

Актуальные вопросы диагностики и лечения боли в спине

Когда мы говорим, что страшимся смерти, то думаем прежде всего о боли – ее обычной предшественнице.

М. Монтень



В.В. Поворознюк

Боль в нижней части спины (БНС), т. е. локализуемая между XII парой ребер и ягодичными складками, – одна из самых распространенных проблем современного человечества. Многие специалисты считают БНС своеобразной платой за прямохождение и сидячий образ жизни. По данным ВОЗ, распространенность БНС в развитых странах носит характер пандемии и является серьезной медицинской и социально-экономической проблемой. Так, в США и странах Западной Европы распространенность этой патологии достигает 40-80%, ежегодная заболеваемость – 5%. БНС является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращения к врачу и третьей – по частоте госпитализации.

О современных принципах диагностики и лечения БНС наш корреспондент беседовал с президентом Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-мышечной системы, руководителем отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директором Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, доктором медицинских наук, профессором Владиславом Владимировичем Поворознюком.

– Каковы современные представления о механизмах возникновения БНС и можно ли среди разнообразия

синдромов, объединенных этим термином, отметить какие-либо общие патогенетические механизмы?

– Согласно МКБ-10 БНС относится к болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани. В настоящее время существует мнение, что БНС – это проблема, в которой переплетаются неврологические, ревматологические, травматологические и ортопедические аспекты. Среди причин возникновения БНС можно выделить многочисленные заболевания костей и мягких тканей; во многих случаях боль в спине носит иррадирующий характер, и настоящий очаг патологии может располагаться далеко от места локализации боли. По данным Р. Капп и соавт. (1993), причинами болевого синдрома в спине в 20% случаев являются дегенеративные процессы в межпозвоночных дисках, в 19% – спондилоартриты, в 15% – сколиоз, вызванный различной длиной конечностей, в 14% – идиопатический сколиоз, в 7% случаев – спондилолиз. Остеопороз как причина болевого синдрома в позвоночнике выявляется в 6% случаев, с такой же частотой отмечаются деформации тел позвонков.

В патогенезе БНС большое значение придают миофасциальному синдрому, проявляющемуся не только спазмом мышц, но и наличием в напряженных мышцах болезненных уплотнений (гипертонусов) и триггерных точек (узелков Корнелиуса, Мюллера, миогелозов Шаде-Ланге). Известно, что болевые импульсы одновременно активируют α - и γ -мотонейроны передних рогов спинного мозга. Активация передних мотонейронов приводит к спазму мышц, которые иннервируются данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме возникает стимуляция ноцицепторов самой мышцы. Миофасциальный болевой синдром часто не связан с заболеванием позвоночника и встречается независимо от него. Несмотря на то что клиника миофасциального синдрома описана многими авторами, до сих пор не существует полного гистологического, биохимического или электрофизиологического объяснения природы триггерных точек.

Независимо от причины различают три основных патофизиологических механизма развития болей в спине.

- Периферическая сенситизация, когда в результате действия повреждающих факторов (травм, инфекций и др.) повышается возбудимость периферических ноцицепторов. При этом происходит высвобождение провоспалительных веществ, таких как брадикинин, простагландины, что и обуславливает развитие периферической сенситизации.

- Невральная эктопия, при которой болевой синдром возникает вследствие повреждения нерва или корешка (в случае травмы, компрессии, ишемии). При этом порог возбудимости сенсорных нейронов снижается, в результате чего болевой импульс возникает непосредственно в нервной системе, и появляется так называемая невропатическая, или радикулярная, боль. Другой потенциальной причиной возникновения радикулярной боли считают грыжевое выпячивание межпозвоночного диска, который может сдавливать ганглии и провоцировать натяжение нервного корешка.

- Центральная сенситизация. Это наиболее изученный механизм развития боли в спине. В его основе лежит усиление болевого импульса в спинном мозге, в результате чего субъективное ощущение боли также усиливается. Прямое повреждение мозга (спинальная травма, инсульт) также может провоцировать центральную сенситизацию. Длительная

сенситизация способствует хронизации болевых ощущений.

Таким образом, причиной БНС могут быть различные заболевания, что требует соответствующих знаний и профессионализма от врача для проведения тщательной диагностики и целенаправленного лечения данного контингента больных.

– БНС – сложная междисциплинарная проблема, тем не менее при наличии большого количества курирующих ее специалистов пациент зачастую не получает своевременно должного лечения. Как не пропустить БНС у пациента?

– Основой и главным правилом успешного лечения пациента, страдающего БНС, является правильная диагностика, ведь хроническая боль в спине может маскировать множество тяжелых заболеваний, в первую очередь онкологическую патологию. К сожалению, у отечественных специалистов, к которым пациенты обращаются при возникновении боли в спине в первую очередь, отсутствует настороженность относительно этих тяжелых заболеваний; они чаще всего связывают БНС с остеохондрозом позвоночника и не проводят комплекс необходимых диагностических процедур, вместо этого направляя больного на массаж и сеансы мануальной терапии, которые могут быть категорически противопоказаны.

Любой пациент с болью в спине должен быть тщательно обследован для правильной постановки диагноза. Диагностический алгоритм включает в первую очередь тщательный сбор анамнеза, ведь именно данные последнего позволяют заподозрить наличие травм, инфекции, онкологического процесса. При этом настороженность врача должно вызвать наличие у пациента:

- злокачественных новообразований в анамнезе;
- уменьшения массы тела неясной этиологии;
- необъяснимой лихорадки;
- нарушений мочеиспускания;
- травмы, связанной с возрастом (падение с высоты человеческого роста, морфофункциональные изменения костной ткани вследствие травмы) в анамнезе;
- отсутствия облегчения болевого синдрома в покое;
- длительного приема стероидных лекарственных средств;
- внутривенных инъекций препаратов.

Еще один важный момент заключается в тщательном осмотре пациента, при этом необходимо обращать внимание на наличие видимых двигательных ограничений в нижних конечностях, болезненность или анестезию в области вертела бедренной кости, локальное повышение температуры, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, наличие болевых ощущений при пальпации позвонков, наличие неврологических нарушений.

Среди инструментальных методов исследования следует отметить ценность рентгенографии. В последнее время существует тенденция популяризации метода магнитно-резонансной томографии (МРТ) и недостаточно активного использования возможностей рентгенодиагностики. Однако именно последняя предпочтительна у пациентов с БНС, поскольку МРТ в большей мере показателна для выявления патологии мягких тканей, а не опорно-двигательного аппарата. Среди исключений, когда рентгенографии следует предпочесть МРТ, можно отметить наличие у пациента тазовой боли, подозрения на остеомиелит (над позвонком определяется точка, болезненная

Продолжение на стр. 14.

Актуальные вопросы

диагностики и лечения боли в спине

Продолжение. Начало на стр. 13.

при пальпации), наличие скрытой инфекции или неопластического процесса.

— Считается, что боль в спине — преимущественно возрастное заболевание, однако в последнее времястораживает распространенность этой патологии среди детей и подростков.

— Действительно, БНС чаще всего развивается у пациентов 20-50 лет, при этом наиболее выраженная боль наблюдается в возрасте 50-64 года. Распространенность этого синдрома среди женщин значительно выше таковой среди мужчин. В возрастной группе 20-64 года БНС встречается у 24% мужчин и 32% женщин. Это связано в первую очередь с гормональными особенностями женского организма; кроме того, отмечена корреляция распространенности болевого синдрома с наступлением менопаузы. Y.B. Yip и соавт. (2001) показали, что БНС страдает более половины женщин в пери- и постменопаузальном периоде, при этом длительность болевых ощущений в спине от 1 до 14 дней за последний год отмечали 45,6% пациенток, 14 дней и больше — 54,4% женщин. В исследовании WHI (Женская инициатива здоровья) показано, что почти половина женщин (49%) имели БНС в течение прошедшего месяца (8% — только БНС и 41% — БНС в комбинации с нарушениями чувствительности в нижних конечностях).

Ряд авторов считает, что ранняя менопауза коррелирует с увеличением интенсивности болевых ощущений в поясничном отделе позвоночника (T. Adera et al., 1994). Есть также данные, свидетельствующие о большей выраженности болевого синдрома в спине среди женщин, страдавших болезненными менструациями (I.O. Brynhildsen et al., 1998). У женщин с БНС в репродуктивном периоде выявлена большая частота самопроизвольных аборт, также у них отмечено увеличение частоты проявлений дисменореи. Обнаружена незначительная зависимость между наличием болевого синдрома и приемом заместительной гормональной терапии в постменопаузальном периоде.

Не следует забывать и о том, что женщины в перименопаузальном периоде являются группой риска развития остеопороза, который также может быть причиной развития БНС.

Вызывает тревогу и тот факт, что в последние годы 12-26% детей и подростков жалуются на боль в пояснице. Большинство педиатров связывают это с остеохондрозом, однако не следует забывать, что даже наличие последнего (по оценкам, более чем у половины детей школьного возраста) не означает отсутствие других причин болей в спине, таких как травмы, остеохондропатии и межпозвонковые грыжи, спондилолиз/спондилолистез и диспластическая спондилопатия, ювенильные спондилоартриты, дисцит, инфекции межпозвонковых дисков и тел позвонков (остеомиелит, туберкулез), а также опухолевые заболевания. Необходимо помнить, что в детском возрасте часто встречается психогенная боль и проекционная боль при заболеваниях, врожденных аномалиях и опухолях органов желудочно-кишечного тракта и урогенитальной сферы.

— Женщины в менопаузальном периоде являются одной из самых больших групп риска возникновения БНС. Существуют ли способы уменьшить этот риск?

— Следует отметить, что факторы риска могут быть корректируемыми и некорректируемыми. К последним относят пожилой возраст, женский пол, наследственность. Корректируемыми факторами риска являются: производственные статико-динамические перегрузки, особенно в неудобных позах, с вибрацией и воздействием неблагоприятных метеорологических факторов; отсутствие регулярной физической активности и малоподвижный образ жизни; наличие резких перепадов

в физических нагрузках; частые простудные заболевания; ожирение (жалобы на болевой синдром возрастают пропорционально увеличению индекса массы тела); заболевания пищеварительного тракта и печени; злоупотребление алкоголем, курение; пристрастие к жареной, копченой пище, соленьям, пряностям и продуктам, содержащим большое количество пуриновых оснований. За счет модификации корректируемых факторов риска можно значительно уменьшить вероятность развития БНС.

Показана независимая от других факторов корреляция между наличием боли в спине и психологическими факторами — стрессом, тревожностью, депрессией, страхом; при этом именно психологические факторы вносят значительный вклад в развитие инвалидизации пациента с БНС. S.J. Vigos и соавт. отмечают, что удовлетворенность работой является независимым корректируемым фактором, способным влиять на персистенцию БНС.

— Какие сегодня существуют возможности лечения пациентов с БНС?

— Раньше пациентам с БНС часто предписывали постельный режим, однако, учитывая тот факт, что недостаточная физическая активность является одной из причин возникновения этого синдрома и его хронизации, в последние годы существует мнение о пользе умеренной физической нагрузки, что подтверждено рядом исследований. Так, в рандомизированном клиническом исследовании скандинавских авторов было отмечено, что клинические результаты лечения пациентов с 3-5-дневным постельным режимом не отличались от таковых пациентов, находившихся на постельном режиме в течение 7-10 ней. В группе с более коротким постельным режимом количество дней нетрудоспособности в последующем было на 45% меньше, и больные, возможно, избежали влияния ухудшения физического состояния в связи с более редкими рецидивами. Таким образом, дозированные физические нагрузки могут быть благоприятным прогностическим признаком и хорошей профилактикой преждевременной инвалидизации пациентов с БНС.

Среди основных групп лекарственных средств, используемых в лечении БНС, можно выделить парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, трициклические антидепрессанты. НПВП способствуют уменьшению проницаемости капилляров и, как следствие, ограничению экссудативных проявлений воспалительного процесса; стабилизации лизосом, что препятствует выходу лизосомальных гидролаз, которые способны оказывать повреждающее влияние на клетку, в цитоплазму и межклеточное пространство; угнетению продукции макроэргических фосфатов (в первую очередь АТФ), что приводит к замедлению воспалительного процесса; угнетению синтеза медиаторов воспаления (простагландинов, лейкотриенов и др.); модификации субстратов воспаления (изменениям молекулярной конфигурации тканевых компонентов, что препятствует их взаимодействию с повреждающими факторами). Кроме того, НПВП оказывают выраженный анальгезирующий и жаропонижающий эффекты.

Мультидисциплинарные программы лечения БНС способствуют улучшению функциональных возможностей пациентов с БНС. Для реализации таких программ необходимо привлечение врачей различных специальностей (ортопеда, невропатолога, физиотерапевта, психолога и др.). Такой подход доказал свою эффективность в зарубежной практике, однако в нашей стране пока еще не нашел должного распространения.

Подготовила Татьяна Спринсян

✓ Внимательно прочитав статью, вы легко ответите на вопросы

Проверьте свои знания

1. Миофасциальные боли возникают под влиянием:

- а) мышечного напряжения и интенсивной физической активности;
- б) воспаления мышцы;
- в) повреждения нервного окончания;
- г) ни один из вариантов не есть правильным.

2. У пациентки 15 лет на протяжении последнего месяца отмечаются периодические боли в нижней части спины в течение дня.

На осмотре хирурга отмечено наличие сколиоза II ст., плоскостопие. Гинекологически здорова. Какие исследования следует назначить больной в первую очередь?

- а) рентгенологическое исследование;
- б) анализ крови на маркеры воспаления;
- в) МРТ;
- г) неврологические пробы.

3. К симптомам «опасности», когда пациенту с БНС необходимо проведение дополнительных исследований, относятся:

- а) кахексия и стойкое повышение температуры тела;
- б) пожилой возраст;
- в) падения, травмы в анамнезе;
- г) правильно все вышеперечисленное;
- д) правильные варианты А и С.

4. К группе риска развития БНС относятся:

- а) пациенты пожилого возраста;
- б) женщины в перименопаузе, с наличием болезненных менструаций в анамнезе;
- в) дети школьного возраста;
- г) все вышеперечисленные группы;
- д) ни один из вариантов не есть правильным; должно быть сочетание как минимум трех факторов риска.