

Н.А. ШОСТАК, д.м.н., профессор, Н.Г. ПРАВДЮК, к.м.н. ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Боль в спине и коморбидность – диагностика, лечебная тактика

Боль в нижней части спины (БНС), лечение которой остается в числе приоритетных направлений современной медицины, является тяжким бременем как для пациентов, так и для здравоохранения в целом. В нашей стране на БНС приходится до 76% всех случаев обращений за медицинской помощью и 72% дней временной нетрудоспособности в амбулаторно-поликлинической сети [1].

Ключевые слова: коморбидные больные, боль в спине, лечение, НПВП, Найзилат

БНС — одна из актуальных проблем медицины мультидисциплинарного характера. Симптомы БНС присутствуют в клинической картине ревматических, терапевтических, травматологических, хирургических и других заболеваний (табл. 1) [2—4].

Наиболее часто встречается механическая БНС, обусловленная мышечно-связочной дисфункцией, несколько реже — дегенеративным поражением позвоночника (спондилез, остеоартрит фасеточных суставов), грыжей межпозвоночного диска (МПД), спинальным стенозом, спондилолистезом.

Грыжа межпозвоночного диска — основная причина вертеброгенной боли у лиц молодого и среднего возраста. При дорсальном грыжевом выпячивании МПД боль вначале появляется в результате раздражения болевых рецепторов наружных слоев фиброзного кольца и задней продольной связки, сопровождающегося спазмом сегментарных мышц (рефлекторная люмбагия/люмбоишиалгия). Смещаясь в сторону позвоночного канала или межпозвоночного отверстия, грыжа МПД может компримировать спинномозговую корешок, что ведет к возникновению корешкового синдрома (радикулопатии). Боль при грыже диска часто воз-

никает при резком движении, наклоне, подъеме тяжести или падении. Боль усиливается при движении, натуживании, подъеме тяжести, сидении в глубоком кресле, длительном пребывании в одной позе, кашле и чихании. Пациент принимает вынужденную позу с наклоном в здоровую сторону (чаще, но не всегда). Если пациент из-за боли не может стоять, то он лежит с согнутой и приведенной к животу больной ногой.

При грыжах диска поясничный лордоз сглажен, может быть анталгический сколиоз. При пальпации поясничной области определяются мышечный спазм и усиление болезненности, особенно выраженные на уровне выпячивания диска. Болезненность в области пояснично-крестцового сочленения может быть следствием поражения люмбо-сакрального диска. Для грыж МПД характерно асимметричное ограничение подвижности в поясничном отделе (в отличие от спондилоартритов и спондилоартроза, при которых характерно симметричное повреждение). При тяжелой ишиалгии может наблюдаться частичное сгибание в тазобедренном и коленном суставах. Необходимо помнить о том, что при грыже МПД больших размеров боль может не распространяться

на нижнюю конечность. Также единственным болевым проявлением грыжи МПД может быть боль в ноге без сопутствующей боли в пояснице. Симптом Ласега чаще всего положительный [5].

На этапе диагностики грыжи МПД необходимо исключить другие причины, имитирующие боли в спине с иррадиацией в нижнюю конечность (табл. 2).

Остеоартрит тазобедренного сустава — наиболее частая и тяжелая форма остеоартроза, которая обычно заканчивается прогрессирующим нарушением функции сустава вплоть до полной ее потери. Первые симптомы (боль, ограничение объема движений) появляются при отсутствии рентгенологических изменений сустава и обусловлены мышечным спазмом. Постепенно нарастает ограничение объема движений в суставе, у ряда больных возникает симптом «блокады» сустава. При обследовании пациента отмечается болезненность при пальпации в области сустава, без экссудативных проявлений, при длительном течении заболевания появляется атрофия мышц бедра. Конечность принимает вынужденное положение — небольшое сгибание в тазобедренном суставе с нарушением ротации и отведения, возника-

ТАБЛИЦА 1. Причины боли в нижней части спины

| Неопластические | Инфекционные | Висцеральные | Метаболические/ эндокринные/ гематологические/ разные | Ревматические | Сосудистые | Механические/ травматические |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <i>Доброкачественные</i> Остеоид-остеома Остеохондрома Остеобластома Аневризмальная киста Гигантоклеточная опухоль Гемангиома Эозинофильная гранулема Сакроилеальная липома <i>Злокачественные</i> Множественная миелома Хордома Хондросаркома Лимфома Метастатическая карцинома Опухоли спинного мозга Экстрадуральные метастазы Интрадуральные-экстремедуллярные — Нейрофиброма — Менингиома Интрамедуллярные — Эпиндимома — Астрацитомы | Дисцит Эпидуральный абсцесс Спондилит (бактериальный, грибковый, паразитарный) Пиогенный сакроилеит Подострый эндокардит Опоясывающий герпес (varicella zoster virus) | Язва желудка / 12-перстной кишки Панкреатит Опухоли толстой кишки Простатит Внематочная беременность Эндометриоз Пиелонефрит Мочекаменная болезнь | Остеопороз (в т. ч. низкоэнергетический перелом позвонка) Остеомаляция Гиперпаратиреоз Болезнь Педжета Саркоидоз Гемоглобнопатии Миелофиброз Мастоцитоз Почечная остеодистрофия Порфирия Серповидноклеточная анемия Ретроперитонеальный фиброз Эпифизит Шейермана Гипермобильный синдром Синдром Марфана Синдром Элерса — Данло Синдром неудачной операции на позвоночнике | Серонегативные спондилоартриты Анкилозирующий спондилит Реактивный артрит (урогенный, энтеропатический) Псориатический артрит Идиопатический гиперостоз скелета Ревматоидный артрит | Варикозная болезнь вен малого таза Расслаивающаяся аневризма аорты Синдром «нижней полой вены» | Миофасциальная дисфункция Грыжа межпозвонокового диска Спондилез Остеоартрит фасеточных суставов Илеосакральная дисфункция Спондилолистез Поясничная стеноз Перелом позвонка Перелом бедра / костей таза |

ют компенсаторный поясничный лордоз, наклон таза в сторону пораженного сустава и сколиоз. Все это обуславливает появление болей в спине, сдавление бедренного, седалищного и запирающего нервов. Коксартроз приводит к

изменению походки — вначале прихрамывание, затем укорочение конечности и хромота. Для постановки диагноза, согласно критериям Американской коллегии ревматологов, необходимо наличие боли в тазобедренном суставе и

двух признаков из следующих трех: скорость оседания эритроцитов < 20 мм/ч; остеофиты головки бедренной кости или вертлужной впадины, сужение суставной щели, выявленные при рентгенографии.

ТАБЛИЦА 2. Внепозвоночные причины люмбоишалгии и радикулопатии

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Остеоартрит тазобедренного сустава • Асептический некроз головки бедра • Синдром грушевидной мышцы • Синдром ягодичных мышц • Синдром «заднего кармана» • Тазовый эндометриоз • Синдром сдавления малоберцового нерва |
|---|

Асептический некроз головки бедренной кости характеризуется появлением стойкого болевого синдрома (БС) в области тазобедренного сустава в ночное время и предутренние часы, наличием выраженного БС в бедре при крайнем отведении и внутренней ротации.

Синдром грушевидной мышцы сопровождается ноющими, тянущими, мозжащими болями в яго-

дичной области, области крестцово-подвздошного сочленения, тазобедренного сустава и по задней поверхности больной ноги. Болевые феномены усиливаются после длительного сидения, в начале ходьбы, в положении стоя, полуприседании на корточках, при попытке приведения бедра. Уменьшение болей происходит в положении лежа, сидя с разведенными ногами, в процессе непродолжи-

тельной ходьбы. Упорные боли в пояснично-крестцовой области, в зоне ягодич и по задней поверхности больной ноги характерны для **синдрома ягодичных мышц**. Отмечается усиление боли при длительном сидении, переохлаждении, выявление при пальпации значительного мышечного напряжения.

Одна из разновидностей туннельных нейропатий — **синдром «заднего кармана»** — сдавление седалищного нерва бумажником в заднем кармане брюк. Этот синдром следует заподозрить при жалобах на боль в ягодиче и по задней поверхности бедра без боли в пояснице. Обычно он развивается у людей, длительно сидящих в автомобиле, например, у таксистов [6].

Эндометриоидное поражение седалищного нерва / пояснично-крестцового сплетения харак-

ТАБЛИЦА 3. Клинические маркеры немеханической БНС [2]

| Клинические признаки | «Синдром конского хвоста» | Компрессионный перелом позвонка | Неопластический процесс | Инфекционное поражение |
|--|---------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Прогрессирующий неврологический дефицит | X | | | |
| Дисфункция мочевого пузыря и кишечника | X | | | |
| «Седловая» анестезия | X | | | |
| Указание на травму в анамнезе | | X | | |
| Прием глюкокортикоидов | | X | | |
| Женский пол > 50 лет | | X | | X |
| Мужской пол > 50 лет | | | X | |
| Наличие остеопороза/перелома при минимальной травме в анамнезе | | X | | |
| Анамнестические данные об онкологическом заболевании | | | X | |
| Сахарный диабет | | | | X |
| Бессимптомный дебют заболевания | | | X | X |
| Усиление БС в положении лежа на спине / в ночное время | | | X | X |
| Лихорадка | | | X | X |
| Снижение веса | | | X | X |
| Указание на мочеполовую / другой локализации инфекцию | | | | X |
| Употребление наркотиков внутривенно | | | | X |
| ВИЧ | | | | X |
| Иммуносупрессивные состояния (алкоголизм и др.) | | | | X |
| Перенесенные накануне оперативные вмешательства | | | | X |

теризуется появлением болей в бедре и под ягодичной складкой с иррадиацией по задней поверхности ноги, нарушением чувствительности в зоне иннервации седалищного нерва. Сначала симптомы появляются только во время менструаций, но затем могут повторяться в течение всего менструально-овариального цикла. В 2/3 случаев страдает правый седалищный нерв. При магнитно-резонансной томографии, как правило, видны очаги, инфильтрирующие седалищный нерв. Диагноз верифицируют биопсией под контролем КТ [6].

заболевания, компрессионные переломы позвонков. Ниже представлены основные клинические признаки, позволяющие заподозрить указанные состояния (табл. 3). В последние годы внимание специалистов привлечено к проблемам ведения пациентов с наличием двух и более заболеваний, описываемых в отечественной практике как сопутствующие, сочетанные, ассоциированные. В зарубежной научной литературе чаще применяются термины: коморбидные заболевания или состояния (comorbid diseases, comorbid conditions), коморбидность (comorbidity),

Двое из трех пациентов с БНС общаются врачу по меньшей мере об одном сопутствующем хроническом заболевании (65,4%). 31,4% страдающих от БНС указывают на наличие артрита, сердечно-сосудистых заболеваний (30,9%) и проблем с психическим здоровьем (29,8%) (рис. 1) [6–9]. Доказано, что коморбидные состояния прогрессивно увеличивают трехлетнюю смертность, которая достигает 82% при двух и более заболеваниях [10].

В настоящее время сформулированы основные постулаты коморбидности (с дополнениями авторов) [11]:

1. Коморбидные болезни чаще встречаются у пожилых пациентов.
2. Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами, факторами риска и патофизиологическими механизмами.
3. У пациентов с коморбидными заболеваниями ухудшаются тяжесть состояния и прогноз.
4. Коморбидные заболевания могут иметь сходные клинические признаки.
5. Лечение основного заболевания требует учета коморбидности.
6. Лечебная тактика в отношении коморбидных болезней должна носить пациент-ориентированный характер и осуществляться параллельно или последовательно.
7. Одновременная терапия нескольких заболеваний должна основываться на оценке лекарственных взаимодействий.
8. Увеличение количества применяемых лекарственных средств повышает риск побочных эффектов.
9. Коморбидные болезни снижают приверженность пациентов лечению.
10. Наличие дополнительного клинического состояния, существующего или возникающего на

РИСУНОК 1. Частота встречаемости коморбидной патологии у пациентов с БС



Верхний синдром сдавления малоберцового нерва развивается при сдавлении общего малоберцового нерва при сближении двуглавой мышцы бедра с головкой малоберцовой кости. Развивается у лиц определенных профессий, вынужденных длительное время сохранять определенную позу (поза «на корточках») либо совершать повторные движения, сдавливающие сосудисто-нервный пучок в этой области (при работе за швейной машиной). Среди немеханических причин БНС особое место занимают потенциально опасные состояния: «синдром конского хвоста», неопластические процессы, инфекционные

мультиморбидность (multimorbidity). Под коморбидностью понимают проявление дополнительного клинического состояния, которое существует или возникает на фоне текущего заболевания (A.R. Feinstein). При этом имеющиеся заболевания патогенетически взаимосвязаны или совпадают по времени вне зависимости от активности каждого из них, или являются осложнением, возникшим вследствие основного заболевания или его лечения (H.C. Kraemer, M. van den Akker). Под мультиморбидностью подразумевают наличие у одного пациента двух и более хронических заболеваний, не связанных между собой этиопатогенетически.

фоне текущего заболевания, подразумевает оценку коморбидного статуса (использование оценочных шкал, например, индекс Чарльсона (Charlson Index) — для прогноза летальности; кумулятивная шкала рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]) — для оценки тяжести заболеваний; индекс сочетанной болезни (Index of Coexisting Disease [ICED]) — оценка отдаленного прогноза).

Лечебные мероприятия при БНС нацелены в первую очередь на купирование боли, что при наличии коморбидного фона обуславливает поиск безопасного и эффективно-лекарственного средства. При любой разновидности острого механического БС в программу лечения должны быть включены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (степень рекомендации А). Кроме того, НПВП с выраженным анальгезирующим действием могут применяться и при инфекционном, и при неопластическом поражении позвоночника. Известно, что НПВП оказывают многостороннее повреждающее действие на слизистую оболочку (СО) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ):

уменьшают выработку желудочной слизи и бикарбонатов, снижают кровоток в СО желудка, образование глутатиона, способствуют повышению выработки соляной кислоты и пепсиногена, вызывают локальное повреждение СО желудка и двенадцатиперстной кишки, стимулируют апоптоз эпителиальных клеток, увеличивают образование свободных радикалов, фактора некроза опухоли и хемотаксис нейтрофилов, влияют на внутриклеточное содержание кальция, разобщают окислительное фосфорилирование. Таким образом, под влиянием НПВП равновесие между факторами защиты и агрессии сдвигается в пользу последних. Несмотря на несомненную ульце-

рогенную активность НПВП, очевидно, что осложнения со стороны ЖКТ не являются закономерным следствием их назначения. Поэтому одна из важнейших практических проблем безопасного применения НПВП — оценка факторов, ассоциирующихся с риском развития этой патологии у конкретных пациентов. Большую роль в возникновении НПВП-гастропатии играют следующие факторы риска: возраст старше 65 лет, патология ЖКТ в анамнезе, тяжелые сопутствующие заболевания (сердечная (высоких степеней), печеночная и почечная недостаточность), прием высоких доз НПВП, сочетанный прием НПВП и глюкокортикостероидов, низких доз ацетилсалициловой кислоты, метотрексата, циклоспорина А, антикоагулянтов и др. [12].

Не так давно появилась новая генерация НПВП, которые повышают активность оксида азота (NO) в слизистой желудка (NO-НПВП). Как известно, NO обладает гастропротективными свойствами: стимулирует секрецию слизи, бикарбоната, улучшает микроциркуляцию, ингибирует адгезию лейкоцитов к эндотелию, что и определяет фармакологические преимущества данной группы НПВП.

Одним из представителей **NO-НПВП является препарат Найзилат (амтолметин гуацил)**, который наряду с высокой анальгетической и противовоспалительной активностью обладает защитным действием на слизистую ЖКТ (за счет стимуляции рецепторов капсаицина и последующего высвобождения оксида азота). По данным ряда клинических исследований и проведенного на их основе метаанализа амтолметин гуацил не уступает другим НПВП (диклофенак, индометацин, пироксикам, напроксен, ибупрофен), однако по эффективности превосходит их по параметрам безопасности и профилю переносимости [15]. Терапев-

тическая доза амтолметин гуацила (Найзилат) составляет 600 мг 2 р./сут натошак, поддерживающая — 600 мг/сут [13].

Воздействие на мышечный компонент предполагает применение миорелаксантов, устраняющих мышечный спазм. Продолжительность их использования составляет не более 2 нед. (в минимально эффективных дозах) (степень рекомендации А). Важным вспомогательным компонентом комплексного лечения БНС является локальная терапия. Мануальная терапия может приводить к кратковременному улучшению, однако не является альтернативой медикаментозному лечению (уровень доказательности В). Сформулированы абсолютные противопоказания к проведению мануальной терапии: опухоли и метастатические поражения позвоночника, спондилит, остеопороз. Относительными противопоказаниями являются грыжа МПД, гиперлордоз поясничного и шейного отдела позвоночника, отсутствие физиологического кифоза в грудном отделе позвоночника («плоская» спина), врожденная дисплазия костно-хрящевой части позвоночника и связочного аппарата. При отсутствии эффекта от стационарного курса комплексной консервативной терапии в течение 4—6 нед. (сохранение стойкого БС и/или нарастание неврологического дефицита) показана консультация нейрохирурга.

Схему лечения хронического БС (наряду с НПВП и миорелаксантами при обострении) дополняют применением антидепрессантов (уровень доказательности А), слабых опиоидов (трамадол) (уровень доказательности А), препаратами капсаицина (локально — 3 нед.) (уровень доказательности А). Из физиотерапевтических методов лечения активно используются чрескожная электронейростимуляция (уровень доказательности В)

и нейрорефлексотерапия (уровень доказательности А). Особое место занимает использование обучающих поведенческих программ (уровень доказательности А) в сочетании с психосоциальной коррекцией (уровень доказательности А), комплекс специальных физических упражнений (уровень доказательности В). Хирургическая коррекция при хроническом БС показана не ранее чем через 2 года по-

сле проведенной консервативной терапии (за исключением случаев появления неврологического дефицита и выраженного БС) (уровень доказательности С) [3, 4, 14]. Таким образом, купирование БС в спине, в т. ч. у пациентов с коморбидными заболеваниями, является приоритетной задачей врача общей практики. НПВП являются наиболее широко используемым классом лекарственных средств в

любых возрастных группах. Особенностью современных НПВП, к которым относится Найзилат, является высокий профиль безопасности и эффективности, что предоставляет возможность сформировать индивидуальный пациент-ориентированный подход к лечению, минимизировать риск побочных эффектов лекарственной терапии и повысить уровень комплаентности больных.



ИСТОЧНИКИ

1. Кокина М.С., Филатова Е.Г. Анализ причин неудачного хирургического лечения пациентов с болью в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2011, 3: 30-34.
2. Chiodo AE et al. UMHS Low Back Pain Guideline Update, January 2010.
3. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS et al. *Rheumatology*, 2015, 2(6): 1976.
4. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clin Proc*, 2015, 90(12): 1699-1718.
5. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Боль в спине у пожилых — подходы к диагностике и лечению. *Клиницист*, 2011, 3: 73-77.
6. Ha IH, Lee J, Kim MR et al. The association between the history of cardiovascular diseases and chronic low back pain in South Koreans: a cross-sectional study. *PLOS ONE*, 2014, 9(4): e93671.
7. Schofield DJ, Callander EJ, Shrestha RN et al. Association between co-morbidities and labour force participation amongst persons with back problems. *Pain*, 2012, 153: 2058-2072.
8. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA et al. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*, 2014, 384: 45-52.
9. Электронный ресурс: <http://www.aihw.gov.au/back-problems/associated-comorbidities-and-risk-factors/overview/>, цит. 2.09.2016.
10. Ширинский В.С. и соавт. Коморбидные заболевания — актуальная проблема клинической медицины. *Сиб. Медицинский Журнал*, 2014.
11. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография. 7-е изд., перераб. и доп. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. 305 с.
12. Шостак Н.А., Клименко А.А. Нестероидные противовоспалительные препараты — современные аспекты их применения. *Клиницист*, 2013, 3-4: 53-61.
13. Шостак Н.А., Мурадянц А.А. Ревматоидный артрит: клинические ситуации и алгоритмы лечения. *РМЖ*, 2016, 2: 89-95.
14. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Боль в спине как модель болевого синдрома смешанного генеза. *РМЖ*, 2015, 17: 1020.
15. Marcolongo R, Frediani B, Biasi G et al. Metanalysis of the tolerability of amlolmetin-guacyl, a new, efficacious, non-steroidal anti-inflammatory drug, compared with traditional NSAIDs. *Clin Drug Inves*, 1999, 17: 89-96.