

Пациент с болью в спине на приеме у терапевта

Профессор А.Л. Верткин, профессор М.М. Шамуилова, к.м.н. Г.Ю. Кнорринг, П.Д. Алиева

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: обобщение современных подходов к диагностике и лечению синдрома боли в спине на уровне амбулаторной терапевтической службы.

Синдром боли в спине остается одной из самых частых причин обращения к врачу, акцент заболеваемости смещен на трудоспособный возраст. Именно терапевтическое звено оказания медицинской помощи несет наибольшую нагрузку по работе с этой категорией пациентов. В статье структурированы диагностические алгоритмы работы с пациентами, предъявляющими жалобы на боли в спине, рассмотрены основные причины возникновения болей, дифференциально-диагностические подходы, представлены сравнительные характеристики различных вариантов возникновения боли в спине. Отдельно выделены «красные флаги» — симптомы и синдромы, требующие неотложных действий и диагностических процедур, включая консультации узких специалистов. Приведены алгоритмы стандартных и минимально необходимых диагностических манипуляций, очерчены показания для назначения консультаций смежных специалистов.

В блоке, посвященном терапии синдрома боли в спине, отдельно проанализированы эффективность и безопасность использования комбинированного препарата на основе ибупрофена и парацетамола для купирования болей в спине, приведены результаты рандомизированных исследований этой комбинации.

Ключевые слова: боль в спине, боль в нижней части спины, радикулопатия, ибупрофен, парацетамол.

Для цитирования: Верткин А.Л., Шамуилова М.М., Кнорринг Г.Ю., Алиева П.Д. Пациент с болью в спине на приеме у терапевта // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 4. С. 13–16.

ABSTRACT

Patient with back pain at the therapist's appointment

Vertkin A.L., Shamuilova M.M., Knorring G.Yu., Alieva P.D.

A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

The aim of the study is to summarize current approaches to the diagnosis and treatment of back pain syndrome at the level of an outpatient therapeutic service.

The back pain syndrome remains one of the most frequent reasons for visiting a doctor, the focus of morbidity is shifted on the working age. It is the therapist who manages this category of patients most often. The article provides the structure of diagnostic algorithms for working with patients complaining of back pain, and presents the main causes of pain, differential-diagnostic approaches, comparative characteristics of various variants of back pain. The review highlights the «red flags» - symptoms and syndromes requiring urgent action and diagnostic procedures, including consultations of specialized doctors. Algorithms of standard and minimally necessary diagnostic manipulations are given, indications for appointment of consultations of adjacent specialists are outlined.

The part of the article, dedicated to the treatment of back pain syndrome, analyzes the efficacy and safety of using the combined preparation based on ibuprofen and paracetamol for the management of back pain, and the results of randomized studies of this combination are presented.

Key words: back pain, lower back pain, radiculopathy, ibuprofen, paracetamol.

For citation: Vertkin A.L., Shamuilova M.M., Knorring G.Yu., Alieva P.D. Patient with back pain at the therapist's appointment // RMJ. Medical Review. 2018. № 4. P. 13–16.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром боли в спине остается одной из самых частых причин обращения к врачу как в нашей стране, так и за рубежом [1, 2]. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, в течение жизни боль в спине возникает у 70–90% населения, преимущественно у людей трудоспособного возраста, а у 20–25% регистрируется ежегодно [3]. Глобальное исследование заболеваемости населения (Global Burden of Disease Study) признало боль в спине главной причиной нетрудоспособности в мире [4]. Боль в нижней части спины (БНС) является одной из самых частых причин обращения к врачам самых разных специальностей.

Европейское многоцентровое исследование продемонстрировало, что хронической болью страдает более 20% жителей Европы, при этом большинство пациентов испытывало боль именно в нижней части спины [5].

При этом на терапевтическое звено оказания медицинской помощи падает наибольшая нагрузка по работе с данной категорией пациентов. Согласно опросу, проведенному Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в ноябре 2017 г., охватившему более 700 жителей РФ трудоспособного возраста (от 22 до 45 лет), испытывавших боли в спине в настоящее время или в течение последнего года, выявлено, что более

1/3 из них обращались именно к терапевту с жалобами на боли в спине (рис. 1).

Диагностический поиск при БНС

Очевидно, что боль как патологический феномен является целой цепью изменений на разных уровнях организма [2]. Поначалу защитный механизм, сигнализирующий о проблеме, позднее становится серьезным и, подчас, самостоятельным страданием. Как писал еще Авиценна: «Боль помогает врачу распознать заболевание, нередко указывая правильный путь лечения. Такая боль приносит пользу, подобно огню, когда он согревает, а не сжигает; подобно воде, когда она орошает, а не затопляет, подобно ветру, когда он освежает, а не разрушает».

Поэтому задачи терапевтической службы — не столько постановка точного топического диагноза, сколько скрининг и анализ основных жалоб и симптомов, исключение серьезной патологии (так называемых «красных флагов»), назначение противоболевой терапии, которая сама по себе может дать подсказки о причине развития болевого синдрома, и при необходимости направление пациента к узкому специалисту для уточнения диагноза [1, 3].

БНС характеризуют как боль, мышечное напряжение и/или скованность, локализующиеся между нижней парой ребер и ягодичными складками с иррадиацией в нижние конечности или без таковой. Доброкачественная скелетно-мышечная боль в спине не считается нозологической единицей. Высокая распространенность и частое отсутствие конкретной объективно визуализируемой анатомической причины заставили выделить синдром БНС в МКБ-10 в качестве регистрационной, а не нозологической категории М 54.5. Для этой формы БНС не выявлено связи между тяжестью морфологических изменений позвоночника (по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии) и выраженностью боли в спине. Так, явная патология межпозвонковых дисков зачастую обнаруживается у практически здоровых людей, при этом выявление патологических изменений в межпозвонковых дисках не приводит к развитию боли в спине в дальнейшем [2, 3, 5].

С практической точки зрения удобно выделять 3 основные причины болей в спине.

♦ Неспецифическая боль в спине (частота встречаемости — 85–90%). Этот термин означает, что не удалось



Рис. 1. Частота обращения пациентов с болью в спине к специалистам разного профиля (ВЦИОМ, 2017)

выявить серьезную патологию (заболевание), явившуюся причиной боли: инфекцию, травму, воспаление, опухоль, остеопороз, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, заболевание соединительной ткани и др. Помимо этого, должны отсутствовать специфические признаки вовлечения в процесс корешков спинномозговых нервов (радикулопатия — 1–5%, синдром конского хвоста — до 2%) и стеноза спинномозгового канала.

- ♦ Специфические причины (частота встречаемости 4–7%):
 - перелом позвоночника;
 - первичные и метастатические опухоли позвоночника;
 - миеломная болезнь;
 - спондилоартрит;
 - остеомиелит;
 - эпидурит;
 - сирингомиелия;
 - опухоли спинного мозга и спинномозговых корешков;
 - заболевания внутренних органов.
- ♦ Боль, вызванная компрессионной радикулопатией, стенозом поясничного канала (частота встречаемости — 7%).

С учетом того, что большинство заболеваний внутренних органов находятся в сфере ответственности терапевта, становится ясно, что именно этому врачу чаще всего приходится решать проблему болей в спине.

В помощь терапевтам разработаны относительно простые диагностические алгоритмы и опросники [3, 6]. Не требующий специальных инструментов, простой, но скрупулезный диагностический поиск позволяет уже на амбулаторном терапевтическом приеме не только верифицировать самые распространенные причины болевого синдрома, но и заподозрить серьезные заболевания, требующие неотложных мер, диагностических процедур, направления к узким специалистам (табл. 1).

Минимальный лабораторный диагностический набор состоит из анализа крови и мочи, оценки скорости клубочковой фильтрации, концентраций глюкозы и — при возможности — высокоточной оценки С-реактивного белка.

Минимальный инструментально-диагностический набор состоит из измерения артериального давления, ЭКГ, рентгеновского исследования органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Алгоритм действий врача-терапевта представлен на рисунке 2.

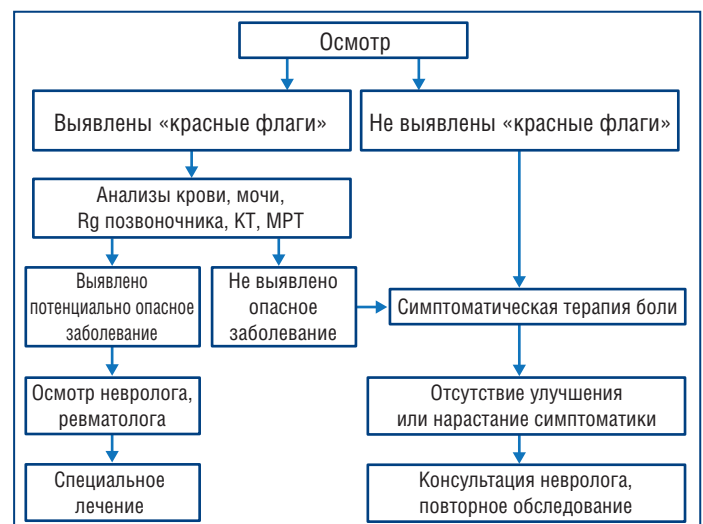


Рис. 2. Алгоритм ведения пациента с болью в спине

Таблица 1. «Красные флаги» и направления диагностического поиска при боли в спине

Вопросы	Возможная патология	Диагностические действия*
Связано ли появление боли в спине с травмой (особенно важно у женщин в менопаузе)?	Перелом позвоночника и/или остеопороз	Рентгенография. Консультация травматолога, эндокринолога
Кроме боли в спине отмечается сильная боль на всем протяжении ноги, ощущение онемения пальцев стопы, слабость в конечности, недержание мочи и кала?	Люмбоишалгия, стеноз позвоночного канала, синдром конского хвоста	Консультация невролога
Имеются ли лихорадка, лимфоаденопатия, лейкоцитоз, повышение СОЭ и С-реактивного белка?	Септический процесс или онкологическое заболевание	Обследование для исключения инфекционного или онкологического заболевания
Были ли хирургические вмешательства, повторные инъекции препаратов (в т. ч. у лиц с наркотической зависимостью)? Имеются признаки иммунодефицита на фоне инфекционного заболевания (СПИД) или химиотерапии?	Септический процесс (дисцит, туберкулез, остеомиелит позвоночника)	Обследование для исключения инфекционного заболевания
Имеются ли онкологические заболевания в анамнезе? Отмечаются немотивированное похудание, анемия, лихорадка?	Онкологическое заболевание	Онкопоиск. Консультация онколога
Появление болевого синдрома в раннем возрасте (до 25 лет), боль в спине продолжается в течение длительного времени, носит воспалительный характер: усиливается в состоянии покоя и ночью, особенно под утро, не уменьшается после отдыха, но снижается после нагрузки (разминки)?	Спондилит (в частности, анкилозирующий спондилит и др.)	Консультация ревматолога, рентгенография позвоночника, КТ, МРТ
Имеются ли признаки висцерального заболевания, которое может проявляться острой болью в спине (панкреатит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, почечная колика, аневризма аорты, заболевания малого таза и др.)?	Соответствующая висцеральная патология	Диагностика соответствующей висцеральной патологии, консультация узкого специалиста

* Обследование проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, принятыми для конкретной патологии [1]

Терапия боли в спине

Сложности в достижении адекватного обезболивания в рутинной практике определяются упомянутой выше коморбидностью, неизбежной полипрагмазией и необходимостью долгосрочной терапии болевого синдрома [7, 8]. У коморбидных пациентов с целой палитрой соматических заболеваний предпочтительным критерием выбора становится безопасность лекарственного препарата и безопасность лекарственного взаимодействия.

Проведенные эпидемиологические исследования показывают, что не более чем у 20% пациентов удается обеспечить адекватное обезболивание. Это связано с использованием недостаточно эффективных либо устаревших лекарств, необоснованных схем применения, рефрактерностью у пациентов, часто использующих анальгетики, нежелательными побочными реакциями и др. [8].

У большинства пациентов проводимая терапия эффективно купирует боли в течение 4 нед. Однако почти у 73% больных в течение первого года наблюдения развивается как минимум одно обострение [7]. Также отмечено, что 20–25% больных продолжают испытывать боль в спине, т. е. страдание становится хроническим, что приводит к существенному возрастанию нагрузки и на органы здравоохранения, и на бюджет в целом: на эту когорту больных тратится до 80% средств здравоохранения [7].

Самым частым средством купирования как острых, так и хронических болевых синдромов в отечественной и мировой практике являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Это корреспондирует и с Рекомендациями по ведению хронической боли [9]. Ключевыми препаратами они остаются и при лечении болей в спине [10]. Выбор НПВП должен быть обдуманным и взвешенным, с оценкой соотношения риска и пользы конкретного препарата.

Чем в основном определяется сегодня безопасность терапии НПВП? Ответ, очевидно, лежит в области коморбидности пациентов, отмечаемой в последнее время не толь-

ко у пожилых, но и у относительно молодых больных. Так, риск повреждения слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта (в т. ч. НПВП-гастропатии) есть у большинства пациентов отделений кардиологии, терапии, гастроэнтерологии. Причем кровотечения, связанные с собственно язвенной болезнью, составляют лишь небольшую часть всех желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в структуре смертельных осложнений, явившихся причиной летального исхода [11]. При безальтернативности применения НПВП при болевых синдромах одной из основных задач менеджмента боли остается выбор правильного препарата и его лекарственной формы [10, 11].

Понимание различной роли изоформ циклооксигеназы (ЦОГ) в механизмах воспаления и генезе побочных эффектов препаратов НПВП привело к разработке и внедрению в широкую клиническую практику наряду с «классическими» и относительно селективных и высокоселективных ЦОГ-2 ингибиторов. Эти препараты имеют лучший профиль гастроэнтерологической безопасности. Однако практика их применения сопровождается сообщениями о кардиоваскулярных рисках высокоселективных ЦОГ-2 ингибиторов. Результаты *клинического исследования VIGOR*, в котором проводилось сопоставление эффективности и безопасности напроксена и рофекоксиба в симптоматической терапии ревматоидного артрита, показали, что при более низкой частоте желудочно-кишечных побочных эффектов у пациентов, получавших рофекоксиб, частота инфаркта миокарда в этой группе составила 0,4% в сравнении с 0,1% у пациентов группы напроксена [12]. Существенное увеличение риска кардиоваскулярных катастроф при использовании рофекоксиба было получено и в *исследовании APPROVe* [13]. Поэтому интерес исследователей и клиницистов при применении НПВП при острой и хронической боли смещается к препаратам со сбалансированной активностью в отношении ЦОГ [14]. Особенно это важно для коморбидных пациентов, т. к. сердечно-

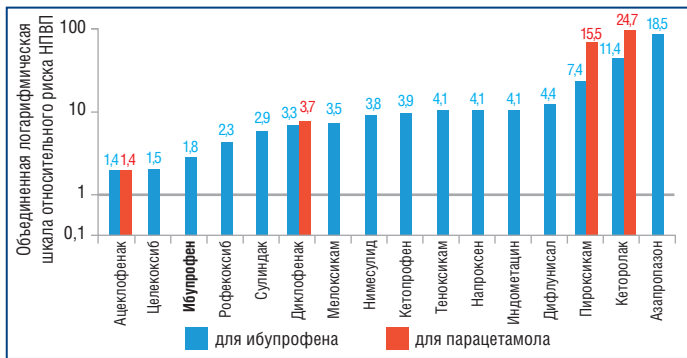


Рис. 3. Результаты сравнительной оценки относительных рисков развития желудочно-кишечных осложнений на фоне применения различных НПВП для ибупрофена и парацетамола

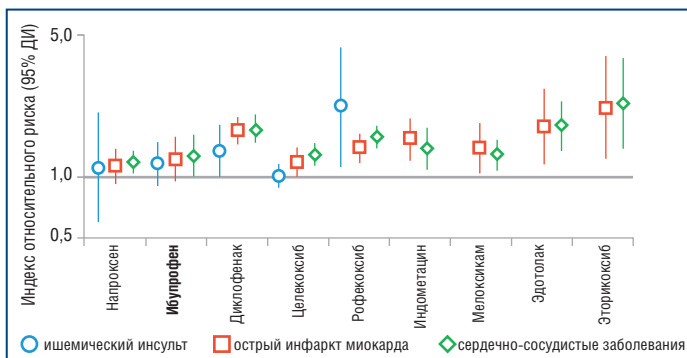


Рис. 4. Результаты сравнительной оценки относительных рисков развития сердечно-сосудистых осложнений на фоне применения различных НПВП для ибупрофена



Рис. 5. Оценка степени облегчения боли

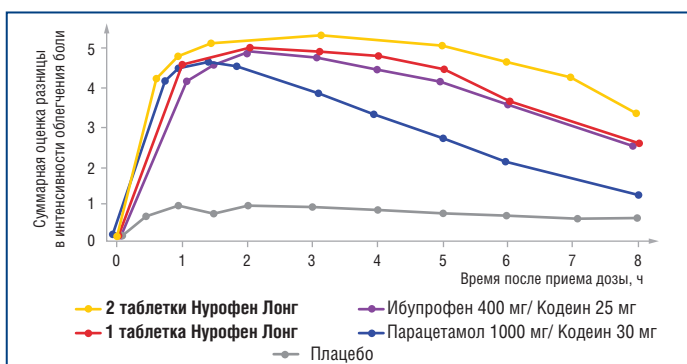


Рис. 6. Сравнительная эффективность комбинированных анальгетиков [19]

сосудистые заболевания и поражения ЖКТ относятся к самым частым вариантам коморбидности.

Представителем НПВП, обладающим благоприятным профилем ингибирования активности ЦОГ, является **ибупрофен**, считающийся и одним из наиболее изученных анальгетиков в группе НПВП. При лечении сильных болевых синдромов, требующих быстрого купирования, перспективной оказалась комбинация ибупрофена с парацетамолом, обеспечивающая потенцирование действия обоих компонентов, возможность снижения дозировок с минимизацией риска побочных эффектов [15]. Оценка рисков развития желудочно-кишечных осложнений при терапии различными НПВП проведена в исследованиях *J. Castellsague et al., A.E. Karpateeva и др.*, результаты приведены на рисунке 3 [16, 17].

Риски сердечно-сосудистых осложнений при терапии различными НПВП оценены в исследовании *C. Varas-Lorenzo et al.* (2013), результаты приведены на рисунке 4 [18].

Собственная анальгетическая эффективность предлагаемой комбинации (ибупрофен 200 мг + парацетамол 500 мг, например, препарат **Нурофен Лонг**) превосходит эффективность монокомпонентных НПВП и даже комбинированных препаратов, содержащих кодеин (рис. 5, 6) [19]. Эта комбинация и в одинарной, и в двойной дозе (ибупрофен 400 мг + парацетамол 1000 мг) имеет самый низкий коэффициент NNT, превосходя по эффективности диклофенак и декскетопрофен [20].

Двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование *S.E. Daniels et al.* (n=600) показало, что комбинация ибупрофен 200 мг + парацетамол 500 мг, содержащаяся в препарате **Нурофен Лонг**, обеспечивает сопоставимое и даже более эффективное обезболивание, чем комбинированные кодеинсодержащие препараты [19].

Современная технология Synchro-Tech™ позволяет быстро высвободить компоненты препарата, при этом эффективный обезболивающий эффект развивается уже к 15-й мин, достигает максимума к 40 мин и продолжается до 8 ч. Клинически важным оказывается и наличие противовоспалительного эффекта препарата **Нурофен Лонг**, реализуемого за счет нескольких механизмов: ингибирования ЦОГ, снижения выработки простагландинов на центральном уровне регуляции, уменьшения выработки провоспалительных медиаторов на локальном уровне, ингибирования миграции лейкоцитов в очаг воспаления.

Терапия болевого синдрома в спине может требовать дополнительного назначения и препаратов, содержащих витамины группы В, миорелаксантов, применения аппаратных методов лечения, физиотерапии, когнитивно-поведенческой терапии, которую ряд исследователей относит к первостепенным подходам. При всей обоснованности этих рекомендаций именно успешность (скорость и мощность) обезболивания определяет впечатление пациента от назначений врача, формирует уровень доверия и повышает комплаентность, что в конечном итоге служит залогом эффективности терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечением болевых синдромов в спине занимаются врачи разных специальностей, однако в первую очередь такие пациенты обращаются на амбулаторный прием к врачу-терапевту. Этот синдром требует вдумчивой диагностики и терпеливого подхода к терапии с использованием современных лекарственных средств и немедикаментозных подходов.

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