

БОЛИ В СПИНЕ У ПОЖИЛЫХ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ

В.А. Парфенов

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Контакты: (495) 245-47-70 Владимир Анатольевич Парфенов

У людей пожилого возраста наиболее частыми причинами болей в спине являются рефлекторные мышечно-тонические (вследствие остеохондроза и спондилоартроза) и миофасциальные синдромы. Диагноз при болях в спине устанавливается на основании соматического, неврологического, мануального и ортопедического обследований, при показаниях используются инструментальные методы диагностики. При болях в спине эффективны нестероидные противовоспалительные средства и миорелаксанты. Одной из частых причин болей в спине является остеопороз. В случае остеопороза целесообразно использование препаратов, содержащих кальций и витамин D. Для предупреждения повторения болей в спине рекомендуется избегать подъема значительных тяжестей и статических перегрузок, показаны пешие прогулки, лечебная гимнастика.

Ключевые слова: боли в спине, остеопороз, нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, Кальций-D₃ Никомед

BACK PAIN IN THE ELDERLY: CAUSES, DIAGNOSIS AND TREATMENT

V.A. Parfenov

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The paper describes the principal causes of back pain in the elderly, among which reflex myotonic (due to osteochondrosis and spondylarthrosis) and myofascial syndromes are most common. In back pain, a diagnosis is established on the basis of somatic, neurological, manual, and orthopedic studies; instrumental diagnostic methods are also used, if indicated. Osteoporosis is observed to be involved in the chronic course of back pain. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and myorelaxants are effective in relieving back pain; in case of osteoporosis, it is advisable to use agents containing calcium and vitamin D. The avoidance of the lifting of heavy things and static overloads, as well as walking, and therapeutic exercises are recommended to prevent recurrent back pain.

Key words: back pain, osteoporosis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, myorelaxants, Calcium-D₃ Nycomed

Введение

Боли в спине являются одним из наиболее распространенных страданий современного человека и занимают одно из ведущих мест среди причин обращаемости к врачу. Пожилые люди значительно чаще обращаются за медицинской помощью, чем люди молодого возраста, при этом одной из частых их жалоб становятся боли в спине. В нашей стране традиционно при болях в спине обращаются к неврологу, ревматологу или специалисту по мануальной терапии, однако с развитием семейной медицины увеличивается доля пациентов, которые по поводу болей в спине обследуются и лечатся у врачей общей практики.

Основные причины болей в спине

Боли в спине часто вызваны рефлекторными (мышечно-тоническими) синдромами вследствие остеохондроза и спондилоартроза либо миофасциальными болями [1—4]. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника включает дегенеративные поражения хряща межпозвонкового диска и реактивные изменения тел смежных позвонков. Спондило-

артроз представляет собой патологию межпозвонковых (фасеточных) суставов, вызванную дегенеративно-дистрофическими изменениями или их функциональным блокированием синовиальной оболочкой. Миофасциальные боли возникают под влиянием мышечного напряжения, интенсивной физической активности, что приводит к напряжению паравертебральных мышц, к надрывам мышечных и соединительнотканых волокон, особенно в местах прикрепления мышц. Реже боли в спине обусловлены компрессией спинномозгового корешка и его сосудов (радикулопатия) вследствие грыжи межпозвонкового диска в заднем и заднебоковом направлении, развития спондилоартроза с гипертрофией межпозвонковых суставов и образованием остеофитов.

Причиной болей в спине могут быть врожденные или приобретенные деформации (кифоз, сколиоз), смещения тел позвонков (спондилолистез), позвоночный стеноз, нестабильность позвоночника.

Перечисленные выше причины, которые в литературе обычно расцениваются как механические,

обуславливают примерно 90% всех случаев болей в спине у пожилых людей [1–4].

Одной из частых немеханических причин болей в спине у лиц пожилого возраста является остеопороз, который в возрасте старше 50 лет выявляется примерно в 20–30% случаев [5]. Остеопороз, остеохондроз и остеоартроз — часто встречающиеся заболевания, сочетанное развитие которых существенно снижает качество, а вероятно, и продолжительность жизни лиц пожилого возраста [5, 6]. Наличие остеопороза увеличивает риск развития переломов позвоночника и шейки бедра, которые снижают качество жизни пожилых людей и уменьшают ее продолжительность.

Неврологические проявления остеопороза

Одной из основных жалоб больных при остеопорозе является боль в спине, чаще в грудном и поясничном отделах позвоночника. По характеру и темпу формирования болевых ощущений выделяют два варианта течения заболевания: с острым и медленным началом.

Острый вариант характеризуется возникновением интенсивной боли в позвоночнике на фоне полного здоровья; он связан со свежими компрессионными переломами одного или нескольких позвонков. Часто появление боли совпадает с подъемом тяжести, тряской ездой в городском транспорте, неловким движением или другими факторами, которые приводят к резкой нагрузке на позвоночный столб. Иногда больному достаточно споткнуться или оступиться, чтобы спровоцировать появление боли. Боль часто носит опоясывающий характер, может имитировать острую патологию грудной (инфаркт миокарда) или брюшной полости (почечная или печеночная колика, тромбоз сосудов тонкого кишечника и т.п.), что обусловлено раздражением вегетативных структур спинного мозга. Боль усиливается при кашле, в вертикальном положении тела, уменьшается при переходе в горизонтальное положение. В некоторых случаях интенсивность болевых ощущений может увеличиваться в течение 1–3 дней.

Компрессия позвонков часто приводит к уменьшению межреберных отверстий и может сопровождаться формированием корешковых синдромов. Чаще всего компрессии подвергаются корешки нижнегрудного и верхнепоясничного отделов позвоночника. Подобная локализация корешкового синдрома нехарактерна для остеохондроза позвоночника, и ее возникновение, в особенности у людей пожилого возраста, предполагает возможность остеопоротического процесса. Клинические проявления остеопороза с корешковым синдромом мало отличаются от радикулярной симптоматики при дегенеративно-дистрофических процессах в позвоночнике, однако в совокупности с другими клиническими синдромами, которые сопровождают течение остеопороза, позволяют правильно поставить диагноз. Крайним вариантом компрессионных процессов является возникновение компрессии спинного мозга при остеопоротическом переломе тела позвонка.

Другой вариант течения остеопороза характеризуется постепенным формированием болевых ощущений в позвоночнике, которые со временем приобретают постоянный характер, с низким эффектом от приема анальгетиков. Кроме болевых ощущений большинство больных предъявляют жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение трудоспособности. Характерно уменьшение роста на 2–3 см после каждой болевой атаки, связанное с компрессией тел позвонков.

Чрезмерное поступление в кровь кальция из костной ткани способствует формированию целого ряда симптомокомплексов, обусловленных нарушением функционирования разных отделов нервной системы. Часто эти симптомы являются клиническим дебютом заболевания и намного опережают появление боли и рентгенологических изменений. Наиболее чувствительна к изменению минерального обмена вегетативная нервная система, которая одной из первых реагирует на смену концентрации кальция в сыворотке крови. В частности, происходит активация симпатического ее отдела. Клинически это проявляется склонностью к тахикардии, повышением артериального давления, кардиалгиями, онемением и парестезиями дистальных отделов конечностей, легким возникновением ангиоспастических состояний (судорожное сведение мышц голени, преимущественно ночью — крампи), формированием синдрома Рейно. У части больных чрезмерная симпатическая активация приводит к развитию вегетативных симпатоадреналовых кризов: характерны возникновение беспокойства, чувства тревоги, страха смерти, ощущение сжатия в груди, внутренней дрожи, озноба; повышается артериальное давление, учащается пульс, холодеют и немеют кисти, возникают частые позывы к мочеиспусканию; продолжительность приступа, который называют «панической атакой», от 10–15 до 30–50 мин; заканчивается приступ обильным мочеиспусканием светлой мочой.

При осмотре больных выявляют повышенную чувствительность остистых отростков позвонков при перкуссии и пальпации.

В более редких случаях боли в спине вызваны новообразованием, затрагивающим позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), сирингомиелией, деструкцией позвонков и поражением нервных корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит), дисметаболических нарушений (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), переломами позвоночника и некоторыми другими заболеваниями. Боли в нижней части спины возможны при различных соматических заболеваниях (поджелудочной железы, почек, органов малого таза) по механизму отраженных болей.

Диагностика болей в спине

Для установления причины болей в спине необходимо тщательное обследование больного, включаю-

щее выяснение жалоб, сбор анамнеза, соматическое, неврологическое, а в ряде случаев и дополнительные исследования [1—4]. Большое значение имеют мануальное и ортопедическое обследования, при которых определяются подвижность в различных отделах позвоночника, объем движений нижних конечностей, наличие локальной болезненности в спине и конечностях, напряжение мышц и болезненность при их пальпации. Специальные пробы позволяют выявить дисфункцию различных мышц, функциональные блокады суставов позвоночника. Соматическое обследование направлено на выявление злокачественных новообразований, инфекционных процессов и заболеваний внутренних органов, которые могут проявляться болью в спине. При неврологическом обследовании следует оценить эмоциональное состояние больного, определить, имеются ли парезы, расстройства чувствительности и выпадение рефлексов.

В большинстве случаев диагноз болей в спине устанавливается на основании неврологического, мануального и ортопедического обследований, когда выявляется типичная клиническая картина рефлекторного мышечно-тонического синдрома или радикулопатии либо миофасциального синдрома и нет симптомов «опасности» — признаков соматического, онкологического или воспалительного заболевания [4].

При деструктивном поражении поясничного отдела позвоночника (травматические переломы, первичная опухоль, метастазирование в позвоночник и другие причины), его врожденных или приобретенных деформациях, деформирующем спондилоартрите часто наблюдается локальная болезненность, диагноз устанавливают на основании результатов рентгенографии и/или компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) позвоночника.

В процессе установления диагноза остеопороза кроме оценки жалоб больного и данных клинического осмотра должны решаться следующие задачи:

- определение характера и степени снижения плотности костной ткани, вовлечение в этот процесс разных отделов скелета;

- оценка уровня метаболизма костной ткани с использованием биохимических, иммуноферментных, морфологических методов;

- установление причин, которые привели к развитию остеопороза;

- дифференциальная диагностика остеопороза с другими формами метаболических остеопатий.

Наиболее широкое признание в диагностике остеопороза получила двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA). Денситометрия центрального скелета (позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей) является стандартным методом диагностики остеопороза, поскольку во многих исследованиях была доказана эффективность этого метода в оценке риска переломов в основном у жен-

щин в постменопаузе. При соматических заболеваниях отраженная поясничная боль в спине обычно сочетается с другими проявлениями заболевания, не сопровождается напряжением мышц спины и обычно не усиливается при движениях в позвоночнике.

В Европейских рекомендациях по обследованию пациентов с острой болью в спине отмечается, что в большинстве случаев, когда имеется типичная клиническая картина рефлекторных мышечно-тонических проявлений остеохондроза, спондилоартроза либо миофасциальных болей и нет симптомов «опасности», не требуется дополнительных методов обследования [4]. Большое значение имеет оценка психосоциальных факторов, особенно у пациентов с частыми повторными эпизодами болей в нижней части спины.

В тех ситуациях, когда имеются симптомы «опасности», необходимы дополнительные исследования, провести которые в большинстве случаев можно в амбулаторных условиях. Среди дополнительных методов исследования при болях в спине наиболее часто используются рентгенография позвоночника в нескольких проекциях, общий анализ крови и мочи, рентгеновская КТ или МРТ позвоночника, денситометрия, скintiграфия костей таза и позвоночника [1—4].

Рентгенография позвоночника выявляет врожденные аномалии и деформации, переломы позвонков, остеопороз (в 20—30% случаев), спондилолистез, воспалительные заболевания (спондилиты), первичные и метастатические опухоли, а также другие изменения. Важно отметить, что наличие остеохондроза и/или спондилоартроза обнаруживается у большинства пожилых пациентов и не исключает других причин болей в спине, т.е. не может быть основной клинического диагноза.

Рентгеновская КТ или МРТ позвоночника обнаруживают грыжи межпозвонковых дисков (их размеры, локализацию), сужение позвоночного канала, опухоли спинного мозга или конского хвоста и другие изменения. Необходимо отметить, что небольшие грыжи межпозвонковых дисков выявляются у большинства пожилых пациентов, их обнаружение не исключает другие причины болей в спине и также не может быть основой клинического диагноза.

В большинстве случаев острые боли (продолжительностью не более 12 нед) в спине неспецифического характера (мышечно-тонические синдромы вследствие остеохондроза и спондилоартроза, миофасциальные синдромы) проходят в течение нескольких дней или 2—4 нед, радикулопатии — в течение месяцев, но в части случаев они принимают хроническое течение на годы. Хроническому течению болей в спине могут способствовать неадекватное лечение острой боли, чрезмерное ограничение физических нагрузок, «болевого» тип личности, пониженный фон настроения, в части случаев заинтересованность пациента в длительной нетрудоспо-

собности, аггравация имеющихся симптомов или «рентное» отношение к болезни. У пожилых людей хроническому течению болей в спине может способствовать развитие остеопороза позвоночника.

Лечение болей в спине

Лечение болей в спине основывается на терапии основного заболевания. Врачебная тактика при неспецифических болях в спине (мышечно-тонический синдром вследствие остеохондроза или спондилоартроза, миофасциальный синдром, дискогенная радикулопатия) заключается, с одной стороны, в ослаблении боли и как можно более быстром возвращении пациента к активному образу жизни и, с другой стороны, в предупреждении повторных обострений и хронического течения болевого синдрома [1—4]. В таких случаях следует рассказать пациенту о доброкачественном характере его заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения, рекомендовать избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (например, длительная сидячая работа). Постельный режим не рекомендуется, он замедляет выздоровление и отрицательно влияет на процесс реабилитации пациента [3].

При острых болях в спине не рекомендуется широкое использование массажа мышц спины, методов лечения ультразвуком, электролечения, вытяжения, поскольку их эффективность не доказана, а их назначение может способствовать формированию «болевого» личности, хроническому течению болей [3, 4]. При ослаблении болей рекомендуют постепенное увеличение двигательной активности, упражнения на укрепление мышц спины.

В качестве лекарственных средств при болях в спине эффективны нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и миорелаксанты [1—4].

При болях в спине часто применяют НПВС, которые обладают хорошим обезболивающим эффектом и выраженным противовоспалительным действием. В качестве НПВС применяются Лорноксикам (ксефокам), диклофенак, индометацин, пироксикам, напроксен, ибупрофен и другие лекарственные средства. Средние терапевтические дозы ксефокама для приема внутрь составляют 8—16 мг, для достижения быстрого эффекта используется внутримышечное введение препарата.

Применение миорелаксантов обосновано тем, что возникающий в большинстве случаев мышечный спазм усиливает боли в спине [4]. Боль различного генеза (вследствие поражения межпозвоночных дисков, фасеточных суставов позвоночника, самих мышц и других причин) повышает активность двигательных нейронов спинного мозга, что приводит к мышечному спазму, который, в свою очередь, играет значительную роль в поддержании самой боли. Лечение миорелаксантами начинают с обычной терапевтической дозы и продолжают все время, пока со-

храняется болевой синдром; как правило, курс лечения составляет несколько недель. При боли в спине добавление к стандартной терапии (НПВС) миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника [4]. В качестве миорелаксантов при болях в спине в нашей стране чаще применяют сирдалуд и мидокалм, реже — баклофен и транквилизатор диазепам (седуксен) в индивидуально подобранной дозе. Миорелаксанты обычно не комбинируют.

При лечении остеопороза у пациентов, страдающих болями в спине, используются разные подходы с назначением одного препарата или нескольких с целью влияния на разные звенья патогенеза заболевания. В наше время ни одна схема лечения остеопороза не обходится без назначения препаратов кальция и витамина D. К выбору препаратов кальция необходимо подходить с точки зрения доказательной медицины. На сегодняшний день препарат Кальций-Д₃ Никомед доказал свою эффективность в профилактике и комплексном лечении остеопороза [6, 7]. Этот лекарственный препарат содержит 1250 мг карбоната кальция (что эквивалентно 500 мг кальция) и 200 МЕ витамина D (холекальциферола) и выпускается в удобной для употребления форме в виде жевательных таблеток с апельсиновым вкусом. Кальций-Д₃ Никомед применяется при дефиците кальция и витамина D₃ в организме, в том числе для профилактики и комплексной терапии остеопороза (менопаузального, сенильного, стероидного, идиопатического) и его осложнений. Прием двух таблеток препарата обеспечивает суточную потребность организма в кальции и витамине D [6]. У женщин пожилого возраста, страдающих остеопенией, длительное применение Кальций-Д₃ Никомед снижает выраженность болевого синдрома [7]. Пациентам старше 50 лет с болями в спине следует рекомендовать Кальций-Д₃ Никомед Форте, содержащий 500 мг кальция и 400 МЕ витамина D, так как это усиленная витамином D форма препарата специально создана для профилактики и комплексного лечения остеопороза, а также профилактики переломов. В тех случаях, когда у пациентов с болями в спине выявляются остеопоротические переломы, следует назначать Кальций-Д₃ Никомед Форте, который является базовым препаратом в лечении остеопороза и может сочетаться с другими антиостеопоротическими средствами [5].

Хирургическое лечение (удаление грыжи межпозвоночного диска) необходимо в тех случаях, когда возникает компрессия корешков конского хвоста. Хирургическое лечение обычно рекомендуется при шейной миелопатии и дискогенной радикулопатии, сопровождающейся выраженным парезом, а также при длительном (более 3—4 мес) отсутствии эффекта от консервативного лечения и наличии большой грыжи межпозвоночного диска [1—4].

моя осанка под надежной защитой КАЛЬЦИЙ-Д₃ НИКОМЕД ФОРТЕ

Произведен в Норвегии



Поддерживает прямую осанку
Укрепляет кости, зубы, ногти, волосы
Предупреждает остеопороз и переломы

NYCOMED

Реклама

КАЛЬЦИЙ-Д₃ НИКОМЕД ФОРТЕ рекомендован для профилактики и лечения* остеопороза

Почему?

- Оптимальный комплекс кальция с витамином Д₃ обеспечивает точное попадание кальция к костям, зубам, волосам и ногтям
- Жевательная таблетка начинает действовать уже во рту, растворяясь и насыщая кальцием зубы и десны
- Экологически чистый норвежский кальций
- Эффективность подтверждена многолетним опытом применения

* Кальций-Д₃ Никомед является базовым препаратом для лечения остеопороза и может комбинироваться с другими препаратами для лечения остеопороза



Рег. номер МЗ РФ: П. № 013355/01-2006

О применении и противопоказаниях читайте в инструкции

В качестве профилактики обострений остеохондроза и спондилоартроза, миофасциальных болей рекомендуют избегать провоцирующих факторов (подъем больших грузов, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждение и др.), регулярно заниматься лечебной гимнастикой [1—4].

Заключение

Острые боли в спине чаще всего вызваны рефлекторными мышечно-тоническими (вследствие остеохондроза и спондилоартроза) и миофасциаль-

ными синдромами. У пожилых людей в развитии и хроническом течении болей в спине определенную роль играет остопороз. При острых болях в спине эффективны НПВС и миорелаксанты, в случае остеопороза целесообразно использование препаратов, содержащих кальций и витамин D. Для предупреждения рецидивов болей в спине рекомендуется избегать подъема значительных тяжестей и статических перегрузок, показаны пешие прогулки, лечебная гимнастика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно. Т. 2. М., Медицина; 2005. с. 306—31.
2. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. Amsterdam, Elsevier; 2002.
3. Waddell G. The back pain revolution. Churchill Livingstone, 1998.
4. van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006;15(Suppl 2):169—91.
5. Банникова М.Б., Бондарюк Т.О., Верткин А.Л. и др. Остеопороз и дегенеративные заболевания позвоночника в общетерапевтической практике. РМЖ 2006;14(25):1794—9.
6. Насонов Е.Л. Проблемы остеопороза у мужчин. РМЖ 2003;11(23):1308—11.
7. Торопцова Н.В., Никитинская О.А., Демин Н.В. и др. Профилактика постменопаузального остеопороза: результаты 3-х годичного наблюдения. Научно-практический ревматолог 2006;(5):25—32.

ПРИБОРЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА — ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Н.А. Шостак, А.А. Клименко

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Контакты: Алеся Александровна Клименко aaklimenko@yandex.ru

Лекция посвящена актуальным вопросам диагностики и тактики ведения больных с приобретенными пороками сердца. Рассмотрены особенности профилактики инфекционного эндокардита у данной категории больных на основании рекомендаций Европейского общества кардиологов и Американской кардиологической ассоциации. **Ключевые слова:** пороки сердца, митральная регургитация, аортальный стеноз, профилактика инфекционного эндокардита, цефалоспорины, цефтриаксон

ACQUIRED HEART DISEASES: MANAGEMENT POLICY AND PREVENTION OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

N.A. Shostak, A.A. Klimenko

Acad. A.I. Nesterov Department of Faculty Therapy, Russian State Medical University, Russian Agency for Health Care, Moscow

The lecture deals with the topical problems of diagnosis and management policy in patients with acquired heart diseases. It considers the specific features of prevention of infective endocarditis in this category of patients on the basis of the guidelines of the European Society of Cardiology and the American Heart Association.

Key words: valvular heart diseases, mitral regurgitation, aortic stenosis, prevention of infective endocarditis, cephalosporins, ceftriaxone.

Введение

Доля клапанной патологии различной этиологии среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы составляет от 7 до 10%. Несмотря на то что в последние десятилетия отмечается снижение заболеваемости ревматической лихорадкой (РЛ) в странах Европы и Северной Америки, она остается существен-

ной проблемой в развивающихся странах, где распространенность РЛ среди всех пациентов с кардиологической патологией колеблется от 12 до 65%, а смертность составляет от 0,9 до 8 на 100 000 населения [1—4]. В РФ за последние 30 лет заболеваемость РЛ снизилась до 0,045 случая на 1000 населения, а смертность составила 5,1 случая на 100 000 населе-