

Принципы ведения пациента с острой болью в спине в общей врачебной практике

Профессор **О.В. Воробьева**

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России

Для цитирования. О.В. Воробьева. Принципы ведения пациента с острой болью в спине в общей врачебной практике // ПМЖ, 2015. № 10. С. 555–558.

В индустриальных странах приблизительно 3/4 взрослого населения периодически страдает от боли в спине. Пик заболеваемости приходится на наиболее активный трудоспособный возраст – 35–55 лет [1]. На поликлиническом приеме пациенты с болью в спине составляют от 30 до 50% в зависимости от специализации врача. Боли в спине – одна из ведущих причин потери трудоспособности (после острых респираторных заболеваний), что обуславливает высокую социальную значимость этой медицинской проблемы.

Острая боль в спине определяется как боль, локализованная в области позвоночного столба и длящаяся менее 6 нед. Острые боли в спине – относительно доброкачественный симптомокомплекс. Быстрая редукция боли и возвращение к профессиональной деятельности наблюдаются уже в течение 1-го мес. более чем у 80% больных, обращающихся за медицинской помощью [2]. В то же время катамнестические исследования в значительной степени опровергают тезис об исключительно благоприятном исходе боли в спине.

У небольшой части пациентов (10–17%) боль трансформируется в хроническую и может привести к инвалидизации, но у значительной части пациентов боль меньшей интенсивности сохраняется длительное время или наблюдаются рецидивы эпизодов боли. Более чем у 1/3 пациентов боль как минимум средней интенсивности продолжает персистировать в течение 1 года после острого эпизода и приблизительно у каждого 5-го пациента значительно лимитирует активность в обычной жизни [3]. Эффективное ведение пациента с острой болью в спине является хорошей гарантией предупреждения последующих обострений.

Главная задача врача во время первичного осмотра – выявить пациентов, с высокой долей вероятности имеющих серьезную патологию, например перелом тела позвонка, спинальный тумор, спинальную инфекцию, которые требуют дальнейшего обследования и специфического лечения. Среди пациентов, предъявляющих жалобу на боль в спине, 0,7% имеют спинальный тумор (первичный или метастатический), 4% – компрессионный перелом, 0,01% – спинальную инфекцию и 0,3% – анкилозирующий спондилит [4].

Все практические клинические рекомендации, базирующиеся на доказательной базе, предполагают использование системы «красных флажков» для скрининга серьезных причин боли в спине.

Если у пациента имеются симптомы, представленные в таблице 1, ему необходимо незамедлительное дополнительное обследование.

Анализ истории заболевания, общее обследование помогают исключить вторичный характер боли в спине. Некоторым пациентам необходимо провести дополнительное инструментальное и лабораторное исследование. В первую очередь у практического врача должна быть

настороженность в отношении неоплазмы. Наибольшей специфичностью в отношении канцера обладают следующие факторы: возраст старше 50 лет, необъяснимая потеря веса, неуспешная консервативная терапия боли и боль, усиливающаяся в покое. Для диагностики компрессионного перелома наиболее важными клиническими факторами являются продолжительное использование кортикостероидов, травматический анамнез и возраст. По отношению к компрессионному перелому возраст старше 50 лет имеет специфичность 0,61, а возраст старше 70 лет – уже 0,96 [6]. У молодых людей важно не пропустить анкилозирующий спондилит. Клиническими маркерами этого заболевания являются молодой возраст, утренняя скованность, альтернирующие боли в ягодичной области, усиление боли во 2-й половине ночи.

Следующий диагностический этап – выявление корешковой боли. Боль, ассоциированная с радикулопатией, может приводить к стойкой утрате трудоспособности. Распространенность радикулопатии среди социально активной популяции людей значительно выше, чем распространенность других дегенеративных состояний [7]. В течение 1 года радикулопатия возникает у 1–10% взрослого населения, а кумулятивная распространенность, отражающая вероятность заболевания в течение жизни, варьирует от 1,2 до 43%. Ведение пациента с радикулярной болью требует определенных навыков, в отдельных случаях может потребоваться нейрохирургическое вмешательство. Поэтому пациент с подозрением на корешковую боль должен быть консультирован врачом-неврологом.

Если боль иррадирует в ногу ниже колена, то причиной этой боли с высокой долей вероятности является компрессия волокон корешка. Поэтому для врача полезно стратифицировать больных с мышечно-скелетной болью

Таблица 1. Симптомы опасности (симптомы «красных флажков») [5]

• Возраст моложе 20 лет или старше 55 лет
• Недавняя серьезная травма в анамнезе
• Постоянная прогрессирующая, немеханическая боль (не облегчается в покое)
• Боль в грудном отделе позвоночника
• Сохранение интенсивной боли спустя 4 нед. после начала обезболивающей терапии
• Онкологический процесс в анамнезе
• Продолжительное использование кортикостероидов
• Иммуносупрессия, вирус иммунодефицита человека
• Наличие системного заболевания
• Необъяснимая потеря веса
• Распространенные неврологические симптомы (включая симптомы синдрома конского хвоста)
• Наличие структурной деформации позвоночного столба
• Лихорадка

в спине на группы: с и без иррадиации боли в ногу. Кроме того, боли, иррадиирующие в конечность, характеризуются большей тяжестью и тенденцией к хроническому течению и, соответственно, требуют более агрессивной терапии. Основными причинами компрессии нервных корешков являются: грыжа межпозвонкового диска, остеофиты, гипертрофированная желтая связка, стеноз позвоночного канала. Грыжи межпозвонковых дисков развиваются при дегенеративном процессе в позвоночном столбе, который включает дистрофические и функциональные изменения в тканях опорно-двигательного аппарата (дуготростчатые суставы, межпозвонковые диски, фасции, мышцы, сухожилия, связки) с возможным вовлечением смежных структур. Поэтому возникновению радикулярной боли, как правило, предшествуют эпизоды транзиторной мышечно-скелетной (неспецифической) боли.

Совокупность симптомов люмбальной радикулопатии может включать чувство онемения и слабости в зоне иннервации корешка, но более часто проявляется исключительно болью в ноге. Болевой синдром начинается остро или подостро. Пациенты описывают боль как стреляющую или пронизывающую. У некоторых больных боль становится постоянной, отличается высокой интенсивностью. В дополнение к клинической оценке радикулярной боли могут быть использованы специальные опросники и тесты, например LANSS.

Чтобы определить, какой корешок страдает и какова степень его поражения, необходимо провести неврологическое обследование. Об уровне поражения корешка только по иррадиации боли судить нельзя. Только сочетание боли с гипестезией в соответствующем дерматоме может служить надежным маркером топирования радикулопатии. Слабость мышц при дискогенных радикулопатиях обычно бывает легкой. Исключение составляет парализующий ишиас, характеризующийся выраженным парезом стопы. Развитие данного синдрома связывают с острой ишемией артерий, питающих корешки L₅ или S₁. Систематические обзоры диагностической ценности симптомов выпадения показали, что чувствительность сенсорного дефицита и рефлекторных нарушений составляет от 14 до 61% [8, 9], моторных симптомов (слабость) – от 27 до 62% [4, 5], симптомов натяжения – от 35 до 81% [10].

Таким образом, обследование для диагностики радикулярного болевого синдрома должно включать: оценку диапазона движений в поясничном отделе позвоночника, симптомов натяжения, неврологического дефицита (сенсорные, моторные, рефлекторные нарушения). Особое внимание следует уделять паттерну распространения парестезий или гипестезии, редукции дорсофлексии стопы и большого пальца, коленным и ахилловым рефлексам.

После исключения специфических причин боли в спине и радикулярной боли следует оценить прогноз болевого синдрома. Более чем 85% пациентам, испытывающим персистирующую боль в спине, невозможно установить конкретное заболевание или специфическое нарушение структур позвоночного столба. В настоящее время в отношении таких болевых феноменов принято использовать термин «неспецифические боли в спине». Первичным источником такой боли могут служить различные структуры позвоночного столба и окружающих его тканей, например капсулы суставов, связки и фасции, межпозвоночный диск (болевые рецепторы обнаружены в наружной трети кольца), позвонки (ноцицепторы обнаружены в надкостнице и кровеносных сосудах), мышцы. Определить конкретный источник первичной боли в рутинной клинической практике весьма проблематично.

К счастью, современные подходы к эффективной терапии боли в спине не требуют специфического пато-

анатомического диагноза. В то же время важно на ранних этапах идентифицировать возможные барьеры, затрудняющие редукцию болевого синдрома. В первую очередь необходимо убедить пациента избежать иммобилизации и возобновить активность как можно скорее, в т. ч. вернуться к работе. Современные анальгетики позволяют в короткие сроки провести качественное обезболивание и активировать пациента уже на ранних этапах. Клинические и психосоциальные факторы, с большой вероятностью негативно влияющие на исход мышечно-скелетной боли в спине, получили название симптомов «желтых флажков». Симптомом «желтых флажков» – менее устоявшаяся категория по сравнению с системой «красных флажков». **Наиболее часто выделяют следующие группы факторов:**

1. Катастрофические представления о причине боли (например, ожидание, что боль – симптом опасного заболевания и потенциально может привести к инвалидизации; настрой на пассивное противостояние боли).

2. Неадекватное болевое поведение (например, избегание каких-либо нагрузок, редукция уровня активности).

3. Связанные с профессиональной деятельностью проблемы или желание получить компенсацию (например, неудовлетворенность работой).

4. Эмоциональные проблемы (такие как депрессия, тревога, стресс, дисфория, ограничение социальных контактов).

В случае идентификации одного или нескольких из этих факторов необходимо обсудить с пациентом возможности когнитивно-поведенческой психотерапии. Нет доказательств эффективности психотерапевтических методов воздействия на редукцию острой боли, но высока вероятность, что эти воздействия препятствуют хронизации боли.

Несмотря на то, что в современных классификациях нет специальной категории «боль в спине, связанная с профессиональной деятельностью» (исключая специфические ситуации), тем не менее роль профессионального фактора признается большинством экспертов. Профессиональная активность, связанная с физическим трудом, рассматривается как фактор риска развития боли в спине среди работающей популяции, хотя продолжают дебаты об уровне доказательности [11]. Обсуждая роль профессионального фактора в развитии боли в спине, следует учитывать не только биомеханические факторы риска, но и психосоциальные факторы, связанные с профессиональной деятельностью. В отличие от биомеханических факторов риска специфические психосоциальные стрессоры, связанные с работой, менее изучены. К факторам риска мышечно-скелетной боли относятся: интенсивная работа в условиях дефицита времени, монотонная работа, работа в условиях недостаточного управления производством, неудовлетворенность работой, отсутствие социальной поддержки на работе, профессиональные перегрузки, стрессовые события, связанные с профессиональной деятельностью [12]. В настоящее время среди экспертов по мышечно-скелетным болям достигнут консенсус в том, что риски, связанные с тяжелым физическим трудом, снижаются, в то время как роль профессиональных стрессовых факторов возрастает. В результате риски развития боли в спине у «менеджера» и «грузчика» уравниваются.

Цели лечения острой неспецифической боли в спине – редукция боли и профилактика последующих обострений.

До начала терапии следует:

– оценить интенсивность боли: слабая (3,4 балла по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)), средняя (от 3,5 до

7,4 балла), сильная (7,5 балла) [1]. Подавляющее большинство пациентов, обращающихся за помощью к врачу, имеют боль средней интенсивности, и только около 10% – сильную (труднопереносимую) боль;

- определить, нарушает ли боль двигательную активность;
- оценить потенциальную пользу лечения;
- оценить потенциальные риски, связанные с лечением;
- просчитать вероятность долгосрочной эффективности планируемого лечения.

Прогноз. Острая боль в спине в типичных случаях благополучно разрешается с помощью консервативного лечения. Мучительная боль облегчается в течение нескольких дней, но остаточная незначительная боль может персистировать неделями. К сожалению, невозможно оценить индивидуальный прогноз болевого эпизода и ответ на терапию, основываясь на его инициальных характеристиках, включая даже инициальную тяжесть боли [13].

Общие принципы купирования болевого эпизода. Основные терапевтические направления в период появления или усиления боли включают избегание постельного режима, значительных физических нагрузок (в т. ч. профессиональных), поддержание сильной обычной активности. Обычная сильная (толерантная) нагрузка более эффективна, чем постельный режим, физиотерапия, физические упражнения. Однако для поддержания двигательной активности необходимо быстрое и качественное обезболивание. Быстрая активизация способствует регрессу симптоматики и уменьшает риск хронизации боли. Пациент должен знать, что возвращение к нормальной активности должно начаться так скоро, как только это возможно. Ориентиром в наращивании двигательной активности служит интенсивность болевого синдрома. Расширение двигательных возможностей пациента не должно усугублять болевой синдром.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первого выбора для купирования острой боли в спине. В мире

это самые часто назначаемые препараты для лечения боли в спине. На протяжении последнего 10-летия было выполнено несколько широкомасштабных метаанализов, включая Кокрановские обзоры, продемонстрировавших строгие доказательства (1А) превосходства НПВП над плацебо в контроле острой боли в спине (снижение интенсивности боли, восстановление функциональной активности, время полной редукции боли, потребность в дополнительной анальгезии) [5]. Анализ сравнительной эффективности НПВП внутри класса показал эквивалентную эффективность различных представителей НПВП, а также отсутствие различий между парентеральным или пероральным приемом препарата при купировании боли в спине [5]. Бесспорным достоинством НПВП при купировании острой боли является их быстрота действия. Однократный пероральный прием НПВП редуцирует боль как

минимум на 50% на 4–6 ч у одного из 2-х или 3-х пациентов (индекс NNT (number-needed-to-treat) равен 2 или 3). Обобщающие данные клинических исследований свидетельствуют, что при использовании НПВП средний уровень боли достоверно снижается по отношению к исходному уровню на 3-й день лечения, у большинства больных острая боль полностью разрешается в течение 2–3 нед., и только незначительная часть больных нуждается в более продолжительном лечении.

Большинство клинически значимых побочных эффектов НПВП, в первую очередь НПВП-индуцированные гастропатии, связаны с блокированием фермента циклооксигеназы (ЦОГ) -1. Традиционные НПВП ассоциированы с повышением риска серьезных гастроинтестинальных осложнений по сравнению с плацебо при коротких и особенно длительных курсах применения (1А). Наиболее приемлемые способы нивелирования гастроинтестинальной токсичности включают: низкие дозы и короткие курсы НПВП, использование гастропротекторов (ингибиторы протонной помпы) и, наконец, альтернативное применение селективных НПВП.

Одним из наиболее изученных препаратов среди селективных ингибиторов ЦОГ-2 является мелоксикам. Его безопасность и эффективность были оценены у 5 тыс. пациентов с ревматоидным артритом, остеоартрозом, болью в спине, среди которых почти 1/3 пациентов подвергались воздействию около 1 года [14]. Этот глобальный анализ показал преимущественно мелоксикама в отношении гастроинтестинальной толерантности по сравнению со стандартными дозами пироксикама, диклофенака и напроксена. Препарат мелоксикам выпускается фармацевтической компанией «Фармак» под торговым названием **Либерум**.

Быстрое купирование болевого синдрома в сочетании с хорошей переносимостью – важная характеристика анальгетика для лечения боли в спине. Мелоксикам вполне отвечает этому требованию. С учетом быстроты развития, силы и длительности обезболивающего эффекта (после в/м введения 15 мг мелоксикама T_{max} в плазме наблюдается приблизительно через 1 ч) инъекционной формы рекомендуется использовать эту форму в первые часы, дни развития интенсивного болевого синдрома. Практический опыт применения показывает, что больные начинают ощущать действие препарата уже через 15–30 мин после его введения. Мелоксикам вводится в/м глубоко в течение первых 3–5 дней для купирования интенсивной боли ($\geq 7,5$ балла по шкале ВАШ). В дальнейшем показан пероральный прием 15 мг/сут (интенсивность боли от 3,5 до 7,4 балла по шкале ВАШ) или 7,5 мг/сут (интенсивность боли $\leq 3,4$ балла по шкале ВАШ) в течение 10–20 дней (или до полного купирования боли). Ступенчатая терапия мелоксикамом выраженных болевых синдромов (инъекционные формы в инициальном периоде лечения с последующим переходом на таблетированные формы с сохранением или уменьшением суточной дозы) наиболее удобна для врача и пациента. Мелоксикам в суточной дозе 7,5 мг обладает наилучшим соотношением эффективности/безопасность, поэтому рекомендуется использовать именно эту дозировку для купирования боли у пациентов в группах риска (пациенты старше 65 лет; получающие антиагреганты; инфицированные *Helicobacter pylori*) и при планировании относительно длительных курсов лечения (свыше 4 нед.). Обычно 4–8-недельные курсы лечения применяются при рецидивировании хронической боли в спине, при боли, обусловленной спондилоартрозом. Мелоксикам хорошо переносится, большинство побочных эффектов транзиторны и подвержены спонтанному регрессу, включая локальные реакции в ме-

сте введения препарата (инъекционный мелоксикам переносится значительно лучше, чем инъекционный диклофенак). Либерум вводится в/м глубоко в течение первых 2–3 дней (по показаниям – до 5 дней) для купирования болевого синдрома, в дальнейшем показан пероральный прием мелоксикама 15 мг/сут в течение 3 нед. (или до полного купирования боли). Наличие трех форм выпуска полностью обеспечивает преемственность терапии: Либерум выпускается в виде раствора для инъекций в ампулах по 1,5 мл, 5 ампул в упаковке; таблеток 7,5 мг № 20 и 15 мг № 20. Пациентам старше 65 лет следует назначать меньшие дозы мелоксикама, поскольку именно эта категория больных имеет наиболее выраженный риск развития побочных эффектов НПВП. Обычно Либерум хорошо переносится, большинство побочных эффектов транзиторны и подвержены спонтанному регрессу.

Формы препарата Либерум и его фасовка оптимально отвечают потребности врача при лечении болевых синдромов в области спины. Соответствие фармакокинетического профиля Либерума оригинальному мелоксикаму подтверждено исследованием на биоэквивалентность, а фармакодинамические данные указывают на идентичный противоболевой эффект.

Возможно усиление анальгетического эффекта НПВП за счет адьювантного включения в терапию короткого курса миорелаксанта, например, при недостаточном ответе на НПВП или при исходно интенсивной боли. С 1950-х гг. витамины группы В рассматриваются в некоторых странах как субстанции, обладающие анальгетическим эффектом. В частности, достаточно укоренилось мнение о пользе добавления витаминов группы В в комплексное лечение боли в спине. Анальгетический механизм витаминов группы В остается недостаточно изученным. Как минимум 2 гипотезы объясняют анальгетический эффект витаминов группы В. Во-первых, он может достигаться в результате ингибиции синтеза и блокирования действия воспалительных медиаторов. Во-вторых, анальгетический эффект витамина B_{12} связан с повышением активности норадренергической и серотонинергической трансмиссии, выполняющей ингибиторную функцию в ноцицептивной системе. Показательно, что анальгетические механизмы витаминов группы В реализуются только при использовании высоких доз витаминов. Обзор клинических исследований позволяет рекомендовать включение витаминов группы В в качестве дополнительного препарата в мультимодальное лечение боли в спине. Одним из таких адьювантных препаратов может быть **Витаксон**, содержащий тиамин 100 мг, пиридоксин 100 мг и цианокобаламин 1 мг. Стандартный курс лечения болевых синдромов – 2 мл (1 ампула) Витаксона в/м ежедневно в течение 10–15 дней.

Для воздействия на дистресс, связанный с персистирующей болью (более 6 нед.), могут быть использованы антидепрессанты. Некоторые антидепрессанты, в частности ингибиторы обратного захвата норадреналина, обладают свойством модулирования боли независимо от действия на депрессивное настроение [15].

Литература

1. Portugal J. A clinical trial of tiocolchicoside dibenzozide vs. tiocolchicoside 4 mg in the treatment of acute low back pain // *Folha Med.* 1987. Vol. 4 (95). P. 285–287.
2. Pengel L.H.M., Herbert R.D., Maher C.G., Reishauge K.M. Acute low back pain: systematic review of its prognosis // *BMJ.* 2003. Vol. 327. P. 323–327.
3. Von Korf M., Saunders K. The course of back pain in primary care // *Spine.* 1996. Vol. 21. P. 2833–2839.
4. Deyo R., Diehl A. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies // *J Gen Intern Med.* 1988. Vol. 3 (3). P. 230–238.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>