



Как помочь пациенту с хронической неспецифической болью в нижней части спины

В.А. Головачева, к.м.н.

Адрес для переписки: Вероника Александровна Головачева, xoho.veronica@gmail.com

Для цитирования: Головачева В.А. Как помочь пациенту с хронической неспецифической болью в нижней части спины // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 19. С. 38–42.
DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-19-38-42

В статье описываются современные подходы к лечению хронической неспецифической боли в нижней части спины и обосновывается их применение. Подчеркивается, что комплекс мер, в частности когнитивно-поведенческая терапия, лечебная гимнастика, постепенное увеличение физической активности и рациональная фармакотерапия, позволяет помочь большинству пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины.

Ключевые слова: хроническая неспецифическая боль в нижней части спины, поясничная боль, лечение, когнитивно-поведенческая терапия, лечебная гимнастика

Боль в нижней части спины (БНЧС) относится к числу ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения во всех развитых странах мира [1]. Так, 11–12% людей имеют нетрудоспособность из-за БНЧС. До 84% людей в течение жизни отмечают хотя бы один эпизод БНЧС [2]. В 60% случаев через несколько недель от момента возникновения БНЧС наблюдается выздоровление, но в 40% случаев период восстановления затягивается и возрастает риск хронизации боли [3]. Распространенность хронической неспецифической БНЧС составляет 23% в общей популяции [2]. Государство несет огромные экономические потери в связи с нетрудоспособностью и оплатой медицинской помощи пациентам с БНЧС. Например, в Германии экономическое бремя БНЧС среди лиц от 18 до 75 лет оценивается в 49 млрд евро [4].

Диагностика

Хроническая неспецифическая БНЧС – скелетно-мышечная боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками и сохраняется 12 и более недель. Мышечно-тонический синдром чаще всего формируется вследствие мышечного перенапряжения, вызванного неподготовленными движениями, интенсивной физической активностью и длительными статическими нагрузками. Указанные процессы приводят к травме мышц спины, их растяжению, надрывам скелетно-мышечных и соединительнотканых волокон. Вторая причина формирования мышечно-тонического синдрома – рефлекторное напряжение мышц спины из-за остеохондроза и спондилоартроза пояснично-крестцового отдела позвоночника [5]. Диагностика хронической неспецифической БНЧС основывает-

ся на тщательном сборе жалоб и анамнеза, данных неврологического, соматического и нейроортопедического обследования.

Для клинической картины неспецифической БНЧС характерна ноющая боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, которая может распространяться на ногу, усиливаться при движениях с участием заинтересованных мышц и в определенных позах. При обследовании пациента с неспецифической БНЧС выявляется ограничение подвижности пояснично-крестцового отдела позвоночника из-за боли и напряженных мышц. При пальпации определяются напряжение и болезненность мышц спины, часто болезненность в области фасеточных суставов и крестцово-подвздошных сочленений. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.

Дополнительные лабораторные или инструментальные методы обследования могут быть назначены врачом, если, по данным анамнеза или осмотра, были обнаружены «красные флажки» – знаки и симптомы,стораживающие в отношении другой патологии (например, нетипичная картина боли, новообразование или травмы в анамнезе, очаговая неврологическая симптоматика, признаки психического заболевания) [6]. Специфические причины БНЧС редки и составляют менее 15% случаев среди всех болей в спине [2].



Однако на сегодняшний день существует проблема гипердиагностики остеохондроза позвоночника и грыж межпозвонковых дисков. Это связано с тем, что многие пациенты с неспецифической БНЧС выполняют компьютерную и магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника самостоятельно, еще до посещения невролога или терапевта. У многих людей среднего возраста и большинства пожилых людей с помощью методов нейровизуализации выявляются остеохондроз позвоночника, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков. Клиническая значимость указанных изменений в практике часто переоценивается, и они нередко ошибочно рассматриваются как причина болей в спине. Из-за этого выставляются неправильные диагнозы, избирается ошибочная тактика ведения больных, направленная на «лечение остеохондроза», «лечение грыжи межпозвонкового диска», а не лечение реально существующих у большинства пациентов скелетно-мышечных изменений [6]. Все это приводит к увеличению тяжести состояния в представлении пациента, катастрофизации боли, эмоциональным нарушениям (снижению настроения, повышению уровня тревоги), формированию ограничительного поведения из-за страха повреждения тканей, снижению социальной и профессиональной активности, а часто и прекращению трудовой деятельности. Как следствие, такие пациенты «уходят в болезнь» и их восстановление становится непростой задачей для врача.

Современные принципы лечения

Эффективность лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС оценивается по снижению интенсивности боли, улучшению функционального статуса и эмоционального состояния, повышению трудоспособности. Все методы лечения хронической неспецифической БНЧС можно разделить на фармакологические, нефармакологические, инвазивные и хирургические.

Фармакологические методы

Нестероидные противовоспалительные средства. Эти препараты эффективны в отношении уменьшения боли, повышения функциональной активности, улучшения физического состояния пациентов. Не установлено преимущества какого-либо определенного нестероидного противовоспалительного средства по сравнению с другими [7, 8]. При хронической неспецифической боли в спине нестероидные противовоспалительные средства назначаются в минимальных эффективных дозах на максимально возможный короткий срок. При выборе конкретного нестероидного противовоспалительного средства следует учитывать риск вероятных побочных эффектов [9].

Миорелаксанты. На сегодняшний день эффективность миорелаксантов в облегчении боли у пациентов с хронической неспецифической БНЧС продолжает обсуждаться. Ряд исследований продемонстрировал эффективность миорелаксантов в облегчении болевого синдрома у пациентов с болью в спине [10, 11]. Однако оказалось, что уменьшение интенсивности боли не связано с влиянием миорелаксантов на мышечное напряжение [12]. В российской практике наиболее часто назначаются такие миорелаксанты, как тизанидин и толперизон [5].

Антидепрессанты. Применение антидепрессантов для лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС дискутируется. Указывается, что антидепрессанты с норадренергическим и двойным (норадренергическим и серотонинергическим) действием эффективны в облегчении боли по сравнению с плацебо, но неэффективны в улучшении повседневной активности, функционального статуса и трудоспособности [2]. По заключению авторов кохрановского обзора исследований лечения неспецифической БНЧС антидепрессантами, нет достаточного количества данных, доказывающих их эффективность в уменьшении боли, улучшении настроения и функционального ста-

туса [13]. Это не относится к пациентам с большой депрессией, когда терапия антидепрессантами может быть клинически эффективной. Среди антидепрессантов с доказанным противоболевым действием необходимо отметить amitриптилин, имипрамин, дулоксетин, венлафаксин. Назначение антидепрессантов способно решить следующие терапевтические задачи:

- 1) уменьшить выраженность боли, причем противоболевое действие препарата не связано с наличием или отсутствием депрессии;
- 2) улучшить настроение (при наличии у пациента признаков депрессии и условии длительного приема препарата);
- 3) улучшить сон, возможно, за счет седативного и противоболевого эффекта.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Эти препараты (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам) не продемонстрировали эффективность в лечении пациентов с неспецифической БНЧС и не рекомендуются к применению в таких случаях [2, 13].

Опиоиды. Слабые опиоиды (трамадол) могут назначаться пациентам, которые не отвечают на другие методы лечения. Они эффективны в облегчении боли и повышении активности на короткий период времени [2]. С учетом риска развития зависимости от опиоидов их применение должно быть ограничено по времени.

Пластырь с капсаицином. Аппликации пластыря с капсаицином эффективно облегчают боль по сравнению с плацебо в течение короткого периода времени (трех недель) [2]. Данный метод лечения – дорогостоящий и требующий специальной подготовки медицинского персонала для проведения процедуры.

Нефармакологические методы

На сегодняшний день нефармакологические методы лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС разнообразны и хорошо изучены. Одни имеют



высокую доказательную базу эффективности, другие – низкую. Правильный выбор нефармакологического метода лечения может оказаться решающим шагом к достижению успеха терапии.

Лечебная гимнастика. Это наиболее эффективное направление лечения хронической неспецифической БНЧС [2, 14]. Показано преимущество лечебной гимнастики в сравнении с ее отсутствием или другими методами терапии (физиотерапией, чрескожной электрической стимуляцией нерва и др.) в отношении уменьшения уровня боли и улучшения функциональной активности пациентов [15]. Лечебная гимнастика включает большое количество упражнений, направленных на укрепление мышц, выносливость, подвижность, увеличение объема движений, точность выполнения движений, тренировку сердечно-сосудистой системы, улучшение функционирования [16].

Упражнения проводятся в форме регулярных занятий, в группе или индивидуально, в течение 30–90 минут. По терапевтической эффективности индивидуальные и групповые занятия достоверно не различаются [8, 14]. Однако результаты отдельных сравнительных исследований показали преимущества групповых занятий над индивидуальными в облегчении боли и улучшении качества жизни. Упражнения, выполняемые под контролем специалиста по лечебной гимнастике, демонстрируют более высокую терапевтическую эффективность в облегчении боли и улучшении качества жизни, чем самостоятельные занятия пациентов.

Выделяют три основные группы упражнений: биомеханические, аэробные и осознанные [14].

Биомеханические упражнения направлены в первую очередь на улучшение механической подвижности позвоночника. Среди них выделяют упражнения для укрепления мышц (силовые), их растяжения, увеличения объема движений, улучшения мышечно-го контроля (программы по улуч-

шению устойчивости, пилатес) и конкретных затруднительных движений (включая упражнения Маккензи, упражнения по методу Фельденкрайза).

Аэробные упражнения позволяют улучшить работу сердечно-сосудистой системы и повысить физическую выносливость.

Осознанная гимнастика (например, йога, тай чи) подразумевает выполнение физических упражнений при условии полного сосредоточения внимания на движениях и возникающих ощущениях в мышцах. При выполнении упражнений синхронизируются движения и дыхание. Осознанная гимнастика отличается от биомеханических и аэробных упражнений элементами психотерапии и медитации – упражнения направлены на определение, анализ, понимание и умение контролировать связь между сознанием (мыслями) и телом (физическими ощущениями).

Анализ 75 контролируемых рандомизированных исследований, проведенных в период с 1979 по 2015 г., продемонстрировал несколько терапевтических преимуществ различных групп упражнений перед стандартным лечением и другими нелекарственными методами [8]:

- 1) индивидуальные биомеханические упражнения достоверно превосходят стандартное лечение по облегчению боли в покое, при движениях и во время ходьбы, улучшению качества жизни и снижению уровня психологического дистресса;
- 2) индивидуальные биомеханические упражнения достоверно превосходят хиропрактику, физиотерапию, самостоятельные занятия лечебной гимнастикой (без контроля специалиста) по долгосрочному облегчению боли, повышению функциональной активности и улучшению физического качества жизни;
- 3) групповые биомеханические упражнения достоверно превосходят стандартное лечение по долгосрочному облегчению боли и улучшению качества жизни;

4) групповые биомеханические упражнения достоверно превосходят самостоятельные занятия лечебной гимнастикой (без контроля специалиста) по долгосрочному облегчению боли;

5) индивидуальные аэробные упражнения достоверно эффективнее стандартного лечения в долгосрочном облегчении боли, среди аэробных упражнений аквааэробика (ходьба в воде, на глубине) эффективнее, чем бег и ходьба по беговой дорожке, в краткосрочном и долгосрочном облегчении боли;

6) групповые аэробные упражнения достоверно эффективнее стандартного лечения в улучшении физического и психологического качества жизни и схожи по эффективности в облегчении боли;

7) групповые аэробные упражнения достоверно превосходят самостоятельные занятия гимнастикой (без контроля специалиста) в облегчении боли;

8) осознанная гимнастика достоверно превосходит стандартное лечение по долгосрочному облегчению боли и повышению функциональной активности;

9) групповая осознанная гимнастика достоверно превосходит самостоятельные занятия гимнастикой (без контроля специалиста).

По результатам большинства исследований, групповые упражнения превосходят индивидуальные по облегчению боли, снижению уровня психологического дистресса [8]. Осознанная гимнастика имеет некоторые преимущества по снижению уровня психологического дистресса в сравнении с другими видами упражнений. Групповые занятия хатха-йогой продемонстрировали преимущества перед йогой Айенгара по долгосрочному облегчению боли и снижению уровня психологического дистресса. Некоторое дополнительное преимущество демонстрируют физические упражнения на свежем воздухе (аэробная лечебная гимнастика). Однако на сегодняшний день нет убедитель-



ных данных о преимуществе какого-либо метода лечебной гимнастики или комплекса упражнений. Ведущее значение имеют регулярность физических упражнений, исключение резких и чрезмерных движений [8]. Пешие прогулки, ходьба – высокоэффективный метод лечения и профилактики хронической неспецифической поясничной боли [17]. Регулярные пешие прогулки на свежем воздухе (не менее трех-четырёх раз в неделю по 30 минут) могут способствовать уменьшению интенсивности хронической поясничной боли и улучшению функционального состояния, но не заменяют лечебную гимнастику под руководством специалиста и должны сочетаться с ней [3].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Это краткосрочный метод психотерапии, доказавший эффективность в лечении болевых синдромов (уменьшении выраженности боли, улучшении функционального статуса, повышении повседневной активности) и рекомендованный для лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС [2]. Важно отличать КПТ от других методов лечения – образовательной программы для пациентов и неэффективной в лечении хронической боли рациональной психотерапии. КПТ – не просто беседа с пациентом о заболевании, информирование его о причинах боли и благоприятности прогноза, а структурированный метод, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы. Основная идея КПТ заключается в том, что сформировавшиеся у пациента с хронической болью дезадаптивные, нерациональные мысли и убеждения способствуют развитию дисфункционального поведения, которое и поддерживает его болезнь. Задачи КПТ можно представить в виде последовательности действий:

- 1) выявить дезадаптивную мысль;
- 2) методично подвергнуть ее сомнению в представлении пациента;

- 3) перестроить представление пациента;
- 4) заменить дезадаптивную мысль на адаптивную;
- 5) разработать совместно с пациентом новый, функциональный по отношению к болезни поведенческий навык.

Длительное страдание приводит к формированию у пациента болевого поведения, появлению психологических проблем и, возможно, развитию психических заболеваний (например, панического расстройства, депрессии). Данные проблемы также решаются в ходе КПТ, что повышает ее практическую значимость. КПТ проводится в форме сессий, индивидуально или в группе [18, 19]. Сочетание КПТ с лечебной гимнастикой и постепенным увеличением физической активности – высокоэффективная терапевтическая программа по возвращению пациента к труду [2]. Данный метод лечения применяется в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова для лечения пациентов с хронической болью, в частности с хронической неспецифической БНЧС.

Образовательные программы. Школы боли в спине, образовательные программы для пациентов с болью в спине эффективнее простого совета поддерживать активность и мануальной терапии в отношении облегчения боли и улучшения функционального статуса, но только на короткий период времени (до шести недель) [2].

Физиотерапия, массаж. Это самые распространенные нефармакологические методы лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС в России, эффективность которых продолжает обсуждаться. На сегодняшний день они не имеют доказательной базы эффективности и в связи с этим не могут быть официально рекомендованы [2].

Мануальная терапия. В России для лечения хронической неспецифической БНЧС широко применяется мануальная терапия. Ее эффективность также

остается предметом дискуссий. Мануальная терапия эффективнее имитации мануальной терапии в облегчении боли и улучшении функционального статуса, но лишь на короткий период времени. Добавление мануальной терапии к стандартной терапии более эффективно, чем использование только стандартной терапии [2]. Считается, что эффективность мануальной терапии может быть получена при высоком методическом уровне ее выполнения, сочетании с лечебной гимнастикой и другими методами лечения [5].

Инвазивные методы

Эффективность акупунктуры в лечении пациентов с хронической неспецифической БНЧС не доказана [2].

Инъекции и блокады с глюкокортикоидными препаратами (эпидуральные инъекции, блокада заднего спинномозгового корешка, инъекции в область фасеточных суставов, крестцово-подвздошных сочленений, мышечных триггерных точек, внутрискладовые инъекции) широко используются в России, но не имеют достаточной доказательной базы эффективности [2].

Радиочастотная денервация фасеточных суставов и крестцово-подвздошных сочленений проводится при неэффективности консервативных методов лечения, но не имеет достаточных доказательных данных, подтверждающих эффективность этого метода в лечении хронической неспецифической БНЧС [2].

Хирургические методы

Стабилизирующая операция на позвонках с выполнением артродеза по эффективности сопоставима с комплексными консервативными программами, включающими КПТ и лечебную гимнастику, причем риск послеоперационных осложнений достигает 18%, а необходимость повторного хирургического вмешательства – 22%. Поэтому данная операция может быть предложена только пациентам с сильной

Неврология



болью, у которых все возможные консервативные методы лечения в течение двух лет не привели к облегчению боли [2, 18].

Заключение

Неэффективность лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС зачастую связана с выбором

терапевтической тактики, которая изначально имеет сомнительную доказательную базу эффективности. Вследствие этого увеличивается количество так называемых резистентных к терапии пациентов, возрастает число нетрудоспособных лиц. Подход к терапии должен быть комплексным и включать фарма-

кологические и нефармакологические методы лечения с доказанной эффективностью. Так, КПТ, лечебная гимнастика, постепенное увеличение физической активности и рациональная фармакотерапия в комплексе являются высокоэффективной терапевтической программой. *

Литература

1. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 disease and injuries 1990–2010: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. 2012. Vol. 380. № 9859. P. 2163–2196.
2. Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain // *Eur. Spine J.* 2006. Vol. 15. Suppl. 2. P. S192–300.
3. Henschke N., Maher C.G., Refshauge K.M. et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study // *BMJ*. 2008. Vol. 337. ID a171.
4. Wenig C.M., Schmidt C.O., Kohlmann T., Schweikert B. Cost of back pain in Germany // *Eur. J. Pain*. 2009. Vol. 13. № 3. P. 280–286.
5. Парфенов В.А. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины // *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*. 2009. № 1. С. 19–22.
6. Парфенов В.А. Диагноз и лечение при болях в спине // *РМЖ*. 2004. Т. 12. № 2. С. 115–119.
7. Kuritzky L., Samraj G.P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain // *J. Pain Res.* 2012. Vol. 5. P. 579–590.
8. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2016 // www.nice.org.uk/guidance/ng59.
9. Kuijpers T., van Middelkoop M., Rubinstein S.M. et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain // *Eur. Spine J.* 2011. Vol. 20. № 1. P. 40–50.
10. Парфенов В.А. Боли в спине и их лечение миодакломом // *РМЖ*. 2009. Т. 17. № 4. С. 267–271.
11. Парфенов В.А. Мышечный спазм при боли в спине – патогенез, диагностика и лечение // *РМЖ*. 2003. Т. 11. № 10. С. 590–593.
12. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
13. Kassis A. Antidepressants to treat nonspecific low back pain // *Am. Fam. Physician*. 2008. Vol. 78. № 1. P. 51–52.
14. Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M. et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians // *Ann. Intern. Med.* 2017. Vol. 166. № 7. P. 514–530.
15. Van Middelkoop M., Rubinstein S.M., Verhagen A.P. et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2010. Vol. 24. № 2. P. 193–204.
16. Yamato T.P., Maher C.G., Saragiotto B.T. et al. Pilates for low back pain // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. Vol. 7. CD010265.
17. O'Connor S.R., Tully M.A., Ryan B. et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015. Vol. 96. № 4. P. 724–734.
18. Sveinsdottir V., Eriksen H.R., Reme S.E. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain // *J. Pain Res.* 2012. Vol. 5. P. 371–380.
19. Beck J.S. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011.

How to Help a Patient with Chronic Non-Specific Low Back Pain

V.A. Golovacheva, PhD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Veronika A. Golovacheva, xoxo.veronicka@gmail.com

The article describes modern approaches to the treatment of chronic non-specific low back pain and substantiates their use. It is emphasized that the complex of measures, in particular: cognitive-behavioral therapy, therapeutic gymnastics, gradual increase in physical activity and rational pharmacotherapy, can help most patients with chronic non-specific low back pain.

Key words: chronic non-specific low back pain, lumbar pain, treatment, cognitive behavioral therapy, therapeutic gymnastics