

Исайкин А.И., Головачева В.А., Кузнецов И.В.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

Ведение пациентов с острой неспецифической болью в нижней части спины

Представлено наблюдение пациентки с острой неспецифической болью в нижней части спины (БНЧС). Приведены современные рекомендации по лечению острой БНЧС, дана оценка клинической эффективности этих методов. Ведение пациентов с острой неспецифической БНЧС включает: 1) правильное информирование о характере и прогнозе заболевания; 2) рекомендации по поддержанию повседневной активности; 3) короткий курс рациональной фармакотерапии: парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и/или миорелаксанты. Обсуждается роль НПВП в лечении пациентов с острой неспецифической БНЧС.

Ключевые слова: острая неспецифическая боль в нижней части спины; диагностика; лечение.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; xoxo.veronicka@gmail.com

Для ссылки: Исайкин АИ, Головачева ВА, Кузнецов ИВ. Ведение пациентов с острой неспецифической болью в нижней части спины. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(2):52–55.

Management of patients with acute nonspecific low back pain

Isaikin A.I., Golovacheva V.A., Kuznetsov I.V.

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Faculty of Therapeutics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Moscow 119021*

The paper describes an observation of a female patient with acute non-specific low back pain (LBP). It gives current recommendations for the treatment of acute LBP and evaluates the clinical efficiency of these methods. The management of patients with acute nonspecific LBP encompasses: 1) correct information about the nature and prognosis of the disease; 2) recommendations for daily activities; 3) a short-term rational therapy with paracetamol, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and/or myorelaxants. The role of NSAIDs, ketorol in particular, in treating patients with acute nonspecific LBP is discussed.

Key words: acute non-specific low back pain; diagnosis; treatment.

Contact: Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronicka@gmail.com

For reference: Isaikin AI, Golovacheva VA, Kuznetsov IV. Management of patients with acute nonspecific low back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(2):52–55.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2015-2-52-55>

Боль в нижней части спины (БНЧС) – ведущая причина нетрудоспособности взрослого населения во всех развитых странах мира [1]. По эпидемиологическим данным, БНЧС становится причиной нетрудоспособности у 11–12% пациентов. До 84% людей в течение жизни отмечают хотя бы один эпизод БНЧС [2]. В 60% случаев через несколько недель после возникновения БНЧС наблюдается выздоровление, но в 40% период восстановления затягивается, и возрастает риск хронизации боли [3]. Государство несет огромные экономические потери в связи нетрудоспособностью и оплатой медицинской помощи больным с БНЧС. Так, в Германии ежегодное экономическое бремя БНЧС среди лиц от 18 до 75 лет оценивается в 49 млрд евро [4].

Диагностика острой неспецифической БНЧС. Неспецифическая БНЧС – скелетно-мышечная боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками. Боль, продолжающаяся менее 6 нед, считается острой, от 6 до 12 нед – подострой, а более 12 нед – хронической [8].

Неспецифическая боль в спине наблюдается в 80–90% случаев. Термин «неспецифическая» был введен для того, чтобы подчеркнуть отличие этой боли от боли в спине, связанной

с более редкими причинами – дискогенной радикулопатии, фибромиалгии и специфической боли в спине. При неспецифической БНЧС выделяют мышечно-тонический и миофасциальный болевые синдромы. Мышечно-тонический болевой синдром возникает вследствие рефлекторного напряжения мышц в ответ на костно-связочную патологию [5]. При дегенеративных изменениях позвоночника боль вызвана раздражением болевых рецепторов измененных дисков, связок и суставов и рефлекторным мышечно-тоническим синдромом. Миофасциальный болевой синдром развивается вследствие локального формирования узловых болезненных уплотнений (миоглизов) [6]. Боль возникает из-за перерастяжения мышц вследствие неподготовленных движений, интенсивной физической активности и длительных нефизиологических поз, что приводит к травме и растяжению мышц спины, надрывам скелетно-мышечных и соединительнотканых волокон, особенно в местах прикрепления мышц [7].

Диагноз неспецифической БНЧС основывается на тщательном сборе жалоб и анамнеза, исключении специфических причин боли в спине. Типичная клиническая картина неспецифической БНЧС: ноющая боль в пояснично-крест-

цовом отделе позвоночника, которая может распространяться на ногу, усиливаться при движениях с участием заинтересованных мышц и в определенных позах. При обследовании пациента с неспецифической БНЧС выявляется ограничение подвижности пояснично-крестцового отдела позвоночника из-за боли и напряжения мышц, при пальпации определяются напряжение и болезненность мышц спины, возможна болезненность в области фасеточных суставов и крестцово-подвздошных сочленений. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Дополнительные лабораторные или инструментальные методы обследования могут быть назначены врачом, если по данным анамнеза или осмотра были выявлены «красные флажки» — знаки и симптомы,стораживающие врача в отношении другой патологии [8, 9]:

1) нетипичная картина боли (ее усиление в горизонтальном положении и ослабление в вертикальном; отсутствие связи между болью и движениями позвоночника; необычная локализация боли — в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; наличие связи между болью и дефекацией, мочеиспусканием, половым актом);

2) наличие онкологического заболевания или недавней травмы спины в анамнезе;

3) лихорадка, симптомы интоксикации;

4) очаговая неврологическая симптоматика (признаки поражения спинного мозга или корешков);

5) признаки психического заболевания, при котором боль может быть одним из его симптомов (соматоформное болевое расстройство) [8].

Специфические причины при БНЧС редки и составляют менее 5–15% даже при хронической боли [2].

Проблема гипердиагностики грыж межпозвоночных дисков по данным компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии как причины БНЧС. Многие пациенты с неспецифической БНЧС выполняют КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника самостоятельно, еще до посещения невролога или терапевта. У многих пациентов среднего возраста и у большинства пожилых больных при КТ и МРТ выявляются протрузии и экструзии (грыжи) межпозвоночных дисков. На практике нередко переоценивается клиническое значение указанных изменений, которые зачастую ошибочно расцениваются как причина боли в спине. В результате врачи устанавливают неправильные диагнозы: «остеохондроз», «грыжа межпозвоночного диска» и ошибочно проводят лечение этих состояний вместо реально существующих у большинства пациентов скелетно-мышечных нарушений [8]. Все это способствует усугублению тяжести состояния в представлении пациента, катастрофизации боли, эмоциональным нарушениям (снижение настроения, повышение уровня тревоги), формированию ограничительного поведения из-за страха повреждения тканей, снижению социальной и профессиональной активности, а часто приводит и к инвалидности. Как следствие, такие пациенты «уходят в болезнь» и их восстановление становится трудной задачей.

Современные принципы лечения пациентов с острой неспецифической БНЧС. Лечение острой неспецифической БНЧС направлено на решение следующих задач: 1) уменьшение боли и как можно более быстрое возвращение пациента к привычной повседневной активности; 2) предупреждение рецидивов острой боли и хронизации болевого синдрома [7]. К так называемым желтым флажкам, т. е. факто-

рам, способствующим хронизации боли, относятся: 1) неадекватное представление пациента о причинах боли в спине; 2) неадаптивные стратегии поведения по отношению к боли; 3) наличие сочетанных эмоциональных нарушений, психических расстройств и соматических заболеваний [10].

Тактика ведения пациентов с острой неспецифической БНЧС состоит из нескольких основных принципов [7, 9, 11]:

1) правильное информирование пациента о причинах заболевания, эффективных методах лечения и высокой вероятности быстрого разрешения боли;

2) исключение постельного режима, который может только замедлить процесс выздоровления и ухудшить прогноз заболевания;

3) исключение мышечного перенапряжения и чрезмерных физических нагрузок;

4) назначение лекарственных средств: нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), парацетамола и/или миорелаксантов;

5) поддержание привычной повседневной активности при ослаблении боли, что способствует более быстрому и полному разрешению болевого синдрома и восстановлению прежнего функционального статуса пациента.

При острой неспецифической БНЧС нецелесообразно ношение фиксационных или согревающих поясов, использование средств для опоры при передвижении (трости, костыля), назначение физиотерапии и массажа [11]. Лечебная гимнастика в этом случае не превосходит по эффективности такие методы лечения, как фармакотерапия НПВП, поддержание обычной активности и посещение «школы боли в спине» [11]. Однако после стихания болевого синдрома лечебная гимнастика имеет большое значение для предупреждения повторных обострений боли в спине. Не рекомендуется назначение вытяжения (тракции) позвоночника и чрескожной электростимуляции [11].

Лекарственная терапия острой неспецифической БНЧС включает НПВП, парацетамол и миорелаксанты.

Среди *НПВП* выделяют неселективные ингибиторы циклооксигеназы — ЦОГ (диклофенак, индометацин, кетопрофен, напроксен, ибупрофен и др.), селективные ингибиторы ЦОГ2 (нимесулид, мелоксикам) и высокоселективные ингибиторы ЦОГ2 (коксибы) [7]. По данным последнего кохрановского обзора, включавшего 65 рандомизированных плацебоконтролируемых исследований и 11 237 пациентов, НПВП достоверно эффективно уменьшают острую неспецифическую БНЧС [12]. Прием неселективных НПВП может привести к развитию побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). НПВП противопоказаны при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Целесообразно принимать НПВП во время еды, а при риске осложнений со стороны ЖКТ использовать гастропротекторы. Длительность приема НПВП — не более 14 дней [9].

Кеторол® (кеторолак) — неселективный ингибитор ЦОГ с мощным обезболивающим действием. Кеторолак обладает высокой эффективностью в лечении острых болевых синдромов [13]. В купировании острой боли эффективность кеторолака при парентеральном введении схожа с эффективностью наркотического анальгетика меперидина [14]. По обезболивающему эффекту кеторолак сопоставим с морфином, при этом частота развития серьезных нежелательных реакций при терапии кеторолаком значимо ниже,

чем при лечении морфином [15]. Результаты сравнительного исследования эффективности кеторолака (90 мг/сут парентерально в течение 2 дней, затем 40 мг/сут 7 дней), диклофенака (150 мг/сут парентерально в течение 2 дней, затем 150 мг/сут 7 дней) и кетопрофена (200 мг/сут парентерально в течение 2 дней, затем 200 мг/сут 7 дней), включавшего 11 245 пациентов, продемонстрировали схожую эффективность и безопасность препаратов, при этом риск развития ЖКТ-кровотечений и аллергических реакций оказался достоверно ниже у пациентов, принимавших кеторолак [13].

Кеторол® (кеторолак) рекомендуется как средство для купирования острой боли, в том числе острой неспецифической БНЧС [16, 17]. Препарат выпускается в форме таблеток, раствора для внутривенных и внутримышечных инъекций и геля для наружного применения. Для лечения неспецифической БНЧС назначают от 10 до 90 мг кеторолака в течение 5 дней (при использовании таблетированных и/или инъекционных форм), препарат в форме геля наносят 3–4 раза в день, до 10 дней [9]. Возможна комбинация различных форм: раствора для внутримышечных инъекций и таблеток, раствора для внутримышечных инъекций и геля, таблеток и геля. Благодаря выраженному обезболивающему эффекту препарат может применяться в качестве «стартовой» терапии острой неспецифической БНЧС, на этапе выраженного болевого синдрома, с последующим переходом на другой НПВП (например, селективный ингибитор ЦОГ2 – Найз® (нимесулид) [9].

Парацетамол обладает достоверной эффективностью в уменьшении острой неспецифической БНЧС [11, 12]. Риск развития побочных эффектов (агранулоцитоз, панцитопения, диспептические явления) при использовании этого препарата относительно невысок [11].

Миорелаксанты уменьшают боль, вызванную мышечным спазмом, улучшают двигательную функцию и облегчают выполнение физических упражнений [7, 18]. По заключению авторов кохрановского обзора, миорелаксанты достоверно эффективны в уменьшении острой неспецифической БНЧС по сравнению с плацебо [19]. Назначение миорелаксантов наиболее эффективно при наличии выраженного напряжения и болезненных точек при пальпации мышц [20]. По данным кохрановского обзора, включавшего сравнительные исследования 560 пациентов, комплексная терапия тизанидином в сочетании с НПВП или парацетамолом эффективнее уменьшала боль и мышечное напряжение, чем монотерапия НПВП или парацетамолом [19].

Приводим историю болезни пациентки с острой неспецифической БНЧС, которая проходила амбулаторное лечение в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Пациентка К., 48 лет, учительница, предъявляет жалобы на ноющую боль в поясничной области, до 7 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), распространяющуюся по задней поверхности левого бедра. В течение последних 20 дней находится на больничном листе. В течение 2 нед до развития болевого эпизода наблюдалась длительная стрессовая ситуация. Боль в поясничной области возникла остро, 3 нед назад, во время игры в боулинг. Была вынуждена прекратить игру, поехать домой и лечь, так как в положении лежа боль не беспокоила, а при попытке перейти в положение сидя или стоя резко усиливалась. В течение 5 дней пыталась лечиться самостоятельно, принимала параце-

тамол, без значимого эффекта. Обратилась в поликлинику по месту жительства, было рекомендовано проведение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. По данным МРТ выявлена межпозвоночная грыжа L_{IV}-V, размером до 6 мм, срединной локализации. Состояние расценено как левосторонняя радикулопатия L_V, рекомендованы постельный режим, ношение фиксирующего пояса, терапия диклофенаком и витаминами группы В, консультация нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Соблюдение терапевтических рекомендаций в течение 7 дней не привело к улучшению состояния.

За последний год пациентка отмечает 2 эпизода боли в спине. Первый эпизод в виде резкой простреливающей боли в пояснично-крестцовой области, до 7 баллов по ВАШ, возник 10 мес назад во время уборки на даче, когда пациентка переносила тяжелые пакеты со строительным мусором. Прием парацетамола в течение 5 дней привел к регрессу боли. Второй клинически схожий эпизод боли в спине наблюдался 2 мес назад, во время уборки квартиры, и также был успешно купирован самостоятельным лечением парацетамолом в течение 5 дней.

Соматический статус: избыточного питания (индекс массы тела – 27). **Неврологический статус:** очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Отмечаются сглаженность поясничного лордоза, ограничение сгибания и разгибания в поясничном отделе позвоночника до 30° из-за боли, при пальпации – болезненное напряжение мышцы, выпрямляющей позвоночник, на поясничном уровне, боль в проекции левого дугоотростчатого сустава на уровне L_V–S_I. С диагностической целью под рентгенологическим контролем проведена блокада левого дугоотростчатого сустава на уровне L_V–S_I 0,5% раствором новокаина, которая привела к регрессу болевого синдрома до 1 сут.

Поставлен диагноз: люмбаго; мышечно-тонический синдром мышцы, выпрямляющей позвоночник; фасеточный синдром на уровне L_V–S_I слева.

Пациентке объяснены биомеханические причины развития заболевания, указано на отсутствие необходимости в хирургическом лечении и благоприятный прогноз. Пациентка информирована о влиянии негативного эмоционального фона на развитие и поддержание болевого синдрома. Рекомендовано поддержание повседневной активности, при уменьшении выраженности боли – выход на работу. Разъяснено, что постельный режим и ношение фиксирующего пояса не только не улучшат состояние, но и будут способствовать усилению и хронизации боли. Назначена терапия кеторолаком (Кеторол®) по схеме: 30 мг 2 раза в день в форме внутримышечных инъекций в течение 3 дней, далее – нанесение геля, содержащего кеторолак, на болезненную область, 3–4 раза в день, до 10 дней; тизанидин до 8 мг/сут; омега-3 до окончания приема кеторолака. При повторном осмотре через 7 дней терапии болевой, мышечно-тонический и фасеточный синдромы полностью регрессировали. Пациентка сообщила, что на 3-й день лечения боль уменьшилась на 50–60%. 3 дня назад вышла на работу. Рекомендованы консультация диетолога с целью снижения массы тела, ограничение резких, неподготовленных движений и длительных позных нагрузок, лечебная гимнастика, плавание.

В описанном клиническом случае диагностика острой неспецифической БНЧС не вызывала затруднений. Тщательный сбор анамнеза, данные осмотра, результаты МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и проведение диагностической блокады позволили поставить правильный диагноз, провести рациональное лечение и помочь пациентке.

Таким образом, применение современных принципов ведения пациентов с острой неспецифической БНЧС в большинстве случаев дает хорошие результаты. Лечение острой неспецифической БНЧС должно быть направлено не только на уменьшение боли и улучшение функционального статуса, но и на предупреждение хронизации болевого синдрома и повторных обострений.

Так, оптимальная тактика ведения пациентов с острой неспецифической БНЧС основывается на следующих принципах: 1) правильное информирование пациента о характере и прогнозе заболевания; 2) поддержание повседневной активности; 3) короткий курс рациональной фармакотерапии (НПВП, парацетамол и/или миорелаксанты).

ЛИТЕРАТУРА

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 disease and injuries 1990–2010: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163–96. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
2. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192–300.
3. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 2008 Jul 7;337:a171. doi: 10.1136/bmj.a171.
4. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Cost of back pain in Germany. *Eur J Pain*. 2009 Mar;13(3):280–6. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.04.005. Epub 2008 Jun 3.
5. Парфенов ВА. Мышечный спазм при боли в спине – патогенез, диагностика и лечение. *Русский медицинский журнал*. 2003;(10):590–4. [Parfenov VA. Muscle spasm in back pain – pathogenesis, diagnosis and treatment. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2003;(10):590–4. (In Russ.)].
6. Парфенов ВА, Яхно НН, Дамулин ИВ. Нервные болезни. Частная неврология и нейрохирургия. Москва: МИА; 2014. 280 с. [Parfenov VA, Yakhno NN, Damulin IV. Nervnye bolezni. *Chastnaya nevrologiya i neirokhirurgiya* [Nervous diseases. Partial neurology and neurosurgery]. Moscow: MIA; 2014. 280 p.]
7. Парфенов ВА. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009;1(1):19–22. [Parfenov VA. Low back pain: causes, diagnosis, and treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(1):19–22. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2009-17>
8. Парфенов ВА. Диагноз и лечение при болях в спине. *Русский медицинский журнал*. 2004;(2):115–20. [Parfenov VA. Diagnosis and treatment for back pain. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2004;(2):115–20. (In Russ.)].
9. Подчурарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 368 с. [Podchurarova EV, Yakhno NN. *Bol' v spine* [Back pain]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 368 p.]
10. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 2010 Apr 7;303(13):1295–302. doi: 10.1001/jama.2010.344.
11. van Tulder MW, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S169–91.
12. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD000396. doi: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.
13. Forrest JB, Camu F, Greer IA, et al. Ketorolac, diclofenac, and ketoprofen are equally safe for pain relief after major surgery. *Br J Anaesth*. 2002 Feb;88(2):227–33.
14. Veenema KR, Leahey N, Schneider S. Ketorolac versus meperidine: ED treatment of severe musculoskeletal low back pain. *Am J Emerg Med*. 2000 Jul;18(4):404–7.
15. Jelinek GA. Ketorolac versus morphine for severe pain. Ketorolac is more effective, cheaper, and has fewer side effects. *BMJ*. 2000 Nov 18;321(7271):1236–7.
16. Алексеев ВВ. Ступенчатая терапия НПВП острого болевого синдрома в пояснично-крестцовой области. Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии. 2010;(4):22–8. [Alekshev VV. Sequential therapy by NSAIDs for acute pain in lumbosacral region. *Effektivnaya farmakoterapiya v nevrologii i psikhiatrii*. 2010;(4):22–8. (In Russ.)].
17. Верткин АЛ, Тополянский АВ, Вовк ЕИ. Место кеторолака в терапии острых болевых синдромов на догоспитальном этапе. *Consilium Medicum*. 2006;8(2):86–90. [Vertkin AL, Topolyanskii AV, Vovk EI. Ketorolac in the treatment of acute pain in the prehospital phase. *Consilium Medicum*. 2006;8(2):86–90. (In Russ.)].
18. Парфенов ВА. Боли в спине и их лечение миодокалмом. *Русский медицинский журнал*. 2009;(4):267–72. [Parfenov VA. Back pain and their treatment by mydocalm. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2009;(4):267–72. (In Russ.)].
19. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD004252.
20. See S, Ginzburg R. Choosing a skeletal muscle relaxant. *Am Fam Physician*. 2008 Aug 1;78(3):365–70.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.