

достоверно ($p=0,03$) превышали размеры опухоли у тех, кто не пользовался МТ (1,39). В исследование вошли 252 случая глиом и 175 случаев менингиом. Статистически достоверных данных о повышении риска развития глиом и менингиом в данном исследовании не получено.

S.J. Herworth et al. [16] изучили 966 случаев глиом. Были получены статистически достоверные данные для риска развития опухоли на стороне использования МТ: ОШ=1,2 (ДИ 1,02–1,5), а при сроке 10 лет и более: ОШ=1,6 (0,9–2,8).

Аналогичные данные получены J. Schuz et al. [9, 17], которые проанализировали 366 случаев глиом и 381 случай менингиом. Статистически значимые результаты получены у пользователей со сроком 10 лет и более для случаев глиом: ОШ=2,2 (ДИ 0,9–5,1). Кроме того, отдельно для женщин с высококачественной глиомой ОШ=2,0 (ДИ 1,1–3,5) при «обычном» пользовании МТ.

Важно, что при анализе всех данных, полученных в рамках исследования Interphone, опубликованных A. Lahkola et al. [18], ОШ развития опухолей на стороне преимущественного использования МТ для пользователей со сроком 10 лет и более составило 1,4 (ДИ 1,01–1,9), $p=0,04$.

Метаанализ риска развития опухолей на стороне преимущественного использования МТ при сроке 10 лет и более, проведенный для невриномы слухового нерва S. Lonn et al. [19], M.J. Schoemaker et al. [10] и L. Hardell et al. [4], показал, что ОШ=2,4 (ДИ 1,1–5,3); для глиомы — S. Lonn et al. [14], S.J. Herworth et al. [8], L. Hardell et al. [3], A. Lahkola et al. [18] — ОШ=2,0 (ДИ 1,2–3,4); для менингиомы — S. Lonn et al. [10] и L. Hardell et al. [3] — ОШ=1,7 (ДИ 0,99–3,1).

Выводы

- ♦ В исследованиях с достаточным количеством наблюдений, грамотно подобранными контрольными группами определяются статистически значимые результаты. Различия наиболее ярко проявляются при сроке пользования мобильным устройством 10 лет и более.

- ♦ Наиболее значимые различия устанавливаются для опухолей на стороне использования мобильных устройств, в то время как значимых различий для противоположной стороны при этом не наблюдается.

- ♦ Полученные в рассмотренных исследованиях данные позволяют отнести излучение мобильных телефонов к факторам риска развития опухолей головного мозга: невринома слухового нерва, глиомы и менингиомы. Подобная ситуация определяет необходимость проведения масштабного исследования воздействия излучения средств мобильной связи на возможность возникновения патологических процессов головного мозга (глиобластом), включая соотношения времени общего воздействия и воздействия продолжительностью более 5 мин в динамическом периоде наблюдения до 5 лет.

- ♦ Объективное выполнение подобных исследований должно быть реализовано в формате независимого стартапа на основе программного комплекса, который устанавливается на мобильные телефоны и в автономном режиме фиксирует как общую, так и «токсичную» сумму разговоров. При этом каждый участник проекта должен проходить интерактивное анкетирование, по результатам которого будут предложены рекомендации для ранней диагностики патологического процесса.

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

Мультидисциплинарный подход к лечению хронической неспецифической боли в спине. Разбор клинического случая

Д.М.Н. О.Е. Зиновьева, Д.О. Рожков

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

РЕЗЮМЕ

Среди причин утраты трудоспособности и в целом по совокупности экономических потерь боль в спине за последние пять лет вышла на 1-е место. В каждом случае обращения пациента с болью в спине следует определить основной патогенетический механизм боли. При этом необходимо проведение тщательного соматического и неврологического дообследования. В статье обсуждаются преимущества мультидисциплинарного подхода при лечении пациентов с хронической неспецифической болью в спине. Программа лечения, основанная на сочетании медикаментозной и немедикаментозной терапии, позволяет получить значимый обезболивающий эффект. Особое внимание в случаях хронического болевого синдрома должно быть уделено методикам когнитивно-поведенческой терапии и кинезиотерапии. Комплексный мультидисциплинарный подход в случаях хронической неспецифической боли в спине дает возможность эффективно купировать болевой синдром, восстановить физическую и социальную активность пациентов. Представленный в статье клинический случай может служить доказательством эффективности комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению хронического болевого синдрома в нижней части спины.

Ключевые слова: хроническая боль в спине, мультидисциплинарный подход, когнитивно-поведенческая терапия.

Для цитирования: Зиновьева О.Е., Рожков Д.О. Мультидисциплинарный подход к лечению хронической неспецифической боли в спине. Разбор клинического случая // РМЖ. 2018. № 4(II). С. 93–96.

ABSTRACT

Multidisciplinary approach to the treatment of chronic nonspecific back pain. Analysis of the clinical case
Zinovieva O.E., Rozhkov D.O.

Sechenov University, Moscow

Over the last five years back pain has come to first place among the causes of disability and overall economic loss. In each case of the treatment of the patient with the back pain the main pathogenetic mechanism of pain should be determined. In each case, a thorough somatic and neurological follow-up examination is necessary. The article discusses the advantages of a multidisciplinary approach in the treatment of patients with chronic nonspecific back pain. The program of treatment, based on a combination of drug and non-pharmacological therapy, allows to get a significant analgesic effect. Particular attention in cases of chronic pain syndrome should be given to methods of cognitive-behavioral therapy and kinesiotherapy. Complex multidisciplinary approach in cases of chronic nonspecific back pain makes it possible to effectively stop pain syndrome, restore physical and social activity of patients. The clinical case, presented in the article, can serve as an evidence of the effectiveness of an integrated multidisciplinary approach to the treatment of chronic low back pain syndrome.

Key words: chronic back pain, multidisciplinary approach, cognitive-behavioral therapy.

For citation: Zinovieva O.E., Rozhkov D.O. Multidisciplinary approach to the treatment of chronic nonspecific back pain. Analysis of the clinical case // RMJ. 2018. № 4(II). P. 93–96.

Эпизоды боли в спине ежегодно возникают у 36% взрослого населения, регрессируют самостоятельно или на фоне лечения в 54–90% случаев, однако у 24–80% пациентов отмечаются рецидивы боли в течение года [1]. Среди причин утраты трудоспособности и в целом по совокупности экономических потерь боль в спине за последние пять лет вышла на 1-е место [2]. Пик заболеваемости приходится на зрелый возраст от 30 до 59 лет, после 65 лет частота случаев боли в спине снижается. Факторами риска хронизации боли являются низкий уровень образования, коморбидные тревожные и депрессивные расстройства, длительные статические нагрузки, профессиональные вредности, в первую очередь вибрации.

Важное значение при оказании помощи пациентам с острым и хроническим болевым синдромом имеет преемственность на каждом этапе. Первостепенной задачей врача является адекватное обезболивание, позволяющее поддерживать привычный уровень физической активности, преодолеть кинезиофобию, поверить в возможность выздоровления.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

В каждом случае обращения пациента с болью в спине следует определить основной патогенетический механизм боли: является ли боль скелетно-мышечной или вызвана какой-либо специфической причиной (травмой, инфекционным заболеванием позвоночника, новообразованием и др.). При первичном осмотре для этого разработана система «красных флажков», определяющих объем дообследования [3].

«Красные флажки» – признаки серьезной патологии при болях в спине:

- возраст дебюта боли старше 55 лет и моложе 20 лет;
- злокачественное новообразование в анамнезе;
- сохрание боли в покое;
- значимая травма в недавнем анамнезе;
- беспричинное снижение веса;
- отсутствие улучшения через 1 мес. оптимального лечения;
- лихорадка, потливость, сопровождающие болевой синдром;

- болезненность при пальпации и перкуссии остистых отростков позвонков;

- ВИЧ-инфекция, употребление внутривенно наркотических веществ в анамнезе, лечение иммуносупрессантами (в частности, кортикостероидами);

- симптомы поражения спинного мозга (чувствительные расстройства на туловище и в конечностях («проводниковые нарушения чувствительности»), слабость в конечностях, тазовые расстройства);

- симптомы поражения корешков конского хвоста (нарушение чувствительности в аногенитальной области, тазовые расстройства, слабость в ногах) или отдельных шейных, поясничных и крестцовых корешков (иррадиация боли в руку или ногу, сочетающаяся со снижением силы и нарушениями чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка).

В каждом из вышеперечисленных случаев необходимо проведение тщательного соматического и неврологического дообследования, включая методы нейровизуализации (магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ)). В действующих клинических рекомендациях при отсутствии «красных флажков» дообследование не рекомендуется [4], однако в реальной клинической практике невозможно представить назначение лечения без предварительного обследования. Но, направляя пациента на МРТ, КТ или другое исследование, необходимо четко разъяснить преследуемую цель, например исключить вторичные болевые синдромы. Следует помнить, что выявление дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике не коррелирует с выраженностью клинической симптоматики и не позволяет достоверно судить о генезе болевого синдрома. Каждый больной должен быть правильно информирован врачом с целью избежать ложных представлений о природе болевого синдрома. Как показывает клиническая практика, пациенты либо не имеют информации, либо получают ее из недостоверных источников [5].

При определении тактики ведения пациентов с болью в спине важное значение имеет анализ факторов риска хронизации болевого синдрома, так называемые «желтые флажки», «препятствия к выздоровлению». К ним относят:

- депрессивные расстройства (депрессия, тревога, страдания и сходные эмоции, связанные с болью и ограничением подвижности);

- фоновую хроническую боль в спине или другой локализации;
- избегание пугающих ситуаций (настрой, стиль мышления и представления, направленные на избегание боли и ассоциированных с болью функциональных нарушений);
- особенности преодоления стресса (пассивное преодоление стресса, связанного с болью в спине, шее и функциональными ограничениями);
- «болевое» мышление (усугубление ощущений, связанных с болью и функциональными нарушениями);
- плохая оценка собственного состояния здоровья (собственная плохая оценка состояния здоровья в связи с хронической болью и функциональными нарушениями, развитием нового приступа боли в спине и кинезиофобией);
- ожидание лечения, не требующего собственного активного участия, а не того лечения, в котором задействован пациент.

Каждый из описанных симптомов должен насторожить врача, поскольку определяет прогноз заболевания. Не стоит ограничиваться формальным назначением препаратов первой линии, представленной нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и миорелаксантами при выявлении высокого риска хронизации болевого синдрома, важно немедленно приступить к коррекции выявленных психоэмоциональных нарушений.

Лечение

Всегда следует обсуждать с пациентом возможности немедикаментозного лечения боли, включающего физическую реабилитацию, рациональный режим труда и отдыха, ортопедическую коррекцию рабочего места, учитывая их эффективность и низкий риск побочных реакций [6].

Фармакотерапия хронической боли включает НПВП (селективные и неселективные ингибиторы циклооксигеназы 2-го типа), миорелаксанты центрального действия. В случаях недостаточной эффективности назначаются антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин, дулоксетин) [7]. Важным в терапии болевого синдрома является максимально быстрое наступление обезболивающего эффекта, что достигается при использовании локальных инъекционных техник (ЛИТ) местного анестетика и глюкокортикоидов. Анальгетический эффект ЛИТ позволяет врачу определить источник боли, а пациенту вернуть уверенность в благоприятном прогнозе его заболевания [8].

Клинический случай

Пациентка М., 56 лет, предъявляла жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника интенсивностью до 6–7 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), иррадиирующую в заднюю поверхность левого бедра и голень.

Анамнез заболевания: периодические боли в поясничном отделе позвоночника беспокоят в течение длительного времени, провоцируются длительной статической нагрузкой. С целью купирования болевого синдрома пациентка ранее принимала НПВП с положительным эффектом. В течение последних полутора лет боли в пояснице стали ежедневными интенсивностью 3–4 балла по ВАШ, усиливаясь до 5–6 баллов во второй половине дня после долгой работы за компьютером. Лечилась амбулаторно, терапия включала короткие курсы НПВП, миорелаксантов,

физиотерапевтических процедур. Отмечалось кратковременное снижение интенсивности боли до 1–2 баллов.

Настоящее обострение началось 3 мес. назад, когда после неловкого движения появилась простреливающая в левую ногу боль интенсивностью до 7–8 баллов по ВАШ. Амбулаторно проведено обследование, включая МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, по данным которого выявлены экструзии и протрузии межпозвоночных дисков, спондилоартроз на всех уровнях. В связи с наличием протрузии межпозвоночного диска L5–S1 рекомендовано обращение к нейрохирургу. Проведенное лечение, включавшее НПВП, миорелаксанты, хондропротектор, оказалось неэффективным, и пациентка обратилась в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II степени, достигнутая нормотензия.

Соматический статус: повышенного питания, артериальное давление — 125/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений — 72 уд/мин.

Неврологический статус: в сознании, контактна, в месте и времени ориентирована правильно. Менингеальных знаков нет. Черепные нервы — без патологии. Сила во всех группах мышц достаточная. Чувствительных нарушений не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовых нарушений нет.

Учитывая отсутствие очаговой неврологической симптоматики, «красных флажков», особое внимание уделено оценке *вертеброневрологического статуса*. Использовались специальные приемы, оценивающие подвижность различных отделов позвоночника. Объем движений в шейном и грудном отделах позвоночника не ограничен. Пробы на выявление мышечно-тонического синдрома изменений не выявили. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во всех направлениях из-за боли. Напряжение и болезненность при пальпации паравертебральных мышц в поясничном отделе позвоночника. Положительный тест Шобера: уменьшение расстояния между двумя заранее отмеченными точками при наклоне туловища вперед. При исследовании движений в крестцово-подвздошных сочленениях (КПС) выявлен симптом опережения в левом КПС. Резкая болезненность при пальпации проекции левого КПС и положительная проба Патрика (ногу, лежащего на спине пациента, согнутую в коленном и тазобедренном суставах, отводят и ротируют наружу, фиксируя пятку на колене другой ноги, а руки исследователя упираются на колено и крыло противоположной подвздошной кости) указывают на вовлечение в патологический процесс суставно-связочного аппарата. Положительная проба Бонне — Бобровниковой слева: иррадиация боли в ногу, не ниже колена, при пальпации проекции грушевидной мышцы в положении пациента лежа на животе и согнутой на 90° в коленном суставе и ротированной наружу в тазобедренном суставе исследуемой ноги — свидетельствует о миофасциальном болевом синдроме грушевидной мышцы. Положительный симптом Ласега слева, регрессирующий при постизометрической релаксации ягодичных мышц, является проявлением мышечно-тонического, а не корешкового синдрома.

Основываясь на результатах обследования, сделан вывод, что боль у наблюдаемой пациентки имеет скелетно-мышечное происхождение с триггерами в левом КПС и левой грушевидной мышце.

Учитывая длительность течения болевого синдрома, *психологический статус* больной был оценен с использо-

ванием стандартизированных шкал и опросников. Результат исследования по опроснику Освестри составил 60%, что свидетельствует о значительном негативном влиянии боли на повседневную жизнь пациентки. *Тест Спилберга*: умеренный уровень личностной тревожности, высокий уровень ситуационной тревожности. Шкала депрессий Бека: тяжелая депрессия. Госпитальная шкала тревоги и депрессии: клинически выраженная тревога и депрессия.

На основании клинического неврологического, ортопедического и нейропсихологического обследования установлен **клинический диагноз**: хроническая вертеброгенная люмбоишиалгия на фоне дисфункции левого крестцово-подвздошного сочленения, синдрома грушевидной мышцы. Тревожно-депрессивный синдром.

Полученные данные легли в основу **тактики ведения** пациентки. «Желтые флажки» (высокий уровень влияния боли на повседневную активность, выраженная тревога и депрессия) расценены как основные факторы хронизации болевого синдрома, без преодоления которых адекватное обезболивание и постепенная физическая активизация были бы непродолжительны и, возможно, неэффективны.

Подробный опрос пациентки, направленный на выяснение оценки своего состояния, мнения о причинах и прогнозе заболевания, выявил неадаптивные представления о механизмах и прогнозе болевого синдрома. Одной из причин формирования такого представления стало направление на МРТ. Изначально больной не разъяснили цели проводимого исследования, а результаты не были адекватно интерпретированы, в связи с чем, учитывая многочисленные изменения в анатомических структурах позвоночника, пациенткой был сделан неверный вывод о наличии у нее тяжелого, неизлечимого заболевания. Следуя распространенному мнению, что при наличии боли любая физическая нагрузка приведет к значительному ухудшению состояния, чтобы обезопасить себя, пациентка значительно ограничила двигательный режим, снизила профессиональную, социальную и бытовую активность. Учитывая изменения эмоционального состояния больной, выявлена связь усиления боли со стрессовыми ситуациями, определен ряд рентгенов установок. Все полученные данные были включены в программу дальнейших сессий когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Пациентке представлены возможные варианты развития хронической боли в спине и на основании проведенного нейроортопедического тестирования разъяснены конкретные в ее случае причины боли (мышечно-тонический синдром, поражение КПС). Далее в доступной форме были истолкованы цели проведения и результаты МРТ, сделан акцент на отсутствии связи между изменениями анатомических структур позвоночника и выраженностью боли, указано, что боль во время движения не является следствием прогрессирующего повреждения тканей. Проведенная беседа была построена в формате КПТ, а для наглядности изложения использован адаптированный для пациентов демонстрационный материал.

Большое внимание уделено определению целей терапии: уменьшение интенсивности боли, увеличение двигательной активности, возвращение к труду, улучшение качества жизни. Обсужденный с пациенткой план лечения включал: продолжение сессий КПТ, занятия лечебной гимнастикой, тренировки с постепенным увеличением интенсивности и сложности упражнений, улучшение эргономики

рабочего места, включая расположение монитора, клавиатуры, рабочего кресла и пр., регулярное выполнение комплекса упражнений на рабочем месте.

За время пребывания в стационаре проведен курс медикаментозной терапии: НПВП (ацеклофенак 100 мг 2 р./день) продолжительностью 10 дней, миорелаксанты (tizанидин 2 мг 3 р./день) длительностью 14 дней, ЛИТ раствором новокаина 0,5% 2,0 мл и раствором дексаметазона 4 мг левого КПС под рентгеновским контролем, левой грушевидной мышцы раствором лидокаина 2% 1,0 мл и раствором дексаметазона 4 мг под контролем электромиографии. Обсуждался вопрос о назначении антидепрессанта в случае недостаточной эффективности лечения. После проведенной ЛИТ пациентка отметила снижение интенсивности боли в спине на 70% от исходных значений. Курс лечения включал также ежедневные занятия лечебной гимнастикой, 5 сессий КПТ. На фоне комплексной терапии пациентка отметила снижение интенсивности боли до 2–3-х баллов по ВАШ, отсутствие ее нарастания при длительной статической нагрузке. Учитывая достигнутые результаты, решение вопроса о назначении антидепрессанта отложено на более поздний срок, на случай недостаточной эффективности немедикаментозной терапии психоэмоциональных нарушений. Пациентка смогла вернуться к профессиональной деятельности. В течение последующих 3-х месяцев были продолжены сессии КПТ с частотой 1 р./нед., пациентка ежедневно выполняла комплекс лечебной гимнастики, соблюдала рекомендации по рациональной организации рабочего места. За время наблюдения хронический болевой синдром регрессировал, отмечались периодические боли в пояснице при длительной статической нагрузке и невыполнении лечебной физкультуры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай может служить доказательством эффективности комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению хронического болевого синдрома в нижней части спины. Работа с пациенткой проводилась в нескольких направлениях: адекватное обезболивание с использованием локальной инъекционной терапии, психотерапия хронической боли, позволившая пациентке контролировать боль, кинезиотерапия, подкрепляемая приемами когнитивно-поведенческой терапии, при помощи которой преодолена кинезиофобия. В процессе лечения одновременно участвовали врач-невролог, психотерапевт, кинезиотерапевт, нейрохирург.

Подводя итоги, следует отметить, что эффективная терапия хронического болевого синдрома повышает приверженность пациента лечению и профилактическим мероприятиям, укрепляет доверие к врачу. Рекомендованная рациональная организация рабочего пространства и регулярная лечебная гимнастика составляют основу профилактики рецидива боли.

Литература

1. Hoy D., Brooks P., Blyth F., Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain // Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010. Vol. 24(6). P.769–781.
2. Buchbinder R., Blyth F.M., March L.M. et al. Placing the global burden of low back pain in context. Best Practice & Research // Clinical Rheumatology. 2013. Vol. 27(5). P.575–589.
3. Алексеев В.В., Баринов А.Н., Кукушкин М.Л. и др. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. Н.Н. Яхно. М.: МедПресс. 2009. 302 с. [Alekseev V.V., Barinov A.N., Kukushkin M.L., i dr. Bol': rukovodstvo dlja vrachej i studentov / pod red. N.N. Jahno. M.: «MedPress». 2009. 302 s. (in Russian)].

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