

Поясничные боли в амбулаторной практике

Об актуальных вопросах оптимизации ведения пациента с неспецифическими болями в спине в амбулаторной (поликлинической) практике корреспондент журнала «Ремедиум» беседовал с профессором кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова», доктором медицинских наук Владимиром Анатольевичем Парфеновым.



В.А. Парфенов

? Почему вопросам болей в спине уделяется столь пристальное внимание?

— Боли в нижней части спины — одна из наиболее часто встречающихся жалоб в настоящее время. Поясничные боли занимают одно из ведущих мест в структуре причин обращения к врачу и нетрудоспособности у лиц различного возраста и ассоциируются с огромными социально-экономическими потерями в связи с временной утратой трудоспособности.

? Что чаще всего является основной причиной поясничной боли при обращении к врачу в поликлинике?

— Согласно статистике, поясничные боли занимают одно из ведущих мест среди причин обращаемости в амбулаторной практике. В большинстве случаев (80-90%) боли в спине вызваны патологией мышц спины, связочного аппарата, межпозвоночных суставов, что расценивается как неспецифическая боль в спине и определяется как люмбагия. Значительно реже поясничные боли обусловлены компрессией спинномозгового корешка и его сосудов — радикулопатией — вследствие грыжи межпозвоночного диска в заднем и заднебоковом направлении, развития спондилоартроза с гипертрофией межпозвоночных суставов и образованием остеофитов.

Причиной поясничных болей могут быть врожденные или приобретенные деформации, смещение тел позвонков, позвоночный стеноз, нестабильность позвоночника и осложненный компрессионным переломом позвоночника остеопороз, наблюдаемый чаще у женщин в период менопаузы. Перечисленные причины, которые в литературе обычно расцениваются как механические, обуславливают примерно 90-95% всех случаев поясничных болей в амбулаторной практике.

В более редких случаях поясничные боли вызваны новообразованиями, затрагивающими позвоночник, такими как первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь, а также сирингомиелией, деструкцией позвонков и поражением нервных корешков вследствие инфекционных процессов, дисметаболических нарушений при гиперпаратиреозе и болезни Педжета. Боли в нижней части спины возможны при различных заболеваниях поджелудочной железы, почек, органов малого таза по механизму отраженных болей.

? На что в первую очередь должны обращать внимание врачи при обследовании пациента с поясничной болью?

— Для установления причины поясничных болей необходимо тщательное обследование больного, включающее выяснение жалоб, сбор анамнеза, соматическое, неврологическое, мануальное и ортопедическое обследования,

а в части случаев и дополнительные методы диагностики. Большое значение имеют мануальное и ортопедическое обследование, при которых определяются подвижность в поясничном отделе позвоночника, объем движений нижних конечностей, наличие локальной болезненности в спине и конечностях, напряжение мышц и болезненность при их пальпации.

В большинстве случаев диагноз в поликлинике устанавливается на основании соматического и неврологического обследований, если они выявляют типичную клиническую картину люмбагии на фоне отсутствия признаков соматического, онкологического или воспалительного заболевания.

В Европейских рекомендациях по обследованию пациентов с острой поясничной болью отмечается, что в большинстве случаев у лиц молодого и среднего возраста (до 50 лет) в отсутствие признаков неврологических (поражения спинномозговых корешков или спинного мозга) или других специфических заболеваний не требуется дополнительных методов обследования. Не следует проводить рентгенографию или магнитно-резонансную томографию (МРТ) поясничного отдела позвоночника всем пациентам с острой поясничной болью. Большое значение имеет оценка психосоциальных факторов, особенно у пациентов с частыми повторными эпизодами острых поясничных болей. В тех случаях, когда поясничные боли усиливаются или отсутствует позитивная динамика в течение нескольких недель, требуется тщательное обследование пациента для исключения возможных заболеваний, скрывающихся под маской доброкачественных мышечно-тонических или миофасциальных синдромов.

Необходимо помнить о симптомах опасности при поясничной боли, к которым относят в первую очередь нетипичную картину болевого синдрома: отсутствие связи с движениями позвоночника; необычную область иррадиации (в промежность, прямую кишку, живот, влагалище); усиление в горизонтальном положении и ослабление в вертикальном; связь с дефекацией, мочеиспусканием, половым сношением. Следует выяснить наличие в анамнезе недавней травмы спины или злокачественного новообразования. К симптомам опасности относят лихорадку, нарушение функции тазовых костей и поражение спинного мозга либо корешков конского хвоста, а также признаки психического заболевания, при котором боли в спине могут быть его проявлением (соматоформное расстройство).

В тех ситуациях, когда такие симптомы имеются, необходимы дополнительные исследования, провести которые в большинстве случаев можно в амбулаторных условиях. Среди дополнительных методов исследования при болях в нижней части спины наиболее часто

используют рентгенографию позвоночника в нескольких проекциях, общий анализ крови и мочи, компьютерную томографию или МРТ позвоночника, денситометрию, сцинтиграфию костей таза и позвоночника.

? Как известно, подходы к лечению болевых синдромов в спине варьируют от назначения простых анальгетиков до оперативного вмешательства. Какова тактика врача-терапевта в лечении поясничной боли?

— При неспецифической боли в спине необходимо купировать болевой синдром и как можно быстрее вернуть пациента к активному образу жизни; следующей задачей врача является предупреждение повторных обострений и хронизации болевого синдрома.

Постельный режим не рекомендуется, напротив, он замедляет выздоровление и отрицательно влияет на процесс реабилитации пациента. Необходимо избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (например, длительной сидячей работы). Пациенту рекомендуется придерживаться активного образа жизни, быстро вернуться к обычной деятельности. При острой поясничной боли не рекомендуется лечебная гимнастика, широкое использование массажа мышц спины, методов лечения ультразвуком, электролечения, вытяжения, поскольку их эффективность не доказана, а назначение может способствовать формированию т. н. болевой личности, хронизации боли.

В качестве лекарственной терапии при острой поясничной боли используются анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты. НПВП обладают хорошим обезболивающим эффектом и выраженным противовоспалительным действием. При выборе НПВП, особенно у лиц, имеющих факторы риска развития побочных эффектов, необходимо принимать во внимание следующие факторы: селективность в отношении изоформ циклооксигеназы (ЦОГ), совместимость с другими лекарственными препаратами и наличие токсического действия на хрящ.

В соответствии с этим в настоящее время наиболее предпочтительным следует считать назначение НПВП, преимущественно воздействующих на ЦОГ-2. К таким лекарственным средствам относится в первую очередь Мовалис® (мелоксикам), являющийся производным энוליновой кислоты. Его фармакокинетика весьма благоприятна: более 99,5% препарата связывается с белками плазмы, максимальная концентрация при приеме 15 мг достигается в плазме через 2,5-7 ч. Препарат обладает линейной фармакокинетикой, время его полувыведения составляет 20-24 ч, что дает возможность применять его 1 р/сут, максимальная концентрация в плазме достигается на 3-5-й день

приема. Кроме того, препарат не оказывает разрушающего действия на хрящ. Мовалис® можно использовать для купирования боли в спине либо в качестве препарата 1-й линии, либо как дополнительный препарат в комплексном обезболивании.

? Как Вы относитесь к генерическим препаратам мелоксикама, которые представлены на фармацевтическом рынке?

— Своим пациентам я назначаю только Мовалис®.

? Поскольку Мовалис® в настоящее время является одним из наиболее известных селективных ингибиторов ЦОГ-2, проводились ли исследования по эффективности применения этого лекарственного средства?

— Такие исследования проводились, и действительно, результаты клинического применения мелоксикама (Мовалиса) свидетельствуют о высокой эффективности препарата и низкой частоте развития побочных эффектов, в т. ч. желудочно-кишечных осложнений. Безопасность применения Мовалиса отмечена по данным метаанализа 28 клинических исследований (n=24 196), которые показали, что терапия указанным препаратом ассоциируется с меньшим риском развития желудочно-кишечных осложнений, чем лечение традиционными НПВП (диклофенаком, напроксеном и пироксикамом), и более низким количеством тромбозоболоческих осложнений по сравнению с таковым на фоне приема диклофенака (G. Singh, S. Lanes, S. Triadafilopoulos, 2004).

Несомненным достоинством препарата является наличие как таблетированной, так и инъекционной формы, что позволяет осуществлять ступенчатую терапию. Это подтверждено в открытых исследованиях и клинической практике при лечении тяжелой и средней степени выраженности боли в спине с применением ступенчатой тактики, включающей 3 внутримышечных инъекции Мовалиса, а затем его пероральный прием 15 мг/сут в течение 3 нед (или до полного купирования боли).

Не стоит забывать о пожилых пациентах: больным старше 65 лет следует назначать меньшие дозы Мовалиса, поскольку именно в этой когорте наиболее выражен риск развития побочных эффектов НПВП. Впрочем, у этой группы пациентов, как и у пациентов, которые не имеют противопоказаний к применению НПВП, Мовалис® обычно хорошо переносится.

В заключение хотелось бы отметить, что адекватное лечение пациентов с болью в спине позволяет в большинстве случаев достичь быстрого положительного результата и уменьшить количество больных с частыми и хроническими болями в нижней части спины.