



ГБОУ ВПО «РНИМУ
им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России,
кафедра неврологии
и нейрохирургии

Поясничная боль – проблемы диагностики и повышения эффективности терапии

Д.м.н., проф. П.Р. КАМЧАТНОВ, Е.А. ТРУБЕЦКАЯ, Х.Я. УМАРОВА

Боль в области поясницы – исключительно распространенный синдром, ассоциированный со значительными материальными затратами, высокой частотой рецидивов, риском формирования хронической боли.

При ведении пациента с поясничной болью необходимо исключить потенциальные причины вторичного характера болевого синдрома, включая травмы, новообразования, локальные инфекционные поражения, соматические заболевания. Хорошим обезболивающим эффектом обладают нестероидные противовоспалительные средства и анальгетики, применение которых в ряде случаев сопряжено с развитием нежелательных явлений. Одновременное с ними применение препарата Мильгамма – комплекса нейротропных витаминов группы В – обеспечивает повышение противоболевого эффекта, снижение потребности в применении противоболевых препаратов, сокращение сроков лечения и увеличение продолжительности ремиссии.

так и на амбулаторную помощь [2]. Следует также отметить, что дегенеративные поражения суставов, в том числе суставов позвоночника, тесно ассоциированы с целым рядом разнообразных соматических заболеваний, что повышает расходы на проводимое лечение, причем, как свидетельствуют результаты фармакоэкономических исследований, объемы этих затрат постоянно возрастают [3]. Анализируя распространенность поясничной боли в популяции и связанные с ними материальные затраты, следует учитывать, что значительное число таких больных по ряду причин не обращаются за медицинской помощью. Они пытаются самостоятельно купировать болевой синдром, прибегают к немедической помощи, следуют советам родственников и близких, что искажает реальные затраты на лечение такого контингента больных в популяции [4]. Зачастую поясничная боль приобретает хронический характер, что существенно затрудняет проведение лечебных мероприятий, требует дополнительных материальных затрат на проведение лечения, иногда приводит к стойкой утрате трудоспособности. Вероятность развития болевого синдрома, длительность течения и степень его выраженности в значительной степе-

На сегодняшний день болевые синдромы, обусловленные дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, широко распространены в популяции. Чаще всего боль локализована в нижней части спины (в пояснице), что позволяет рассматривать данный синдром как поясничную боль. Показано, что до 80% всего взрослого населения перенесли различной степени выраженности эпизоды поясничной боли, при этом на протяжении 1 года рецидив боли имел место у 2/3 пациентов, у 30% из них он носил умеренный, а у 15% – выраженный характер [1]. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что наряду с острыми респираторными инфекциями поясничная боль является наиболее частой причиной временной утраты трудоспособности. Ведение больных с суставно-мышечной патологией, в частности с поясничной болью, характеризуется значительными материальными затратами как на стационарную,



ни определяются эмоциональным состоянием больного, в частности, наличием тревожных, депрессивных нарушений, рядом психосоциальных факторов [5]. Некоторые индивидуальные особенности личности пациента – повышенная тревожность, избыточное чувство ответственности, элементы перфекционизма и др. – играют важную роль в формировании, становлении и поддержании болевого скелетно-мышечного синдрома, в частности поясничной боли [6]. Своевременное распознавание этих личностных особенностей, определение их роли в развитии болевого синдрома позволяют выбрать правильную тактику лечения пациента, сократить сроки терапии, снизить вероятность хронизации боли.

Высокая частота поражения поясничного отдела позвоночника обусловлена особенностями его биомеханики – значительным объемом движений, осуществляемых в различных плоскостях, значительными физическими нагрузками, приходящимися на позвонки и диски указанной области. Кроме того, помимо непосредственно дегенеративно-дистрофических изменений в позвонках и межпозвонковых дисках (остеоартроз, спондилез, остеохондроз и их сочетание), формируют поясничную боль также структурно-функциональные изменения сухожильно-связочного аппарата с постепенно развивающейся гипертрофией связок, стойкий мышечный спазм, сопровождающийся выраженными нарушениями биомеханики позвоночника, изменениями осанки и вторичными изменениями опорно-двигательного аппарата. Предрасполагающими к возникновению поясничной боли факторами считаются характер и интенсивность физических нагрузок индивидуума, их регулярность, особенности строения позвоночника (в частности, наличие аномалий развития позвонков и межпозвонковых дисков), инволюционные изменения, со временем развивающиеся в костной и хрящевой тканях [7].

В настоящее время в значительной степени пересмотрены взгляды на роль в развитии поясничной боли остеохондроза позвоночника, длительное время считавшегося основной причиной болевого синдрома [8]. Считается, что сама по себе перестройка хрящевой ткани межпозвонковых дисков и связочного аппарата не является причиной возникновения боли, а представляет собой, по сути, комплекс компенсаторных изменений в организме, развивающихся с течением времени. Вместе с тем серьезным осложнением такого процесса является выпячивание пульпозного ядра межпозвонкового диска вследствие разрыва волокон окружающего его фиброзного кольца. Далеко не всегда грыжа межпозвонкового диска является причиной возникновения болевого синдрома [9]. Нередко выпячивания даже крупных размеров могут протекать асимптомно. Вместе с тем в ряде случаев имеет место компрессия грыжей спинального корешка, вероятность которой возрастает при крупных размерах грыжи, ее расположении вблизи корешка, других анатомических особенностях, способствующих развитию диск-радикулярного конфликта. Сдавление межпозвонковой грыжей спинального корешка или кровоснабжающих его сосудов (*vasa vasorum*) может привести к серьезным последствиям в виде нарушения трофики нервного ствола – дискогенной радикулопатии.

Наиболее характерным клиническим проявлением поясничной боли является локальный болевой синдром в области, ограниченной реберными дугами и ягодичными складками. В подавляющем большинстве случаев имеется четкая зависимость между возникновением боли, ее интенсивностью и характером и интенсивностью физической нагрузки. Как правило, болевые ощущения возникают в определенном положении туловища, нарастают при движении (сгибание, ротация), повышенной нагрузке (поднимание и перенос тяжестей), длительном пребывании

в неудобном положении. Вместе с тем у большинства пациентов с поясничной болью имеется положение или положения, в которых интенсивность боли уменьшается или боль прекращается полностью. Наличие корешкового (радикулярного) синдрома характеризуется иррадиацией боли в зону иннервации соответствующих нервных структур. Такого рода боль носит характер нейропатической – болевые ощущения возникают на удалении, вне связи с раздражением ноцицепторов, при этом боль характеризуется своеобразной окраской, носит простреливающий, жгучий, тянущий характер, сопровождается парестезиями, дизестезией, аллодинией в соответствующей области [10]. В формировании корешкового синдрома у пациентов с поясничной болью важную роль играют структурные изменения чувствительного корешка, обусловленные его компрессией грыжей межпозвонкового диска. Нервный ствол подвергается дегенеративным изменениям, выраженность которых при отсутствии адекватной терапии может нарастать в условиях продолжающейся компрессии. Необходимо отметить, что ведение пациента с нейропатическим болевым синдромом требует специфических терапевтических подходов, отличающихся от таковых при купировании боли ноцицептивной.

Главное в диагностике поясничной боли – тщательный сбор анамнеза и изучение клинической картины заболевания. Необходимо иметь в виду, что имеющийся болевой синдром может носить вторичный характер и возникать в результате травматического поражения позвонков, дисков и связочного аппарата, первичных или метастатических поражений позвонков или мозговых оболочек, инфекционных заболеваний (спондилит, эпидурит и пр.). Вероятность травматического поражения возрастает у пациентов с перенесенной в недалеком прошлом травмой спины, остеопорозом, развившимся в результате гормональной пере-

Неврология



стройки организма в период менопаузы или применения некоторых лекарственных препаратов, в частности кортикостероидов. Риск инфекционных поражений высок у больных с нарушенным иммунитетом (в частности со СПИДом), при проведении частых внутривенных введений лекарственных препаратов, у больных с хроническими инфекциями. Серьезную диагностическую проблему представляет собой исключение соматических заболеваний, способных симулировать поясничную боль, – заболеваний органов малого таза, почек, мочевыводящих путей.

Наиболее ценными и информативными диагностическими процедурами, позволяющими установить характер и объем поражения межпозвоночных дисков, самих позвонков, суставов позвоночника, являются магнитно-резонансная и компьютерная томографии. Рентгенография позвоночника, в особенности с проведением функциональных проб, способна предоставить ценную информацию о динамических особенностях состояния позвоночного столба, в частности, выявить спондилолистез – смещение позвонков относительно друг друга. К сожалению, ценность рентгенографического обследования невысока при выявлении грыж межпозвоночных дисков, определении их размеров и локализации, при небольших размерах локальных воспалительных поражений и новообразований позвоночника.

Вместе с тем необходимо отметить, что частое проведение лучевой диагностики нецелесообразно. Показаниями к исследованию являются нарастающий характер болевого синдрома, его изменение с течением времени, наличие неврологического дефицита (корешковый синдром с симптомами нарушения функций нервных корешков), обоснованные подозрения на вторичный характер поясничной боли (онкологические заболевания в анамнезе, клинические или параклинические признаки остеопороза, воспалительного заболевания и пр.).

Основными задачами ведения больного с поясничной болью являются купирование болевого синдрома с целью улучшения способности больного к самообслуживанию, обеспечения возможности пациента переносить привычные профессиональные или повседневные нагрузки, в целом – повышение качества жизни и предупреждение хронизации боли. В этой связи следует рассматривать устранение боли не как самоцель, а представлять ее как возможность повышения качества жизни пациента. Лечение рассматриваемого контингента больных включает комплекс немедикаментозных мероприятий (физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия и пр.), а также назначение лекарственных препаратов, обладающих противоболевой активностью, устраняющих мышечный спазм, нормализующих обменные процессы в периферических нервах.

Для устранения поясничной боли традиционно используются анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Несомненными и доказанными достоинствами этих препаратов являются способность уменьшать продукцию в области поражения алгогенов – биологически активных веществ, стимулирующих и поддерживающих болевую импульсацию из области раздражения, угнетение процессов локального асептического воспаления, блокирование проведения болевых сигналов в вышележащие структуры нервной системы, в частности в задний рог спинного мозга.

Эффективность НПВП и анальгетиков (и простых, и комбинированных) у пациентов с поясничной болью была неоднократно подтверждена как в ходе рандомизированных клинических многоцентровых исследований, так и в проведенных на их основе метаанализах [11]. Благодаря своей достаточной эффективности, препараты указанных групп широко применяются в лечении пациентов с поясничной болью, что отраже-

но в целом ряде международных и региональных (национальных) рекомендаций [12]. Выбор конкретного препарата определяется его эффективностью, которая может варьировать у различных пациентов, индивидуальной переносимостью, характером и выраженностью возникающих вследствие лечения нежелательных побочных эффектов.

Вместе с тем, несмотря на высокую эффективность НПВП, необходимо иметь в виду, что их применение, в особенности систематическое, ассоциировано со значительным повышением риска возникновения целого ряда нежелательных побочных эффектов, в первую очередь гастроинтестинальных (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), а также нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы (тромбозы, повышение системного артериального давления). Риск развития гастроинтестинальных осложнений увеличивается при наличии факторов риска – пожилой возраст, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, курение, необходимость одновременного применения других НПВП, препаратов ацетилсалициловой кислоты или кортикостероидов [13]. Вероятность тромботических осложнений возрастает при назначении, в первую очередь, селективных ингибиторов циклооксигеназы 2 типа, в особенности при их длительном приеме, а также у пациентов, в недавнем прошлом перенесших эпизод острой коронарной ишемии [14].

Учитывая возможность развития осложнений в ходе проводимого лечения, требуется осторожность при назначении препаратов данной группы у пациентов с поясничной болью. Больного необходимо информировать о том, что сроки лечения должны ограничиваться периодом устранения болевого синдрома, профилактическое назначение или чрезмерно длительное применение НПВП нецелесообразно. Не следует превышать суточные терапевтические дозы,



эффективность и безопасность которых была подтверждена в результате клинических исследований. Нет убедительных подтверждений эффективности одновременного назначения нескольких препаратов из группы НПВП. Больного следует также предупредить о том, что, вне зависимости от формы введения препарата (энтерально, парентерально, ректально), риск развития нежелательных побочных эффектов сохраняется. Реальным способом снижения риска гастроинтестинальных осложнений является одновременное с НПВП применение гастропротекторов, в частности ингибиторов протонной помпы, назначение которых снижает риск развития язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, при сохранении эффективности проводимой противоболевой терапии.

Для повышения эффективности терапии и повышения безопасности применения НПВП предлагаются различные режимы комбинированной терапии. Так, при лечении пациентов с болевыми синдромами, обусловленными дегенеративными поражениями позвоночника, в частности с поясничной болью, традиционно широко применяются препараты витаминов группы В. В результате многочисленных экспериментальных и клинических исследований было убедительно доказано, что тиамин, пиридоксин, а также цианкобаламин способствуют нормализации нарушенного обмена веществ в нервной ткани, стимулируют восстановительные процессы при ее повреждении, обеспечивают нормализацию проведения нервного импульса [15]. Указанные свойства имеют особенное значение при наличии структурных поражений нервной ткани, которые наблюдаются при дискогенной радикулопатии. Было также подтверждено, что комбинация данных препаратов оказывает собственный противоболевой эффект.

Получены данные о том, что в условиях экспериментального хронического болевого синдрома обезболивающий эффект циа-

нокобаламина сопоставим с таковым у ряда препаратов, применяемых с целью устранения болевого синдрома различного генеза. Наличие собственного противоболевого действия витаминов группы В обеспечивает потенцирование ими противоболевого эффекта ряда лекарственных средств, в частности НПВП. Такие результаты были получены в ходе ряда клинических исследований, выполненных в соответствии с требованиями доказательной медицины [16, 17]. Был подтвержден факт снижения потребности в приеме НПВП или дополнительном приеме анальгетиков. В последующих клинических исследованиях было показано, что одновременное с НПВП назначение нейротропного витаминного комплекса Мильгамма позволяет купировать болевой синдром в более короткие сроки, чем при монотерапии противоболевыми препаратами [18]. Комбинированная терапия обеспечивает как снижение суточных доз препарата, так и сокращение длительности их приема. Важным является тот факт, что комбинированная терапия уменьшает риск развития повторных обострений поясничной боли и удлиняет сроки ремиссии [19]. Мильгамма – это лекарственный препарат, в состав которого входят все три нейротропных витамина группы В. Важным отличительным признаком данного лекарственного средства является специальная технология его приготовления, благодаря которой достигается стабильность ингредиентов в растворе, а взаимоннигилирующий эффект отсутствует. Длительный клинический опыт применения Мильгаммы у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы продемонстрировал высокую эффективность препарата, которая в значительной степени обусловлена усилением репаративного потенциала периферической нервной системы, активизацией восстановительных процессов в ней, а также способностью уменьшать интенсивность боле-

Эффективность Мильгаммы у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы обусловлена усилением репаративного потенциала периферической нервной системы, активизацией восстановительных процессов в ней, а также способностью уменьшать интенсивность болевого синдрома.

вого синдрома. Большинство исследователей, изучавших эффективность препарата, отмечают его хорошую переносимость.

Особенность Мильгаммы комpositum заключается в том, что вместо водорастворимого тиамин (витамин В₁) в состав препарата входит бенфотиамин, который является производным тиамин, обладает всеми его нейротропными свойствами, однако вследствие липофильности молекулы и устойчивости к тиаминазе – ферменту, разрушающему тиамин в просвете кишечника, – легко усваивается и проникает в ткани при пероральном приеме.

В острой стадии заболевания целесообразно назначать Мильгамму по 2 мл внутримышечно ежедневно 1 р/сут на протяжении 10 дней. В последующем для стабилизации метаболизма в поврежденном нервном корешке рекомендуется прием Мильгаммы комpositum по 1 драже 3 р/сут в течение 2–3 недель. Показаниями для пролонгированного курса лечения являются хронический характер болевого синдрома, наличие клинических признаков сдавления спинального корешка. Учитывая тот факт, что препарат не накапливается в организме, курс лечения может быть продлен столь долго, как этого требует состояние больного. Приведенные данные позволяют считать обоснованным применение препарата Мильгамма в комплексной терапии пациентов с поясничной болью. *

Литература
→ С. 75