

А.Ю.КАЗАКОВ¹, д.м.н., профессор, А.В.ЧУТУНОВ¹, к.м.н., доцент, Г.С.САЛЬНИКОВА², к.м.н.

¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России; ²12 ГKB г. Москвы

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ

Боль в нижней части спины (БНС) — клинический синдром, проявляющийся болезненными ощущениями, дискомфортом в области, ограниченной сверху реберными дугами, а снизу — ягодичными мышцами. Наряду с непосредственно БНС могут присутствовать боли, иррадиирующие в различные отделы нижних конечностей, обусловленные в большинстве случаев компрессией спинальных корешков, мышечно-тонические синдромы.

Ключевые слова: поясничная боль, позвоночник, болевой синдром, неселективные ингибиторы

Большинство исследователей отмечают исключительно широкую распространенность БНС в различных популяциях. В зависимости от целого ряда факторов (наличие физических нагрузок и их характер, возраст, масса тела и пр.) болевой синдром возникает у 70—90% членов взрослой популяции, представляя собой одну из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности [24]. Так, каждый четвертый взрослый житель США в течение последних 3 месяцев испытывал боль в области поясницы, по крайней мере на протяжении одних суток [11]. При этом интенсивную БНС в течение последнего года отмечают 7,6% взрослого населения страны [9].

Весьма значительными являются материальные потери, связанные с временной или постоянной утратой трудоспособности пациентами с БНС, расходами на лечение (как медикаментозное, так и хирургическое), реабилитационные мероприятия. Только непосредственно затраты, связанные с оказанием медицинской помощи по поводу БНС в США, составили 26,3 млрд долл., при том что огромные расходы сопряжены с временной утратой трудоспособности, невозможностью выполнять трудовые обязанности в полном объеме [25].

МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Причины возникновения БНС многообразны, поэтому в клинической практике с целью выбора верной тактики обследования и лечения больного целесообразно выделить неспецифическую БНС, БНС, сопровождающейся компрессией спинального корешка или стенозом спинального канала, а также БНС, обусловленной другими (специфическими) поражениями позвоночника [10].

Неспецифическая БНС является наиболее распространенным вариантом, наблюдается у 85% и более пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу болевых синдромов в области спины [28]. В подавляющем большинстве случаев неспецифическая БНС представляет собой доброкачественное состояние, причиной которого являются дегенеративные изменения в фасеточных (дугоотростчатых) суставах, периартикулярных тканях, мышцах. Важное значение могут иметь остеохондроз межпозвонковых дисков, поражения хрящевой ткани, в т.ч. имеющие генетически детерминированный характер.

К факторам, предрасполагающим к развитию БНС, относятся дефицит физических нагрузок или, наоборот, избыточные нагрузки (трудовая деятельность, связанная с подъемом или переносом тяжестей, занятия травматичными видами спорта),

избыточная масса тела [15]. В практическом плане важно, что действие указанных факторов может реализовываться уже в детском и подростковом возрасте.

В качестве факторов, предрасполагающих к возникновению БНС, традиционно относят конституциональные особенности индивидуума, в частности аномалии развития позвоночника (люмбализация или сакрализация крестцовых и поясничных позвонков, расщепление дужек позвонков и пр.). Вместе с тем результаты проведенных за последние годы масштабных исследований не смогли подтвердить взаимосвязь между аномалиями строения скелета, в частности спондилолистезом, и риском возникновения БНС [37].

В большинстве случаев представляется затруднительным выявление единственной (или ведущей) причины возникновения неспецифической БНС в силу сочетания ряда факторов. Следует также отметить, что изучению данной проблемы посвящено значительное количество исследований. Однако неоднородность диагностических критериев включенных в них пациентов, различия дизайна исследований затрудняют проведение корректного метаанализа выполненных исследований [10].

Наличие грыжи межпозвонкового диска может приводить к компрессии спинального корешка с развитием как болевого радикулярного синдрома (радикулопатия, ишиалгия), так и нарушений функций двигательных, чувствительных и вегетативных волокон, входящих в состав соответствующего нервного корешка. Стеноз спинального канала и симптомные грыжи межпозвонковых дисков могут являться причинной БНС в 3 и 4% случаев соответственно, при этом компрессия непосредственно конского хвоста крупной медиальной грыжей наблюдается относительно нечасто — примерно у 0,04% пациентов с БНС [18]. Следует, однако, отметить, что далеко не всегда выявляющаяся при

МРТ/КТ-обследовании пациента с БНС грыжа межпозвонкового диска является причиной болевого синдрома. Зачастую протрузии и грыжи дисков не вызывают компрессию нервных корешков и других образований нервной системы, являясь, по сути дела, лишь маркерами дегенеративных изменений в позвоночнике.

■ В зависимости от целого ряда факторов (наличие физических нагрузок и их характер, возраст, масса тела и пр.) болевой синдром возникает у 70—90% членов взрослой популяции, представляя собой одну из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности.

Значительно реже БНС обусловлена специфическими заболеваниями, выявление которых требует проведения соответствующих диагностических мероприятий. К редким причинам возникновения БНС, обусловленным поражением позвоночника и расположенных рядом тканей, относятся компрессионные переломы тел позвонков, в частности при системном остеопорозе (около 4%), анкилозирующий спондилит (представленность в популяции составляет от 0,3 до 5%), первичные и метастатические злокачественные новообразования (0,7%), инфекционные поражения позвонков и прилежащих тканей (спондилит, остеомиелит, эпидуральный абсцесс и пр.) (0,01%) [7, 11].

■ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА БНС

При выборе оптимальной терапевтической тактики, при оценке эффективности лечения и прогноза, определении степени утраты трудоспособности целесообразно учитывать длительность существования болевого синдрома. Выделяют острый (длительностью менее 4 недель), подострый (от 4 до 12 недель) и хронический (длительностью более 12 недель) типы синдрома БНС.

В большинстве случаев БНС имеет доброкачественное течение, болевой синдром регрессирует или значительно уменьшается на протяжении 4—6 недель [9, 26]. Однако в силу того, что изменения в суставных поверхностях, межпозвонковых дисках, околоуставных тканях носят хронический, зачастую неустрашимый характер, существует риск

возобновления болевого синдрома под воздействием внешних провоцирующих факторов или спонтанно. На протяжении одного года с момента возникновения БНС примерно у трети пациентов наступает обострение [33]. При этом считается, что БНС, вновь возникающая после 6-месячного периода ее отсутствия, представляет собой рецидив болевого синдрома, тогда как обострение хронического болевого синдрома рецидивом не считается [35].

В поддержании хронической боли несомненной представляется роль социальных (низкий уровень жизни, конфликтная ситуация на службе или в семье) и психологических факторов (личностная тревога, неудовлетворенность, депрессия, ощущение неуверенности, безнадежности) [21]. Особенно велика роль указанных факторов не только в развитии БНС, но и в становлении и поддержании хронического болевого синдрома. Немаловажным моментом возникновения хронического болевого синдрома является также наличие рентных установок [27].

В том случае, если течение БНС приобретает подострый или хронический характер, наличие болевого синдрома существенно влияет на повседневную активность больного. Так, до 20% пациентов оказываются вынужденными существенно ограничить двигательные нагрузки, а значительная часть из них нуждается в смене трудовой деятельности [33]. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что 1 из 25 взрослых британцев на протяжении года вынужден сменить место работы вследствие невозможности выполнять привычную трудовую деятельность из-за болевого синдрома, обусловленного заболеванием позвоночника [16].

С целью правильного установления диагноза необходимо детальное выяснение анамнестических сведений, в частности особенностей возникновения болевого синдрома, факторов, провоцирующих его появление и обеспечивающих умень-

шение болей, динамики заболевания. Обязательно следует выяснить наличие соматических заболеваний (воспалительных, новообразований, перенесенных травм), способных привести к вторичному поражению позвоночника, оболочек спинного мозга, нервных структур. Необходим тщательный неврологический осмотр с целью выявления неврологического дефицита (вялые и центральные парезы и параличи, сегментарные расстройства

чувствительности).

Особое внимание следует уделять выявлению тазовых нарушений, способных свидетельствовать о компрессии конского хвоста [4].

Уже первичный осмотр больного с БНС требует очертить круг возможных заболеваний, среди которых

■ В качестве факторов, предрасполагающих к возникновению БНС, традиционно относят конституциональные особенности индивидуума, в частности аномалии развития позвоночника (люмбализация или сакрализация крестцовых и поясничных позвонков, расщепление дужек позвонков и пр.).

следует проводить дифференциальную диагностику. Указанная тактика удачно сформулирована в виде принципа «красных флажков» — симптомов, заставляющих усомниться в первичном (доброкачественном) характере БНС и требующих дальнейшего лабораторно-инструментального обследования пациента. Такими признаками являются возникновение боли в возрасте менее 20 или более 55 лет; перенесенная в недавнем прошлом травма спины; нарастающий характер болевого синдрома; отсутствие облегчения после пребывания в лежачем положении; боль преимущественно в грудном отделе позвоночника; перенесенные онкологические заболевания; длительный прием кортикостероидов; внутривенное употребление наркотических препаратов, иммунодефицит, ВИЧ-инфекция; длительное недомогание; необъяснимая потеря веса; наличие очагового неврологического дефицита; лихорадка; выраженная деформация позвоночника [28]. Следует отметить, что указанные принципы высказывались и отечественными неврологами, обращавшими внимание на имеющиеся у больного онкологические, воспалительные заболевания, травматические поражения позвоночника.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что вероятность выявления онкологического заболевания как причины БНС возрастает при уже диагностированных злокачественных новообразованиях различной локализации, прогрессирующем на протяжении не менее 1 месяца болевом синдроме, плохо купируемом обезболивающими препаратами, утрате массы тела. Наиболее значимым фактором является наличие перенесенных онкологических заболеваний (в этой ситуации вероятность связи болевого синдрома с онкологическим заболеванием возрастает с 0,7 до 9,0%) [11].

Вероятность предположения о воспалительной природе БНС (спондилит, эпидуральный абсцесс) значительно возрастает при перенесенных в недавнем прошлом инфекционных заболеваниях, необъяснимой стойкой лихорадке, повторных внутривенных инъекциях, выявленных клинически или параклинически специфических инфекциях (например, туберкулез) [18].

Возникновение БНС или изменение ее характера, нарастание интенсивности у пациента преклонного возраста, с избыточной массой тела, вынужденного длительное время принимать кортикостероиды, перенесшего травму позвоночника, делает вероятным предположение о наличии остеопороза, осложненного компрессионным переломом тела позвонка. Впервые возникший в молодом возрасте болевой синдром, сопровождающийся скованностью в мелких суставах преимущественно в утренние часы, исчезновение болей после физической нагрузки, нарастание интенсивности болевого синдрома во второй половине ночи, выраженная мигрирующая боль в ягодичной области требуют исключения первичного суставного заболевания, в частности анкилозирующего спондилита [29].

Радиологическое обследование является основным способом диагностики у пациентов с БНС. Задачей обследования является в первую очередь исключение специфических причин болей, требующих соответствующего лечения. Оптимальными диагностическими методами являются КТ и МРТ. Вместе с тем оказалось, что широкое применение у

пациентов с БНС методов томографического обследования не связано с повышением эффективности лечения. Очень часто обнаруживаемые структурные изменения позвонков и межпозвонковых дисков, суставно-связочного аппарата не связаны с характером и интенсивностью болевого синдрома, не могут объяснить механизмы его возникновения [13]. Рутинное применение методов томографии, соответственно, не способствует повышению качества диагностики, не оказывает влияния на терапевтическую тактику, при том что повышает стоимость лечебного процесса.

С другой стороны, томографическое обследование, несомненно, показано пациентам с нарастающим характером болевого синдрома, при наличии неврологического дефицита в том случае, если имеются клинические или анамнестические указания на тяжелые соматические заболевания, способные привести к вторичному поражению позвоночника, спинного мозга, спинальных корешков и вызвать БНС (онкологические, воспалительные заболевания), т.е. при наличии «красных флажков».

Традиционно широко используемая у пациентов с БНС рентгенография позвоночника обладает значительно меньшей диагностической ценностью. Рентгенографическое обследование не позволяет получить достоверную информацию о наличии и размерах грыжи межпозвонкового диска, истинных размерах позвоночного канала при его стенозе, далеко не всегда эффективно для выявления как первичных, так и метастатических опухолей позвоночника и тем более мягких тканей [39]. Имеются данные о том, что рутинное применение рентгенографии у пациентов с неспецифической БНС не связано с повышением качества лечения и существенно не влияет на исход заболевания [20].

Достаточно сложным является вопрос о целесообразности проведения повторных радиологических и других исследований у пациентов с БНС. Необходимо учитывать, что значительное число больных имеют тревожные, депрессивные расстройства, в связи с чем проведение необоснованных обследований не только не способствует постановке верного диагноза, но, наоборот, убежда-

ет пациента в наличии у него сложного, трудно-диагностируемого заболевания, усугубляя тем самым аффективные нарушения.

■ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БНС

Результаты многочисленных исследований, проведенных в последние годы, позволили в значительной степени пересмотреть основные подходы к ведению больного с острым или подострым синдромом БНС [36]. Принципиально важным является активное вовлечение пациента в процесс лечения. Сам больной должен оценивать выраженность болевого синдрома, его динамику в течение времени, эффективность проводимого лечения, необходимость приема обезболивающих препаратов и пр.

Исключительно важным является проведение с пациентом разъяснительной работы, убеждение его в доброкачественном характере имеющихся симптомов, информирование об отсутствии тяжелого (некурабельного) заболевания, наличие которого потребовало бы длительного лечения. В этой связи необходимо еще раз подчеркнуть нецелесообразность проведения излишних диагностических мероприятий, которые, не оказывая значимого влияния на тактику лечения, невольно внушают пациенту убеждение о сложности патологического процесса, его негативной динамике.

Третьим важным моментом современной тактики лечения пациента с БНС является обеспечение максимально возможного уровня повседневной физической активности. В соответствии с результатами выполненного в 2005 г. систематизированного обзора доказано, что длительное пребывание на постельном режиме (порядка 7 суток и более) не связано с благоприятным течением заболевания [14]. Более того, длительная иммобилизация нежелательна не только у больных с изолированной БНС, но и у пациентов с сопутствующим корешковым синдромом. Максимально ранняя активизация больного имеет исключительно важное значение в отношении предупреждения развития депрессивных расстройств и формирования болевого поведения [36]. Сам больной должен быть ориентирован

на то, чтобы по мере купирования болевого синдрома максимально рано возвращаться к привычному уровню повседневной физической активности. На сегодняшний день оптимальной признается тактика поддержания привычного уровня физической активности (выполнение повседневных действий, ходьба по ровной поверхности и пр.), тогда как активная лечебная гимнастика (в частности, с выполнением упражнений с вовлечением мускулатуры спины, поясницы) и полная иммобилизация пациента представляются нецелесообразными у подавляющего большинства пациентов [5]. Несомненно, что у отдельных больных с интенсивным болевым синдромом, с признаками компрессии корешков или непосредственно спинного мозга (конского хвоста) лечебная тактика может быть пересмотрена, а также могут быть даны рекомендации кратковременного исключения физических нагрузок.

В соответствии с современными представлениями препаратами выбора для купирования неспецифической БНС являются Ацетаминофен (парацетамол), а также нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП — диклофенак, напроксен и пр.). При начале лекарственной терапии с больным должны быть обсуждены вопросы эффективности предлагаемых препаратов, вероятность возникновения нежелательных эффектов проводимой терапии, взаимодействие их с другими лекарственными препаратами, а также стоимость лекарственных средств.

В соответствии с Европейскими рекомендациями по лечению пациентов с острой БНС препаратом первого ряда для купирования болевого синдрома является парацетамол [36]. В случае отсутствия эффекта от его применения или непереносимости препарата следует начинать прием НПВП. Считается, что парацетамол по своей противоболевой активности сопоставим с большинством НПВП или незначительно уступает им в эффективности. Очень важно при этом, что парацетамол отличается незначительным риском возникновения нежелательных побочных эффектов. Осложнением применения препарата является асимптомное повышение в крови уровня трансаминаз, требующее

систематического лабораторного контроля. Увеличение концентрации трансаминаз имеет дозозависимый характер и напрямую зависит от дозы принимаемого парацетамола, хотя клиническая и прогностическая значимость указанного признака остается неясной [38].

Широкое распространение получили НПВП из группы неселективных ингибиторов циклооксигеназы (ЦОГ), обладающие высокой обезболивающей и противовоспалительной активностью. Эти препараты у большинства больных обеспечивают быстрое и полное купирование болевого синдрома, однако их применение существенным образом не оказывает влияния на вероятность формирования хронического болевого синдрома и характер дальнейшего течения заболевания.

Результаты систематизированного обзора серии исследований эффективности НПВП, применяемых с целью устранения боли в спине, позволяют констатировать, что наиболее выраженный результат наблюдается у пациентов с локальным болевым синдромом, тогда как их назначение незначительно влияет на выраженность болевого корешкового синдрома [34].

Широкое применение неселективных ингибиторов ЦОГ, массовое назначение НПВП сдерживается высоким риском желудочных кровотечений, которые выявляются у 15–20% пациентов. Риск развития гастроинтестинальных осложнений повышен у больных, недавно перенесших заболевания желудочно-кишечного тракта, одновременно принимающих несколько НПВП и/или ацетилсалициловую кислоту, антикоагулянты, глюкокортикоиды. Вероятными факторами риска гастроинтестинальных осложнений, пока не получивших убедительного подтверждения, являются женский пол, курение, злоупотребление алкоголем, инфекция *H. pylori* [3]. Значительное снижение риска поражения слизистой оболочки желудка возможно при одновре-

менном применении ингибиторов протонной помпы (в частности, наиболее эффективным являясь в этой ситуации омепразол) [23].

В связи с относительно низким риском гастроинтестинальных осложнений большой интерес вызывает возможность применения селективных ингибиторов ЦОГ-2, обладающих достаточной обезболивающей и противовоспалительной активностью. Потенциальным негативным эффектом систематического применения ингибиторов ЦОГ-2 является увеличение риска тромботических осложнений [6]. Несмотря на неплохие результаты последних исследований, настороженность медицинского сообщества в отношении повышенного риска развития сердечно-сосудистых осложнений (в т.ч. фатальных) у этой группы препаратов сохраняется. Тем не менее достаточно большое число врачей, практикующих

за рубежом, придерживаются мнения, что имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют считать достаточно безопасным применение препаратов этой группы у большинства пациентов с острой БНС.

Одним из представителей ингибиторов циклооксигеназы, имеющих большее сродство к ЦОГ-2, является мелоксикам (Мовалис). Особенностью этого препарата является то, что умеренная селективность к ЦОГ-2 позволяет достичь высокой гастроинтестинальной безопасности и при этом избежать риска тромботических осложнений. Мовалис отличается эффективностью и удобством применения. Препарат может использоваться как для купирования острой боли, так и при хронических патологиях. В международных рандомизированных клинических исследованиях MELISSA и SELECT было показано, что лечебное действие мелоксикама в дозе 7,5 мг/сут сопоставимо с 100 мг диклофенака и 20 мг пироксикама в сутки [12, 17]. Некоторые российские исследования также показали высокую эффективность Мовалиса при суставной патологии и боли в нижней части спины [1, 2].

■ С целью правильного установления диагноза необходимо детальное выяснение анамнестических сведений, в частности особенностей возникновения болевого синдрома, факторов, провоцирующих его появление и обеспечивающих уменьшение болей, динамики заболевания.

Препарат отличается также хорошей переносимостью: как свидетельствуют результаты недавно закончившихся исследований, мелоксикам может применяться даже у тех больных, у которых имеется непереносимость других НПВП [12].

Положительный эффект может быть достигнут применением, наряду с анальгетиками и НПВП, препаратов, устраняющих избыточное мышечное напряжение, — миорелаксантов, эффективность которых убедительно подтверждена, при том что многочисленные исследования свидетельствуют об их хорошей переносимости и малой частоте побочных эффектов (за исключением бензодиазепинов, сроки применения которых не должны быть чрезмерно длительными) [31, 36]. Эмпирически установлено, что повышение эффективности лечения наблюдается при одновременном назначении обезболивающих противовоспалительных препаратов и миорелаксантов.

Возможно применение методов физиотерапии, лечебной гимнастики, мануальной терапии и других немедикаментозных способов лечения. Следует учитывать, что эффективность их применения была подтверждена далеко не всеми клиническими исследованиями. Важным условием их назначения является обязательное комбинирование с поддержанием активности пациента, включение его в процесс лечения. Изолированное применение только одного из методов лечения в настоящее время представляется нецелесообразным [26]. Умеренный положительный эффект оказывает проведение мануальной терапии с воздействием на область позвоночника в сочетании с последующей лечебной гимнастикой, при том что изолированное применение мануальной терапии или только физических упражнений оказывает несколько меньший эффект [28].

Важным терапевтическим фактором является разъяснение пациенту доброкачественного характера его заболевания, поддержание уверенности в скорейшем выздоровлении и отсутствии существенной угрозы для состояния здоровья.

Как свидетельствуют результаты проведенного в Великобритании рандомизированного исследования, при хронической БНС эффект как от мануаль-

ной терапии, так и от лечебной гимнастики и их комбинации невысокий [32].

Результаты проведенного в соответствии с требованиями принципов доказательной медицины исследования (двойное слепое рандомизированное мультицентровое) свидетельствуют о том, что пациентам с хронической БНС нецелесообразно применение жестких матрасов для ночного сна (указанное в полной мере может быть отнесено и к совету спать на жестких досках, на полу и пр.). Большой положительный эффект оказывают полужесткие матрасы, обеспечивающие комфортное положение во время пребывания в лежачем положении [22]. Аналогичным образом нет убедительных свидетельств целесообразности ношения фиксирующих корсетов в профилактических целях, о чем свидетельствуют результаты метаанализа значительного количества клинических исследований [19]. Следует, однако, отметить, что многие пациенты испытывают облегчение от использования указанных приспособлений, в частности, при выполнении работы, связанной со значительным физическим напряжением, при длительном пребывании в транспорте, что дает основания рекомендовать их применение с учетом индивидуальных особенностей больного.

Несмотря на то что убедительно не подтверждена эффективность поведенческой терапии и посещения специализированных школ для пациентов с болью в спине, применение указанных способов профилактики обострения представляется целесообразным. Также желательно дальнейшее проведение оценки их эффективности [35].



ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В. Применение мелоксикама в лечении люмбаго и люмбагии. РМЖ. 2003; 11; 7: 416—418.
2. Гузева В.И., Гайгалас Л.М., Разумовский М.А. Мовалис в лечении острых дорсопатий. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004; 5: 43—46.
3. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. М. М-Сити. 1996; 345.
4. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. В 3 томах. М.: Медицина, 2002.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.