

П.Р. Камчатнов, д.м.н., профессор, А.В. Карлов, д.м.н., профессор, кафедра неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава; Б.Б. Радыш, д.м.н., профессор кафедры гериатрии и геронтологии ГОУ ВПО РДН Росздрава, г. Москва

Эффективность и безопасность лечения пациента с острой болью в нижней части спины

Боль в нижней части спины (БНС) – распространенный клинический синдром, проявляющийся болезненными ощущениями дискомфорта в области, ограниченной сверху реберными дугами, а снизу – ягодичными мышцами. Нередко локальная боль сопровождается иррадиацией в нижние конечности, как правило, обусловленной компрессией спинальных корешков, а также мышечно-тоническими синдромами.

БНС исключительно широко распространена, и в зависимости от целого ряда факторов (возраст, масса тела, интенсивность физических нагрузок, их характер и регулярность и пр.) болевой синдром возникает у 70-90% взрослой популяции, представляя собой одну из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности. Считается, что каждый четвертый взрослый житель США на протяжении последних трех месяцев испытывал БНС, продолжавшуюся не менее суток, при этом интенсивную БНС в течение последнего года отмечают 7,6% взрослого населения страны.

Весьма значительными являются материальные потери, связанные с временной или постоянной утратой трудоспособности пациентами с БНС, расходами на лечение (как медикаментозное, так и хирургическое), реабилитационными мероприятиями. Только в США непосредственные затраты, связанные с оказанием медицинской помощи по поводу БНС, составили 26,3 млрд. долларов в год, при том что огромные расходы сопряжены также с временной утратой трудоспособности, невозможностью выполнять трудовые обязанности в полном объеме.

Причины возникновения БНС


С целью выбора верной тактики обследования и лечения больного целесообразно выделить неспецифической БНС, БНС, сопровождающейся компрессией спинального корешка или стенозом спинального канала, а также БНС, обусловленной другими (специфическими) заболеваниями. В зависимости от длительности, выделяют острую (длительностью менее 4 недель), подострую (от 4 до 12 недель) и хроническую (более 12 недель) БНС.

Наиболее распространенной является неспецифическая БНС (собственно БНС), которая наблюдается у 85% и более пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу болевых синдромов в области спины. В подавляющем большинстве случаев неспецифическая БНС представляет собой доброкачественное состояние, причиной которого являются остеоартроз фасеточных (дугоотростчатых) суставов и дегенеративные изменения периартикулярных тканей, мышц. Существенное значение могут иметь остеохондроз межпозвоночных дисков и некоторые поражения хрящевой ткани, в том числе имеющие генетически детерминированный характер.

К развитию БНС предрасполагает дефицит физических нагрузок или, наоборот, избыточные нагрузки (трудовая деятельность, связанная с подъемом или переносом тяжестей, занятия травматичными видами спорта), избыточная масса тела. Действие указанных факторов может реализовываться уже в детском и подростковом возрасте.

Традиционно считается, что возникновение БНС может быть связано с конституциональными особенностями строения организма, к которым, в частности, относятся аномалии развития позвоночника (люмбализация или сакрализация крестцовых и поясничных

позвонок, расщепление дужек позвонков и пр.). Вместе с тем результаты проведенных за последние годы масштабных исследований не смогли подтвердить существование статистически значимой связи между аномалиями строения скелета, в частности спондилолизом и риском возникновения БНС.

 В большинстве случаев затруднительно выявление единственной (или ведущей) причины возникновения БНС в силу сочетания ряда факторов.

Следует отметить, что изучению данной проблемы посвящено значительное количество работ, однако неоднородность использованных диагностических критериев, различия дизайна исследований, затрудняют проведение корректного метаанализа.

Наличие грыжи межпозвоночного диска может приводить к компрессии спинального корешка с развитием болевого синдрома (радикулопатия) и нарушением функций двигательных, чувствительных и вегетативных волокон. Стеноз спинального канала и симптомные грыжи межпозвоночных дисков являются причиной БНС соответственно в 3% и 4% случаев, компрессия непосредственно конского хвоста крупной медиальной грыжей наблюдается нечасто – примерно у 0,04% пациентов с БНС. Далеко не всегда выявляющаяся при МРТ/КТ обследовании пациента с БНС грыжа межпозвоночного диска является причиной болевого синдрома. Зачастую грыжи дисков не вызывают компрессию нервных корешков, являясь, по сути, лишь маркерами дегенеративных изменений в позвоночнике.

Значительно реже БНС обусловлена специфическими заболеваниями, выявление которых требует проведения соответствующих диагностических мероприятий. К таким состояниям относятся компрессионные переломы позвонков, в частности при системном остеопорозе (около 4%), анкилозирующий спондилит (частота составляет 0,3-5%), первичные и метастатические опухоли (0,7%), инфекционные заболевания – спондилит, остеомиелит, эпидуральный абсцесс и пр. (0,01%).


Клиническая картина и диагностика БНС

Для выбора терапевтической тактики, оценки эффективности лечения и прогноза, для определения степени утраты


трудоспособности необходимо учитывать особенности клинической картины заболевания, длительность существования болевого синдрома и его временную динамику, результаты параклинического обследования.

В большинстве случаев БНС имеет доброкачественное течение, болевой синдром регрессирует или значительно уменьшается на протяжении 4-6 недель. В силу того что изменения в суставных поверхностях, межпозвоночных дисках, околосуставных тканях носят хронический, зачастую неустрашимый характер, существует риск возобновления болевого синдрома. На протяжении одного года с момента возникновения БНС у трети пациентов развивается обострение. БНС, вновь возникшая после шестимесячного периода отсутствия, представляет собой рецидив, тогда как обострение имеющегося хронического болевого синдрома рецидивом не считается.

С целью установления диагноза необходимо выяснение особенности возникновения боли, установление факторов, провоцирующих и уменьшающих боль, динамики заболевания. Обязательно следует выявить 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, тазовые нарушения).

 Уже первичный осмотр больного с БНС позволяет очертить круг возможных заболеваний, среди которых следует проводить дифференциальную диагностику. Указанная тактика удачно сформулирована в виде принципа «красных флажков» – симптомов, заставляющих усомниться в доброкачественном характере БНС и требующих дальнейшего обследования пациента.

Таковыми являются: возникновение боли в возрасте менее 20 или более 55 лет; перенесенная в недавнем прошлом травма; нарастающий характер боли; отсутствие облегчения после пребывания в положении лежа; боль преимущественно в грудном отделе позвоночника; перенесенные онкологические заболевания; длительный прием кортикостероидов; внутривенное употребление наркотических препаратов; иммунодефицит; длительное недомогание; необъяснимая потеря массы тела; наличие очагового неврологического дефицита; лихорадка; выраженная деформация позвоночника. Указанные принципы высказывались и отечественными неврологами, прилагавшими значительные усилия для своевременного выявления имеющихся у больного онкологических, воспалительных заболеваний, травматических поражений позвоночника.

 Радиологическое обследование (в первую очередь – КТ и МРТ) является основным способом диагностики у пациентов с БНС.

Его задачей является в первую очередь исключение специфических причин болевого синдрома, требующих соответствующего лечения. Однако широкое рутинное применение у пациентов с БНС методов томографического обследования не приводит к повышению эффективности лечения, но повышает стоимость лечебного процесса. Часто обнаруживаемые структурные изменения позвонков и межпозвоночных дисков, суставно-связочного аппарата не связаны с характером и интенсивностью болевого синдрома и не могут объяснить механизмы его возникновения.

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), то есть при наличии «красных флажков».

Традиционно широко используемая у пациентов с БНС рентгенография позвоночника обладает меньшей диагностической ценностью, так как не позволяет получить достоверную информацию о наличии и размерах грыжи межпозвоночного диска, истинных размерах позвоночного канала, малоэффективна для своевременного выявления опухолей позвоночника и мягких тканей. Систематическое применение рентгенографии у пациентов с неспецифической БНС не связано с повышением качества лечения и существенно не влияет на тактику лечения и исход заболевания.

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 и, наоборот, убеждает пациента в наличии у него сложного, трудно диагностируемого заболевания, усугубляя тем самым аффективные нарушения.

При наличии соответствующих показаний для установления причин БНС используется радиоизотопная скintiграфия, позволяющая выявить локальное накопление радиофармпрепарата в очагах поражения костной ткани при воспалительном процессе, метастазах. Для диагностики остеопороза следует применять денситометрию. Необходимость исключения соматических заболеваний, способных клинически проявляться болевыми синдромами, сходными

БОЛЬШОЙ СИНДРОМ

с БНС, может потребовать детального обследования пациента совместно с хирургом, гинекологом, урологом.

Лечение

Основными принципами оказания помощи пациенту с острой БНС являются максимально полное и раннее купирование болевого синдрома, разъяснение больному доброкачественного характера заболевания, активное вовлечение пациента в процесс лечения, обучение методам профилактики обострения.

Важным моментом современной тактики лечения пациента с БНС является обеспечение максимально возможного уровня повседневной физической активности – длительное пребывание на постельном режиме (7 суток и более) не связано с благоприятным течением заболевания.

Длительная иммобилизация нежелательна не только у больных с изолированной БНС, но и у пациентов с сопутствующим корешковым синдромом. Максимально ранняя активизация имеет исключительное значение в отношении предупреждения развития депрессивных расстройств и формирования болевого поведения. Больной должен быть ориентирован на то, чтобы по мере купирования болевого синдрома максимально рано возвращаться к привычному уровню повседневной физической активности. Оптимальной признается тактика поддержания привычного уровня физической активности (выполнение повседневных действий, ходьба по ровной поверхности и пр.), тогда как активная лечебная гимнастика у подавляющего большинства пациентов нецелесообразна. У отдельных больных с интенсивным болевым синдромом, с признаками компрессии корешков или непосредственно спинного мозга (конского хвоста) лечебная тактика может быть пересмотрена и даны рекомендации пребывания на постельном режиме.

Препаратами выбора для купирования неспецифической БНС являются ацетаминофен (парацетамол) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

В начале лекарственной терапии с больным должны быть обсуждены вопросы эффективности предлагаемых препаратов, взаимодействие их с другими лекарственными средствами, вероятность возникновения нежелательных эффектов проводимой терапии, 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 (ацетаминофен). В случае отсутствия эффекта от его применения или непереносимости препарата следует начинать прием НПВП. По анальгетическому эффекту ацетаминофен эквивалентен ацетилсалициловой кислоте и сопоставим с большинством НПВП или незначительно уступает им и отличается незначительным риском возникновения побочных эффектов. Осложнением применения препарата является асимптомное повышение в крови уровня трансаминаз, хотя клиническая и прогностическая значимость этого признака неясна.

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

Наиболее значительный результат применения НПВП наблюдается у пациентов с локальной БНС, тогда как их назначение в меньшей степени влияет на выраженность проявления болевого корешкового синдрома.

Широкое применение неселективных ингибиторов ЦОГ сопряжено с высоким риском желудочных кровотечений, в особенности у больных с заболеваниями 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*. Значительное снижение риска поражения слизистой оболочки желудка возможно при одновременном применении ингибиторов протонной помпы (омепразол).

Большой интерес вызывает возможность применения селективных ингибиторов ЦОГ-2, обладающих достаточной обезболивающей и противовоспалительной активностью при низком риске гастроинтестинальных осложнений. Потенциальным негативным эффектом систематического применения ингибиторов ЦОГ-2 является увеличение риска тромботических осложнений, максимально выраженное у рофекоксиба и вальдекоксиба. Вместе с тем результаты рандомизированного клинического исследования MEDAL (более 30 тыс. больных с остеоартритом и ревматоидным артритом на протяжении полутора лет получали диклофенак по 150 мг в сутки или эторикоксиб) позволили установить практически идентичный риск тромботических осложнений при их применении. Имеющиеся данные позволяют считать достаточно безопасным применение препаратов этой группы у большинства пациентов с острой БНС. Одним из ингибиторов ЦОГ-2 является мелоксикам. На сегодняшний день накоплен значительный опыт применения мелоксикама у пациентов с артрозом коленных, тазобедренных суставов, мелких суставов кисти. Большая часть исследований носила характер рандомизированных и контролируемых и была проведена двойным слепым способом.

Эффективность мелоксикама, назначавшегося в различных суточных дозах (7,5-15 мг в один прием) оказалась сопоставимой с таковой при применении диклофенака, пироксикама, напроксена.

Обезболивающий эффект, в особенности при изолированном поражении

одного из крупных суставов, носил дозозависимый характер. Более выраженное действие мелоксикама наблюдалось при приеме 15 мг препарата в сутки, при этом частота побочных эффектов существенным образом не изменялась. Полное устранение или значительное купирование болевого синдрома наблюдалось даже в условиях коротких курсов лечения (порядка трех недель).

Подробно изучен риск развития гастроинтестинальных осложнений при приеме мелоксикама. Так, эффективность длительного применения мелоксикама (7,5 мг в сутки на протяжении полугода) у больных с ревматоидным артритом оказалась сопоставимой с таковой у напроксена (750 мг в сутки), а переносимость, наоборот – значительно лучшей. Гастроинтестинальные осложнения возникли соответственно в 30,3% и 44,7%, при этом прием мелоксикама сопровождался лишь субъективным дискомфортом, а у двух больных, принимавших напроксен, развились желудочные кровотечения.

Масштабное исследование MELISSA (более 9 тыс. пациентов) продемонстрировало значительно лучшую переносимость мелоксикама по сравнению с диклофенаком при длительном применении.

Результаты 12-месячного наблюдения за группой больных с анкилозирующим спондилитом, получавших мелоксикам по 15 мг и 22,5 мг в сутки, установили практически равное количество гастроинтестинальных осложнений. Аналогичным образом дозозависимая частота гастроинтестинальных осложнений не была установлена в результате 12-недельного наблюдения за группой больных с ревматоидным артритом, получавших препарат по 7,5 мг, 15 мг и 22,5 мг.

Отдельно проведено изучение эффективности и переносимости мелоксикама у детей (225 пациентов в возрасте 2-16 лет получали его в виде суспензии для перорального применения на протяжении 3-12 мес) с ювенильными идиопатическими артритами. Отмечена хорошая переносимость препарата, низкая частота побочных эффектов при достаточно высокой его эффективности.

В ходе двух рандомизированных исследований был проведен фармакоэкономический анализ эффективности применения мелоксикама для купирования болевых суставных синдромов в течение 4-недельного курса лечения.

Оказалось, что по своим экономическим параметрам терапия мелоксикамом (7,5 мг в сутки) достоверно превосходит применение диклофенака (100 мг в сутки) и пироксикама (20 мг в сутки) – стоимость применения мелоксикама оказалась существенно ниже препаратов сравнения.

Ценным свойством мелоксикама является возможность одновременного применения других лекарственных препаратов. В частности, пациенты, нуждающиеся в проведении анти тромботической терапии, могут одновременно принимать ацетилсалициловую кислоту, антиагрегантное действие которой мелоксикамом не угнетается.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий у пациента с БНС большое значение имеет сочтанное применение нелекарственных методов – лечебной гимнастики, мануальной терапии, рефлексотерапии, физиотерапии.

Непременным условием их назначения является поддержание достаточной двигательной активности пациента, обеспечение оптимального уровня физических нагрузок (выполнение работ по ведению домашнего хозяйства, ходьба по ровной местности). Изолированное применение только одного из методов лечения в настоящее время представляется нецелесообразным. Одновременное назначение немедикаментозного лечения и регулярных физических упражнений значительно повышает эффективность лечения.

Важным лечебным фактором является вовлечение пациента в процесс лечения. Больного необходимо убедить в доброкачественном характере имеющегося заболевания, поддерживать его уверенность в выздоровлении, объяснить отсутствие существенной угрозы для состояния здоровья. Зачастую отсутствие у пациента объективной информации о причинах возникновения боли создает ложное впечатление о наличии недиагностированного заболевания, его неизлечимости, что способствует формированию аффективных расстройств (тревожные, депрессивные), а также заставляет больного отказываться от медицинской помощи и изыскивать способы нетрадиционного (нередко нерационального) лечения.

Представляют интерес результаты специально проведенных исследований, позволивших установить, что у пациентов с 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.). Более существенный положительный эффект оказывают полужесткие матрасы, обеспечивающие комфортное положение во время пребывания пациента в положении лежа. Аналогичным образом не всегда подтверждается необходимость ношения в профилактических целях фиксирующих корсетов. В то же время 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 БНС, применение указанных способов профилактики обострения представляется целесообразным. Последующее изучение их эффективности позволит определить истинное место в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы находится в редакции.

Статья напечатана в сокращении.

«Трудный пациент», № 11, 2008 г.