

П.Р. Камчатнов, д.м.н., профессор, А.В. Чугунов, Х.Я. Умарова, Российский государственный медицинский университет, г. Москва

Острая боль в спине — проблемы эффективности и безопасности лечения

Острая боль в спине, в частности боль в нижней части спины (БНС), является одним из наиболее распространенных клинических синдромов. БНС связана со значительной временной нетрудоспособностью, большими материальными потерями, высоким риском формирования хронического болевого синдрома. Так, установлено, что на протяжении последних 3 мес каждый четвертый взрослый житель США хотя бы однократно переносил эпизод БНС, длительность которого составила не менее суток, тогда как примерно у каждого десятого из них интенсивность болевого синдрома потребовала обращения за медицинской помощью.

Согласно результатам ряда исследований, БНС возникает у 70-90% взрослого трудоспособного населения, представляя собой одну из наиболее распространенных причин временной утраты трудоспособности. На распространенность БНС в популяции оказывает влияние ряд факторов, в частности возраст пациентов, особенности трудовой деятельности, характер, регулярность и интенсивность физических нагрузок, масса тела, особенности представлений о болезни и пр. Суммарные затраты, связанные с оказанием медицинской помощи пациентам с БНС в США, достигают 26,3 млрд долларов в год, при этом еще большие расходы связаны с временной утратой трудоспособности и невозможностью полноценного выполнения трудовых обязанностей.

В подавляющем большинстве случаев БНС обусловлена дистрофическими и дегенеративными изменениями, поражающими структуры позвоночных двигательных сегментов, в частности спондилезом, остеоартрозом фасеточных суставов, остеохондрозом межпозвонковых дисков, оссификацией связок, а также мышечно-тоническими расстройствами в прилегающих тканях. Как правило, трудно, а зачастую невозможно определить единственную причину возникновения БНС. Значимыми predisposing факторами развитию БНС факторами являются чрезмерные физические нагрузки, в особенности выполняемые в неудобном, нефизиологичном положении (подъем и перенос тяжестей, выполнение физической работы в ограниченном пространстве и др.), избыточная масса тела, частые переохлаждения. Определенное значение могут иметь врожденные особенности строения скелета, в частности люмбализация или сакрализация крестцовых и поясничных позвонков, расщепление дужек позвонков, асимметрия длины ног, приводящие к выраженным нарушениям осанки. Вместе с тем, как свидетельствуют результаты проведенных за последние годы исследований, отсутствует связь между слабо выраженными аномалиями строения скелета и риском развития БНС.

В подавляющем большинстве случаев БНС характеризуется доброкачественным течением — болевой синдром регрессирует полностью или его интенсивность значительно уменьшается на протяжении 4-6 нед.

Возможно выделение острого (длительностью менее 4 нед), подострого (от 4 до 12 нед) и хронического (более 12 нед) течения БНС. Данное деление обеспечивает правильный выбор терапевтической тактики и определение прогноза заболевания. Вместе с тем у значительного количества больных существует повышенный риск рецидива болевого синдрома или его трансформации в хроническую форму. В значительной степени это связано с выраженными дегенеративными изменениями суставных поверхностей и межпозвонковых дисков, вовлечением в патологический процесс периартикулярных тканей. Вместе с тем риск хронизации болевого синдрома резко возрастает при полиморбидности, отсутствующих депрессивных и тревожных нарушениях.

Клинически БНС характеризуется четко ограниченным болевым синдромом. Локализация, характер и интенсивность боли имеют четкую связь с движением в поясничном отделе позвоночника. Как правило, существуют движения, провоцирующие болевые ощущения, и положения тела, устраняющие боль (анталгическая поза). Неврологический (нейроортопедический) осмотр позволяет выявить нарушения осанки в виде сглаженности поясничного физиологического лордоза, сколиоза, а также напряжение, болезненность мускулатуры спины.

Намного реже (около 5% случаев) болевой синдром обусловлен компрессией спинального корешка, грыжей межпозвонкового диска. Наличие иррадиации боли в зоны иннервации соответствующих корешков, симптомов натяжения, неврологического дефицита, обусловленного поражением соответствующего корешка, позволяет говорить о симптомной грыже диска. Наличие корешкового синдрома требует тщательного неврологического осмотра, направленного на выявление неврологического дефицита

(вялых и центральных парезов, сегментарных расстройств чувствительности, тазовых нарушений).

Необходимо, однако, иметь в виду, что значительно чаще при использовании визуализационных методов обследования выявляются асимптомные грыжи, не приводящие к компрессии невралгических структур и не сопровождающиеся развитием клинической картины радикулопатии или дорсопатии. Такого рода радиологические находки представляют собой лишь маркеры дегенеративных изменений в позвоночнике. Еще реже (примерно в 0,04%) имеет место истинная компрессия конского хвоста, обусловленная крупной медиальной грыжей.

Сложную клиническую проблему представляют собой случаи БНС, вызванные специфическими заболеваниями, к которым относятся компрессионные переломы позвонков, обусловленные, как правило, их остеопорозом; первичные и метастатические опухоли позвонков, оболочек спинного мозга; анкилозирующий спондилит и другие воспалительные заболевания позвоночника (спондилит, остеомиелит, эпидуральный абсцесс и др.). Для их выявления требуется проведение всестороннего лабораторно-инструментального обследования больного.

В этой связи большой практический интерес представляет выявление симптомов (так называемых красных флажков), заставляющих усомниться в доброкачественном характере БНС. Это возникновение боли в возрасте до 20 или после 55 лет; недавно перенесенная травма позвоночника; нарастающий с течением времени характер боли; отсутствие облегчения болевого синдрома или его усиление после пребывания в горизонтальном положении; ранее перенесенные онкологические заболевания; дебют болевого синдрома в грудном отделе позвоночника; длительный прием кортикостероидов (в том числе в виде ингаляций); внутривенное употребление наркотических препаратов; различного происхождения иммунодефицит; существующие на протяжении длительного периода времени недомогание, лихорадка; необъяснимая потеря массы тела; выявляемый очаговый неврологический дефицит. При наличии указанных признаков необходимо провести дальнейшее обследование пациента. Кроме того, локализация боли в нижней части спины требует исключения целого ряда соматических заболеваний, в частности патологии органов малого таза, почек, толстого кишечника.

Чаще всего для уточнения причины БНС используется рентгенография позвоночника. Необходимо отметить относительно невысокую диагностическую ценность применения данного метода, так как он не позволяет получить достоверной информации о наличии и размерах грыжи межпозвонкового диска, истинных размерах позвоночного канала, наличии, локализации и размерах опухолей позвоночника и мягких тканей.

Систематическое проведение рентгенографии позвоночника у пациентов с БНС, в особенности со стабильной неврологической клинической картиной, зачастую является нецелесообразным. Широкое применение рентгенографии позвоночника не связано с повышением качества лечения, не оказывает существенного влияния на тактику лечения и исход заболевания.

Большую диагностическую ценность имеет проведение рентгенографии с функциональными пробами, позволяющей выявить патологические изменения объема движений (например, гипермобильность в суставах), наличие спондилолистеза.

Намного более ценную информацию могут предоставить результаты КТ- и МРТ-исследования, позволяющие получить объективные данные о состоянии твердых и мягких тканей позвоночника, структур нервной системы. В то же время рутинное применение радиологического обследования у пациентов с БНС, в особенности со стабильным характером болевого синдрома при отсутствии неврологического дефицита, не имеющих признаков иного патологического процесса, никак не сказывается на эффективности, не влияет на тактику и не способствует

сокращению сроков проводимого лечения. Наряду с этим необоснованное, чрезмерно частое обследование существенно повышает стоимость терапии. Кроме того, зачастую выявляемые структурные изменения позвонков и межпозвонковых дисков, суставно-связочного аппарата не связаны с локализацией, характером и интенсивностью болевого синдрома и не могут объяснить механизмы его возникновения.

Серьезной проблемой является адекватность трактовки полученных результатов обследования. Неправильная их интерпретация, анализ вне связи с клинической картиной заболевания могут вести к преувеличению ценности результатов лабораторно-инструментального обследования. Такая ситуация способна оказывать на больного психотравмирующее воздействие, создавая впечатление о неизлечимом характере имеющегося трудно диагностируемого заболевания.

Для диагностики локальных воспалительных или метастатических процессов используется радиоизотопная скинтиграфия, позволяющая выявить локальное накопление радиофармпрепарата в очагах поражения костной ткани. Денситометрия широко применяется для диагностики и оценки временной динамики процессов остеопороза.

Основными задачами ведения больного с БНС являются максимально раннее купирование боли, предупреждение формирования хронического болевого синдрома, восстановление нормального двигательного стереотипа, обучение пациента навыкам адаптивного по отношению к собственному заболеванию поведения. В настоящее время доказано, что длительное пребывание пациента с БНС на постельном режиме ассоциировано с высокой вероятностью хронизации болевого синдрома, с формированием депрессивного расстройства. Так, показано, что пребывание на постельном режиме 7 и более суток связано с неблагоприятным течением заболевания не только у больных с БНС, но и у значительной части пациентов с корешковым синдромом. Вследствие этого больной должен быть ориентирован на максимально раннее возвращение к привычному уровню повседневной физической активности (перемещение на небольшие расстояния, выполнение элементарных хозяйственных работ и др.). В то же время абсолютно нецелесообразным представляется назначение физических нагрузок, лечебной гимнастики в острой стадии. Кроме того, у ряда пациентов с интенсивным болевым синдромом, клиническими проявлениями выраженной компрессии корешков или самого спинного мозга (синдрома конского хвоста) существует необходимость пребывания на постельном режиме.

Существует огромное количество методов лечения вертеброгенных болей в нижней части спины — от простых растираний до нейрохирургических вмешательств. Эти методы отличаются при разных вариантах и стадиях заболеваний, сопровождающихся болями в пояснице. Традиционным и достаточно эффективным является назначение постельного режима и адекватной лекарственной терапии при острых болях.

Такие методы, как мануальная терапия, физиотерапевтические процедуры или иглотерапия, местное обезболивание, лечебная физкультура, ортопедические корсеты и многое другое, служат хорошим дополнением к основному курсу лечения или применяются самостоятельно, например при хронических болях.

Тем не менее медикаментозное лечение назначается практически всем больным. Прежде всего необходимо снять боли, уменьшить воспаление и отек, улучшить кровообращение, облегчить восстановление поврежденных нервных и хрящевых структур, уменьшить напряжение мышц.

Среди широкого спектра лекарственных препаратов для купирования БНС чаще всего используют парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты. Также широко применяют препараты, позволяющие уменьшить выраженность избыточного локального мышечного напряжения — миорелаксанты (баклофен, тизанидин, толперизон). Вместе с тем важной задачей остается быстрое устранение болевых ощущений в амбулаторных условиях, решение которой зачастую достигается назначением комбинированных лекарственных препаратов.

Статья печатается в сокращении.
Список литературы находится в редакции.

РМЖ. Болевой синдром, 2011, т. 19 (спецвыпуск)

