Federation of Neurological Societies) — Европейская федерация неврологических обществ; Latin America — Рекомендации экспертов Латинской Америки; MER (Middle East Region) — Рекомендации экспертов средневосточного региона; FAR (French-speaking Maghreb region) — Рекомендации экспертов франкоговорящих стран Магриба (стран Северной Африки); CPS (Canadian Pain Society) — Канадское общество боли; French — Рекомендации экспертов французского общества по изучению боли; Danish — Рекомендации экспертов Датского центра проблем боли; * — топическое использование лидокаина; ТЦА — трициклические антидепрессанты; СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

В исследовании [25], проведенном для оценки приверженности французских врачей общей практики к рекомендациям по выявлению и терапии хронической нейропатической боли, типичные корешковые синдромы правильно идентифицировались в большинстве случаев (90,7 %). Однако очень малое количество респондентов (5,2 %) смогли перечислить все рекомендованные препараты первой линии (прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты), и только 44,3 % назначали хотя бы один из этих препаратов.

Прегабалин является сравнительно молодым соединением. Вещество было синтезировано в 2004 году американским медицинским химиком. Длительное тестирование препарата показало, что прегабалин существенно уменьшает частоту и интенсивность судорог у больных эпилепсией, а также помогает избавиться от нейропатических болей. Уже в 2005 году использование прегабалина было официально разрешено в Америке, а в 2007 году он вышел на европейский рынок.

Прегабалин — габапентиноид нового поколения, сегодня является препаратом первой линии терапии нейропатической боли согласно большинству локальных и международных рекомендаций [26]. Проведенные исследования, изучающие действие прегабалина при БНЧС, показали его эффективность и безопасность [27–31]. С учетом высокой частоты распространения аффективных расстройств у пациентов с хроническими дорсалгиями крайне важным является сочетанное влияние препарата как на нейропатический болевой компонент, так и на развивающиеся коморбидные состояния (тревога, депрессия, плохой сон и др.), которые способствуют хронизации боли. В проведенном японском исследовании [30] было показано, что назначение прегабалина у пациентов с БНЧС с нейропатическим болевым компонентом по сравнению со стандартной терапией значительно уменьшало выраженность как болевого синдрома, так и нарушений сна, что приводило к улучшению качества жизни таких пациентов. В другом опубликованном исследовании [31] отмечена эффективность прегабалина при БНЧС в сочетании с депрессией благодаря прямым и непрямым механизмам действия препарата.

На сегодняшний день среди многочисленных производителей лекарственных форм прегабалина, представленных на фармацевтическом рынке Украины, обращает на себя внимание украинский препарат, содержащий 75 и 150 мг действующего вещества в одной капсуле, что позволяет подобрать индивидуальную гибкую схему терапии в зависимости от выраженности болевого синдрома, наличия коморбидных состояний. Препарат назначают в дозе 150–600 мг/сут, разделенной на 2 или 3 приема. Лекарственное средство можно применять независимо от приема пищи. Начальная доза прегабалина составляет 150 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента и переносимости препарата доза может быть повы-

шена через 3–7 дней до 300 мг/сут, если необходимо — до максимальной (600 мг/сут) еще через 7 дней.

Таким образом, оказание эффективной помощи пациентам с БНЧС зависит от своевременной диагностики причин болевого синдрома, распознавания нейропатического компонента боли, выявления коморбидных симптомов и синдромов, обоснованного назначения в комплексной терапии препарата прегабалина, эффективность использования которого при нейропатических болях подтверждена многочисленными исследованиями [27–33].

Конфликт интересов. Не заявлен.

Список литературы

1. Рябоконь И.В., Акарачкова Е.С., Вершинина С.В. Боли в нижней части спины: дифференцированная терапия // *Consilium Medicum*. — 2013. — № 9. — С. 61–64.
2. Priority medicines for Europe and the World: 2013 update [Электронный ресурс] / W. Kaplan, V. Wirtz, A. Mantel-Teeuwisse et al. — World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013. — Режим доступу до ресурсу: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/Master_DocJune28_FINAL_Web.pdf
3. Иванова М.Ф., Евтушенко С.К. Дорсалгия, обусловленная дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника // *Новости медицины и фармации*. — 2010. — № 15 (335). — С. 16–17.
4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain / O. Airaksinen, J. Brox, C. Cedraschi et al. // *Eur. Spine*. — 2006. — № 2. — P. 192–300.
5. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, А.Б. Данилов. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 372 с.
6. Морозова О.Г. Анализ структурно-модифицирующего эффекта комплексной терапии боли в нижней части спины с использованием хондропротектора Мукосат NEO / О.Г. Морозова, А.А. Ярошевский, Я.В. Липинская // *Український вісник психоневрології*. — 2013. — № 2. — С. 36–43.
7. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / C.J. Murray, T. Vos, R. Lozano et al. // *Lancet*. — 2012. — № 380. — P. 2197–2223.
8. Deyo R.A. Low back pain / Deyo R.A., Weinstein J.N. // *N. Engl. J. Med*. — 2001. — № 344. — P. 363–370.
9. Морозова О.Г. Нейропатическая боль: взгляд невролога / О.Г. Морозова, А.А. Ярошевский // *Новости медицины и фармации. Неврология*. — 2010. — № 339.
10. Шток В.П. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Шток В.П., Левин О.С. — М.: МИА, 2006. — 520 с.
11. Neuropathic low back pain in clinical practice / Baron R., Binder A., Attal N. et al. // *Eur. J. Pain*. — 2016. — № 20. — P. 861–873.
12. Simin Heppguler. Neuropathic component of low back pain // *Minimally Invasive Spine Surgery: Current Aspects*. — 2015. — № 8. — P. 229–245.
13. Подчуфарова Е. Боль в спине: механизмы развития и лечение // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. — 2012. — № 3. — С. 47–53.

14. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты // Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С. 54-58.
15. Эрдеc Ш.Ф. и др. Неспецифическая боль в нижней части спины: Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. — М.: КомплектСервис, 2008.
16. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care / Itz C.J., Geurts J.W., van Kleef M., Nelemans P. // *Eur. J. Pain.* — 2013. — № 17. — P. 5-15.
17. Парфенов В.А. Врачебная тактика при болях в нижней части спины / Парфенов В.А. // *Медицинский совет.* — 2016. — № 8. — С. 76-80.
18. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment / Haanpää M., Attal N., Backonja M. et al. // *Pain.* — 2011. — № 152. — P. 14-27.
19. Survey of inspection and palpation rates among spine providers: Evaluation of physician performance of the physical examination for patients with low back pain / Press J., Liem B., Walega D., Garfin S. // *Spine.* — 2013. — № 38. — P. 1779-1784.
20. What is the evidence that neuropathic pain is present in chronic low back pain and soft tissue syndromes? An evidence-based structured review / Fisbain D.A., Cole B., Lewis J.E., Gao J. // *Pain Med.* — 2014. — № 15. — P. 4-15.
21. Identifying neuropathic back and leg pain: A cross-sectional study / Beith I.D., Kemp A., Kenyon J. et al. // *Pain.* — 2011. — № 152. — P. 1511-1516.
22. Cruppi A. Tools for assessing neuropathic pain / Cruppi A., Truini A. // *PLoS Med.* — 2009. — № 6.
23. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на дорсалгію. Наказ МОЗ України від 17.08.2007 № 487 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «неврологія» // *Міжнародний неврологічний журнал.* — 2007. — № 5. — С. 193-209.
24. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis / Finnerup N.B., Attal N., Haroutounian S. et al. // *Lancet Neurol.* — 2015. — № 14. — P. 162-173.
25. Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: Results of a cross-sectional, randomized, “e” case-vignette survey / Martinez V., Attal N., Vicaut E. et al. // *PLoS One.* — 2014. — № 9.
26. Clinical practice guidelines for management of neuropathic pain: expert panel recommendations for South Africa / Chetty S., Baalbergen E., Bhigjee A.I. et al. // *S. Afr. Med. J.* — 2012. — № 102. — P. 312-325.
27. Gabapentinoids for chronic low back pain: a protocol for systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials / Shanthanna H., Gilron I., Thabane L. et al. // *BMJ Open.* — 2016. — № 6.
28. Pharmacological management of chronic low back pain in older patients: a randomized controlled trial of the effect of pregabalin and opioid administration / Sakai Y., Ito K., Hida T. et al. // *Eur. Spine J.* — 2015. — № 24. — P. 1309-1317.
29. Neuropathic pain in elderly patients with chronic low back pain and effects of pregabalin: a preliminary study / Sakai Y., Ito K., Hida T. et al. // *Asian Spine J.* — 2015. — № 9. — P. 254-262.
30. Effectiveness of pregabalin for the treatment of chronic low back pain with accompanying lower limb pain (neuropathic component): a non-interventional study in Japan / Tsuchi T., Igarashi A., Watt S. et al. // *J. Pain Res.* — 2015. — P. 487-497.
31. Outcomes of pregabalin in lumbar-disease patients with depression / Tetsunaga T., Tanaka M., Sugimoto Y. et al. // *J. Orthop. Sci.* — 2014. — № 19. — P. 229-234.
32. Амелин А.В., Соколов А.Ю., Сухацкая О.В. Эффективность прегабалина и его комбинации с ацеклофенаком при лечении хронической дискогенной радикулопатии // *Consilium Medicum.* — 2014. — Т. 16, № 9. — С. 59-63.
33. Амелин А.В. Прегабаллин при лечении спондилогенной радикулопатии // *PMЖ.* — 2013. — Т. 21, № 10. — С. 480-481.

NEOG-PUB-062017-026
Получено 19.03.2017 ■

Семьонова О.В.¹, Иванова М.Ф.^{2,3}, Сунічук М.М.¹, Глазовська І.І.²

¹Національний військово-медичний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ, Україна

²Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України, м. Київ, Україна

³Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, м. Київ, Україна

Прегабалін при болю в нижній частині спини

Резюме. У статті висвітлено актуальність проблеми болю в нижній частині спини. Наведені основні причини, дана класифікація болю за часом, патофізіологічними механізмами. Відображено основні принципи діагностики нейропатично-

го компонента больового синдрому. Обґрунтовано підходи до патогенетичної терапії із застосуванням прегабаліну.

Ключові слова: біль у нижній частині спини; причини; класифікація; лікування; прегабалін

O.V. Semonova¹, M.F. Ivanova^{2,3}, M.M. Sunychuk¹, I.I. Glazovska²

¹National Military Medical Center "The Main Military Clinical Hospital", Kyiv, Ukraine

²Institute of Nuclear Medicine and Radiodiagnosis of the NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³D.F. Chebotariov Institute of Gerontology of the of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Pregabalin in low back pain

Abstract. The article deals with the urgency of the problem of pain in the lower back. The main causes are given, the classification of pain is presented depending on the time, pathophysiological mechanisms. The basic principles for the diagnosis of the neuropathic

component of the pain syndrome are reflected. Approaches to the pathogenetic therapy with the use of pregabalin are substantiated.

Keywords: low back pain; causes; classification; treatment; pregabalin