

Содержание

От редактора	6
Список сокращений	8
Введение	9
Определение и этиология.....	11
Классификация	16
Алгоритм диагностики боли в нижней части спины в старшей возрастной группе.....	18
Инструментальная оценка боли в спине	46
Лечебная тактика	50
Рекомендуемая литература.....	74

Определение и этиология

БНС – боль, локализующаяся между 12-й парой ребер и ягодичными складками с иррадиацией в нижние конечности или без нее (рис. 1).

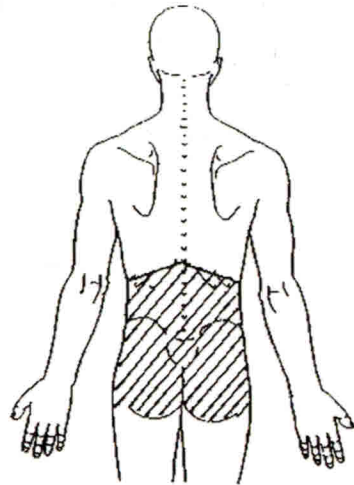


Рис. 1. Схематичное изображение локализации БНС (адаптировано из [10])

Неспецифическая БС – это болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата (дуготростчатые суставы, межпозвонковый диск (МПД), фасции, мышцы, сухожилия, связки) с возможным вовлечением смежных структур (корешок, нерв).

Симптомы БНС присутствуют в клинической картине ревматических, терапевтических, травматологических, хирургических и других заболеваний (табл. 1).

Этиология неспецифической БС схематически представлена на рис. 2.



Рис. 2. Этиология неспецифической БС

Алгоритм диагностики боли в нижней части спины в старшей возрастной группе

Для БНС в старшей возрастной группе характерны:

- 1) наличие ≥ 2 анатомических источников БНС и/или сочетание БНС с болью в ноге;
- 2) хронический вариант течения;
- 3) высокий риск неопластического, инфекционного процессов, остеопороза;
- 4) коморбидность;
- 5) вклад неанатомических факторов в поддержание БНС (деменция, депрессия, тревога, неадекватность в принятии решений, бессонница).

Стандартное обследование врачом-интернистом пациента с БС обязательно включает дифференциальную диагностику заболеваний и выявление

лихорадки, похудения, изменения формы суставов и цвета кожных покровов, лимфаденопатии, гепатолиенального синдрома и др. Также необходимо следовать основному принципу скринингового обследования опорно-двигательного аппарата GALS (gait – походка, arm – рука, leg – нога, spine – позвоночник).

Для диагностики БНС необходимо задать пациенту следующие вопросы:

1. Есть ли у Вас боль и скованность в мышцах, суставах, позвоночнике?
2. Можете ли Вы самостоятельно полностью одеться?
3. Способны ли Вы спускаться и подниматься по лестнице без затруднений?

Для оценки выраженности и динамики болевого синдрома используется 100 мм визуально-аналоговая шкала (0 – нет боли; 100 – нестерпимая боль).

Минимальный лабораторный диагностический набор должен состоять из клинического анализа

крови и общего анализа мочи, оценки скорости клубочковой фильтрации, концентраций глюкозы и С-реактивного белка.

Минимальный инструментальный набор обследований состоит из измерения артериального давления, оценки электрокардиограммы, рентгеновского исследования органов грудной клетки и ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Шаг 1: исключить потенциально опасные причины БНС. Среди причин БНС особое место занимают потенциально опасные состояния: синдром «конского хвоста», неопластические процессы, инфекционные заболевания, компрессионные переломы позвонков. Ниже представлены основные клинические признаки, позволяющие заподозрить указанные состояния (табл. 2).

Шаг 2: исключить поясничный стеноз. Стеноз позвоночного канала – сдавление нервных корешков в спинномозговом канале, которое клинически может проявляться радикулопатией, псевдопарезающей хромотой, синдромом «конского

хвоста». При стенозе позвоночный канал приобретает треугольную форму вследствие гиперостоза фасеточных суставов, гипертрофии желтой связки, распространенных центральных грыж МПД, спондилеза или других причин (перелома позвонка, сдавления опухолью и проч.).

Вопросы, которые необходимо задать пациенту для исключения поясничного стеноза:

1. Имеется ли боль в спине, ягодицах, ногах в положении сидя?
2. Имеется ли боль в ягодицах и ногах в положении стоя и при ходьбе?
3. Боль становится меньше, когда Вы наклоняетесь вперед?

При наличии боли в ягодицах и ногах в положении стоя и при ходьбе, сопровождающемся уменьшением боли при наклоне туловища вперед, необходимо направить пациента на МРТ и/или компьютерную томографию (КТ).

Шаг 3: исключить дискогенную боль (грыжа МПД, спондилодисциты). Локализация боли при

Лечебная тактика

Лечебные мероприятия при БС в первую очередь нацелены на купирование боли, что при наличии коморбидного фона обуславливает поиск безопасного и эффективного лекарственного средства. При любой разновидности острой механической БС в программу лечения должны быть включены НПВП (степень рекомендации А). Кроме того, НПВП с выраженным анальгезирующим действием могут применяться при инфекционном и неопластическом поражении позвоночника.

В соответствии с Консенсусом по болям в спине [13] выделены основные положения по использованию НПВП при болях в спине:

- 1) НПВП назначаются сразу же после установки диагноза, перорально в средней или максимальной терапевтической дозе;
- 2) инъекционные формы НПВП могут использоваться согласно инструкции в течение первых 2–5 дней, при наличии выраженной боли

или невозможности перорального приема;

- 3) длительность курса НПВП определяется временем, необходимым для максимально полного купирования боли и восстановления функции опорно-двигательного аппарата;
- 4) критерием хорошей эффективности является уменьшение боли не менее чем на 50 % от исходного уровня и не позднее 5–7 дней после назначения препарата в полной терапевтической дозе;
- 5) неэффективность терапии (уменьшение интенсивности боли менее чем на 20 % от исходного уровня) с помощью адекватных доз НПВП в течение 2–4 нед служит основанием для назначения консультации невролога;
- 6) при назначении НПВП всегда следует учитывать риск развития нежелательных явлений. Не следует комбинировать 2 и более различных препаратов этой группы, а также использовать дозы, превышающие рекомендованные;

- 7) во всех случаях для предупреждения нежелательных эффектов НПВП должны назначаться ингибиторы протонной помпы (например, омепразол, рабепразол и др.);
- 8) локальные формы НПВП (мази, гели и др.) следует использовать лишь при умеренной/слабой боли, а также при наличии противопоказаний для системных НПВП.

При БС используются следующие НПВП:

- неселективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) (ацетилсалициловая кислота, диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, кеторолак, напроксен, пироксикам);
- селективные и преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ-2 (целекоксиб, эторикоксиб, нимесулид, мелоксикам).

Принципы рационального выбора НПВП основываются на накопленных знаниях о побочных эффектах НПВП со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, почек. Очевидно, что осложнения со стороны желудочно-

кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы не являются закономерным следствием их назначения. Поэтому одной из важнейших практических проблем безопасного применения НПВП является оценка факторов, ассоциирующихся с риском развития этой патологии у конкретных пациентов (табл. 4).

Для быстрого купирования в период острой фазы БС возможно применение **декскетопрофена (Дексалгина®)**, который существует в парентеральной и пероральной формах. Способ применения: 50 мг (1 ампула – 2 мл, дозировка 25 мг/мл) каждые 8–12 ч медленно вводят глубоко внутримышечно. При необходимости возможно повторное введение препарата с интервалом 6 ч. Максимальная суточная доза составляет 150 мг (у пациентов пожилого возраста и пациентов с нарушением функции печени и/или почек терапию Дексалгином® следует начинать с более низких доз; в этом случае суточная доза составляет 50 мг). При необходимости Дексалгин® можно ввести путем медленной внутривенной инъекции, когда содержимое 1 ампулы разводят в 30–100 мл