

Синдром боли в спине в практике врача-интерниста

Боль является одним из наиболее распространенных проявлений нарушений здоровья. Практически ежедневно к специалистам первичного звена (участковым терапевтам, семейным врачам) обращаются пациенты с болевым синдромом в области спины. В возрастной категории от 20 до 64 лет на него страдают 24% мужчин и 32% женщин. Отсутствие такой жалобы у пациентов пожилого возраста – к сожалению, скорее, чрезвычайная редкость, нежели норма.

Соответствует ли истине утверждение о том, что боль – это «сторожевой пес здоровья»? Каковы причины появления и механизмы боли в спине? Какими возможностями для ее купирования располагает современная медицина? И может ли такое лечение (в ряде случаев – длительное) быть безопасным? Об этом мы спросили доцента кафедры терапии и ревматологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидата медицинских наук Татьяну Сергеевну Силантьеву.

? Насколько сегодня актуальна проблема боли в спине в мире в целом и в Украине в частности?

– По данным В.Ф. Walker, согласно результатам эпидемиологических исследований, 12-33% лиц трудоспособного возраста испытывают боль в спине на момент исследования, 22-65% отмечали эпизоды боли данной локализации в течение последнего года, 11-84% – как минимум 1 раз в жизни. Предполагается, что данная проблема актуальна для гораздо большего числа населения, ведь в случае возникновения болевого синдрома в области спины за специализированной медицинской помощью обращаются лишь 15-20% пациентов.

В.В. Поворознюк (2009) указывает на то, что эта патология постоянно «молодеет», в настоящее время она регистрируется у 12-26% детей и подростков. Скелетно-мышечная боль в спине занимает 2-е место по распространенности в структуре как острых, так и хронических болевых синдромов, уступая лишь цефалгии и суставной боли соответственно. Емко и точно масштаб проблемы боли в спине охарактеризовали эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), обозначив ее термином «пандемия».

? И все же: когда боль является «другом», а в каких ситуациях, напротив, становится «врагом» для нашего организма?

– Выделяют 2 разновидности боли – физиологическая (выполняет сигнальную функцию, предупреждает организм об опасности и защищает его от возможных чрезмерных повреждений) и патологическая (которая, в свою очередь, бывает острой и хронической).

Патологическая боль снижает качество жизни пациента, вызывает психоэмоциональные нарушения, ассоциирующиеся с ограничением социальной активности, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, является причиной депрессивных расстройств, изменяет деятельность висцеральных систем, вызывая комплекс дезадаптивных реакций.

Боль в спине может надолго лишить человека работоспособности и спокойного сна. Особенно она опасна для больных пожилого возраста и лиц с коморбидными заболеваниями (в т. ч. сердечно-сосудистой системы).

? Что может спровоцировать появление боли в спине?

– Причин, приводящих к возникновению боли в спине, – множество. Это

банальная физическая перегрузка мышц спины, сколиоз, остеохондроз, грыжи межпозвоночных дисков, воспаление мышц (миозит), реже – опухоли или инфекции тканей позвоночника и т. д. Боль, схожая с радикулитной, возможна при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язве желудка), мочевыделительной системы (почечными коликами, цистите), патологии женской репродуктивной системы и др. Возможна и обратная ситуация, например, остеохондроз грудного отдела позвоночника может проявляться болью в области сердца, ошибочно трактуемой как стенокардия.

В подавляющем большинстве случаев боль в спине имеет биомеханический характер. Лишь в 1-3% случаев она обусловлена небиомеханическими причинами (неопластическими состояниями (миеломная болезнь, первичные и метастатические опухоли, лимфомы и др.), инфекционными процессами (остеомиелит, абсцесс и др.), воспалительными спондилоартропатиями (анкилозирующий спондилит, псориатический спондилит, реактивные артриты, серонегативные артриты при язвенном колите и болезни Крона), болезнью Педжета и др.).

? Логично предположить, что при таком обилии факторов, способных вызывать боль в спине, установление ее истинной причины – непростая задача для клинициста. На что следует обращать особое внимание в рамках диагностического поиска?

– С целью дифференциальной диагностики и выявления опасных для жизни состояний разработана система т. н. красных флагов – симптомов, наличие которых требует дальнейшего обследования. К ним относятся: возникновение боли в возрасте <20 или >55 лет; недавно перенесенная травма спины; нарастающий характер боли; отсутствие облегчения боли или ее усиление после пребывания в положении лежа; боль в грудном отделе позвоночника; онкологические заболевания в анамнезе; длительный прием глюкокортикоидов; инъекционное введение наркотических препаратов; иммунодефицитные состояния; длительно сохраняющиеся лихорадка, слабость, потеря массы тела; наличие очагового неврологического дефицита; выраженная деформация позвоночника.

При остром дебюте болезни, наличии диффузной, вариабельной по интенсивности и односторонней боли, усиливающейся при физической активности и ослабевающей в покое, утренней скованности длительностью до 30 мин, сочетании алгии с неврологической симптоматикой следует думать об остеохондрозе, грыже/повреждении диска, переломе позвоночника, спондилолистезе.

На фоне спондилоартритов, ревматической полимиалгии болевой синдром развивается постепенно, он двухсторонний, характеризуется умеренной интенсивностью, усиливается в покое и ослабевает при физической нагрузке, утренняя скованность сохраняется более 30 мин, наблюдаются системные нарушения.

В случаях подострого начала болезни, генерализованной диффузной умеренной боли, интенсивность которой не изменяется в покое и во время физической нагрузки и часто становится причиной нарушения сна, при отсутствии неврологической симптоматики и системных проявлений можно заподозрить фибромиалгию, миофасциальный синдром, перенапряжение мышечно-связочного аппарата.

В пользу опухолевого, инфекционного поражения костей или мягких тканей свидетельствуют постепенное начало болезни, выраженная боль очагового характера (чаще – односторонняя), постоянно беспокоящая пациента, сильные ночные боли.

? Согласно статистике, одна из основных причин боли в спине – остеохондроз. В настоящее время пациенты обозначают этим термином практически любой вид болевого синдрома в области спины вне зависимости от его происхождения и клинической картины. Когда правомерно установление данного диагноза? Какова его типичная симптоматика?

– Остеохондроз – хроническое заболевание позвоночника, в возникновении которого ведущую роль играют дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков и реактивные изменения со стороны тел смежных позвонков. Особой формой заболевания является первичный юношеский остеохондроз, развивающийся у детей на основе хондро- и остеонекроза и сопровождающийся образованием остеофитов при слиянии апофизов с телами позвонков.

В зависимости от локализации различают несколько видов остеохондроза: шейного отдела позвоночника (часто встречается даже у лиц молодого возраста), грудного (возникает наиболее редко), пояснично-крестцового. Иногда поражаются сразу несколько отделов позвоночника.

Заболевание может манифестировать такими клиническими синдромами, как рефлекторный (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия), корешковый, мышечно-тонический, вегетососудистый и др. Наиболее часто встречаются люмбалгия, люмбоишиалгия, возникающие в связи с функционально-анатомическими особенностями поясничной области при нарушении биомеханики движений, первичных воспалительных реакциях, микротравмах, дисбалансе мягких тканей и мышечно-связочного аппарата поясничного отдела и таза.

? На чем основывается диагностика остеохондроза?

– При продолжительных или регулярно возникающих болях в спине обязательна консультация невролога.

Обычная рентгенография поможет выявить травмы и некоторые изменения позвоночника. Диагноз устанавливается с помощью компьютерного или магнитно-резонансного обследования позвоночника (наиболее чувствительный и точный метод современной нейрорентгенологии).

Однако возможности рентгенологических методов исследования не должны



Т.С. Силантьева

переоцениваться, врачу необходимо постоянно помнить о «коварстве» болевого синдрома и множестве причин, его вызывающих. Наличие остеохондроза отнюдь не исключает других факторов, провоцирующих, например, боль в поясничном отделе, – в частности почечную патологию.

В случае необходимости, помимо помощи невролога, целесообразна консультация ревматолога или ортопеда.

? Когда причина боли в спине установлена, возникает не менее ответственный вопрос: как и чем ее купировать?

– Международная ассоциация по изучению боли рассматривает ее контроль как одно из прав человека. Купирование болевого синдрома у пациента с острой и обострением хронической вертеброгенной боли – важнейшая, хотя и не единственная терапевтическая задача.

С целью быстрого и надежного симптоматического лечения боли, обусловленной повреждением и воспалением, наиболее часто используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Согласно рекомендациям Европейской мультидисциплинарной группы экспертов (2011), они являются препаратами первой линии в терапии боли (пересмотр рекомендаций EULAR 2005 г.).

Почти 90% врачей различных специальностей ежедневно назначают НПВП. Основные клинические эффекты этой группы препаратов – обезболивающий, противовоспалительный, жаропонижающий – обуславливают их востребованность и высокую популярность среди населения. Ликвидируя мучительные симптомы или уменьшая их интенсивность, НПВП улучшают качество жизни пациентов и их повседневную активность.

За последние 40 лет количество молекул НПВП, применяемых для лечения заболеваний костно-мышечной системы и болевых синдромов, значительно увеличилось, приблизившись к отметке «30». Как правило, для устранения боли применяют традиционные НПВП. Обезболивающий эффект НПВП максимально проявляется при болевом синдроме слабой и средней интенсивности с локализацией в мышцах, суставах, сухожилиях, нервных стволах.

Известно, что 60% больных положительно реагируют на применение любого НПВП. Учитывая возможность развития побочных эффектов, при выборе препарата следует ориентироваться на соотношение безопасности/эффективность, данные рандомизированных контролируемых исследований, рекомендации

Продолжение на стр.38.

Синдром боли в спине в практике врача-интерниста

Продолжение. Начало на стр. 37.

международных экспертных организаций и индивидуальную переносимость препарата больным.

Выраженным анальгезирующим эффектом и хорошей переносимостью характеризуются производные фенилуксусной и пропионовой кислот. Золотым стандартом в категории неселективных НПВП является диклофенак. Обезболивающая активность диклофенака достаточно высока и подчас сопоставима с таковой наркотических анальгетиков; при этом он не влияет на способность ЦНС суммировать подпороговые импульсы.

В ТОП-10 НПВП, представленном в статье В.В. Поворознюка (2010) и составленном на основании выраженности противовоспалительного и обезболивающего влияния их средних доз, диклофенак лидирует по анальгетическим свойствам.

В настоящее время он широко применяется в хирургии, травматологии и спортивной медицине, для постоперационного обезболивания, в неврологии, гинекологии, онкологии в качестве средства первой степени обезболивания лестницы ВОЗ.

Обезболивающее действие диклофенака, как и большинства препаратов этой группы, главным образом обусловлено подавлением образования простагландинов, лейкотриенов и свободных радикалов. Диклофенак ингибирует ЦОГ-2 (на 80%), ответственную за синтез простагландинов, регулирующих развитие воспаления и восприятие боли, и умеренно блокирует ЦОГ-1 (на 70%), ответственную за множество физиологических функций.

Избирательность в отношении ЦОГ-2 обеспечивает меньшую гастроинтестинальную токсичность по сравнению

с другими неселективными НПВП при сохранении более низкого риска кардиоваскулярных нарушений по сравнению с селективными ЦОГ-2.

? Расскажите, пожалуйста, о тактике минимизации возможных рисков, ассоциированных с приемом НПВП, в частности негативного влияния на кардиоваскулярную систему и желудочно-кишечный тракт.

— Ценные сведения содержат рекомендации Европейской мультидисциплинарной группы экспертов (2011). При отсутствии гастроинтестинальных (ГИ) и кардиоваскулярных (КВ) факторов риска можно применять как неселективные (диклофенак, ибупрофен, напроксен), так и специфические ЦОГ-2-ингибиторы (целекоксиб, эторикоксиб) без ингибиторов протонной помпы (ИПП); предпочтение следует отдавать неселективным НПВП.

Больным с низким КВ- и умеренным ГИ-риском желателно назначать ЦОГ-2-ингибиторы или классические НПВП в сочетании с ИПП.

Если КВ-риск низкий, а ГИ — высокий, целесообразно использовать ЦОГ-2-ингибиторы в сочетании с ИПП или диклофенак (ибупрофен) в сочетании с ИПП.

Больным с высоким КВ- и низким/умеренным ГИ-риском показан диклофенак (ибупрофен) в сочетании с ИПП.

При сочетании высокого КВ- и ГИ-рисков рекомендовано избегать назначения любых НПВП; в случае клинической необходимости допускается применение ЦОГ-2-ингибиторов или диклофенака (напроксена) в комбинации с ИПП.

? На отечественном фармацевтическом рынке представлено множество НПВП. Какому из них, основываясь на научных данных и собственном практическом опыте, Вы доверяете и отдаете предпочтение при лечении боли в спине?

— На протяжении многих лет статус золотого стандарта терапии среди неселективных НПВП сохраняет диклофенак. Именно на этот препарат чаще всего указывается в вышеприведенных рекомендациях. Более того: именно он служит эталоном для изучения новых представителей данного класса. Благодаря оптимальному сочетанию эффективности (ощутимое противовоспалительное, обезболивающее влияние) и безопасности (риск развития нежелательных эффектов расценивается как умеренный) диклофенак уже много лет остается в числе наиболее часто назначаемых НПВП — как в высокоразвитых, так и в беднейших государствах планеты.

Он включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в большинстве государств, входит в национальные списки лекарственных средств первой необходимости в 74 странах мира.

На украинском фармацевтическом рынке представлены препараты диклофенака производства компании KRKA — Наклофен (гель, кишечнорастворимые таблетки, суппозитории, раствор для инъекций) и Наклофен Дуо. Широкий спектр лекарственных форм позволяет использовать различные режимы дозирования при различных показаниях.

Оригинальным решением в области разработки лекарственных форм является

препарат Наклофен Дуо двойного — быстрого и пролонгированного — действия. Капсулы препарата содержат 25 мг диклофенака в форме гранул быстрого действия и 50 мг — в форме гранул продолжительного действия. Это способствует тому, что терапевтическая концентрация препарата поддерживается вдвое дольше, чем при использовании таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой. Важно, что такой «комбинированный» состав Наклофена Дуо позволяет избежать пиковых концентраций диклофенака в крови (важно в случае терапии диуретиками, у больных пожилого возраста и пациентов со сниженным индексом массы тела) и высокого содержания в кишечнике, что сводит к минимуму риск нарушений со стороны пищеварительного тракта и увеличивает приверженность больных к терапии.

Эти свойства Наклофена Дуо чрезвычайно важны в тех случаях, когда у больного, страдающего сердечно-сосудистым заболеванием и постоянно принимающего кардиологические дозы ацетилсалициловой кислоты, возникает боль в спине. Таким пациентам нельзя отменять профилактическую дозу ацетилсалициловой кислоты, поскольку это может усугубить течение сердечно-сосудистой патологии, и в то же время врач обязан для уменьшения боли и стресса назначить НПВП. В соответствии с вышеприведенными международными рекомендациями больным с высоким КВ-риском нужно назначать диклофенак. Выбирая форму Наклофен Дуо и дополняя назначения ИПП (поскольку наш пациент принимает 2 НПВП), мы получаем оптимальный эффект при наименьшем риске развития побочных эффектов.

Подготовила **Ольга Радучич**



ПОСТ-РЕЛИЗ

Украина сделала шаг вперед в лечении болезней почек

Сотни врачей ознакомились с новыми подходами на международной конференции ко Всемирному дню почки

13 марта в г. Киеве состоялась международная научно-практическая конференция «Здоровье почек для всех», в которой приняли участие более 200 ученых и практиков из 39 городов Украины и зарубежья. Конференция вызвала бурные обсуждения среди участников, которые изучили актуальные на сегодняшний день европейские подходы к лечению болезней почек.

Юбилейная (десятая) конференция была приурочена ко Всемирному дню почки, к участию в которой Украина присоединилась уже в 7-й раз. Соорганизаторами мероприятия выступили Министерство здравоохранения Украины, Национальная академия медицинских наук Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика и другие профильные организации.

«Мы гордимся проделанной работой, — поделился впечатлениями после конференции ее главный вдохновитель и организатор, профессор Дмитрий Иванов. — Нам удалось собрать сотни ученых и практиков со всех регионов Украины — от запада до востока. Несмотря на сложные условия, мы обеспечили высокий уровень мероприятия».

Большой интерес среди украинских участников вызвал доклад представителя из Беларуси, где в отличие от Украины разрешено донорство почек от любых доноров, а не только от родственников больного. Национальная программа также осветила актуальные проблемы почечнозаместительной

терапии и раскрыла возможности предотвращения хронических болезней почек в современных условиях благодаря междисциплинарным подходам для врачей общей практики — семейной медицины, терапевтов, эндокринологов, а также кардиологов. Особой популярностью пользовался мастер-класс профессора Д. Иванова, построенный по европейским образцам.

Распространенность болезней почек в последнее время стала стремительно увеличиваться, представляя серьезную опасность для здоровья и жизни человека и почти достигая уровня заболеваемости артериальной гипертензией и сахарным диабетом как основных

причин смерти. К тому же почки могут утратить до 90% своей функции без каких-либо внешних проявлений. Известно, что хронические заболевания почек отмечаются у 8-12% населения, а у лиц в возрасте старше 65 лет — у 30% случаев. Актуальность темы тяжело переоценить, поскольку возможность профилактики и своевременного диагностирования может существенно повлиять на состояние пациентов.

Генеральным спонсором мероприятия выступила украинская фармацевтическая компания «Мегаком». Событие состоялось также при поддержке компании Worwag Pharma.

Контакты:

Юлия Гулевич
Тел.: +38 (044) 587-87-50;
+38 (050) 338-89-80
E-mail: mice@arena-cs.com.ua

