

Раянова Г.Ш., Фатыхова М.Р., Ахмадеева Л.Р.

## Диагностика и лечение неспецифических болей в нижней части спины: что доказано, что в реальности

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Клиника БГМУ, неврологическое отделение, Кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики БГМУ, г.Уфа

*Rayanova G.Sh., Fatyhova M.R., Akhmadeeva L.R.*

### Diagnosis and management of low back pain: what is the evidence, what is reality

#### Резюме

В данном материале описаны диагностические критерии неспецифических болей в нижней части спины и результаты анализа подходов к диагностике данного состояния в нашей университетской клинике.

**Ключевые слова:** боль в нижней части спины, неспецифические люмбагии, дорсалгия

#### Summary

This article describes the diagnostic criteria for nonspecific pain in the lower back and analyzes approaches to the diagnosis of this condition in our university hospital.

**Keywords:** pain in the lower back, nonspecific lumbodynia, dorsalgia

#### Введение

Боль в нижней части спины (БНС) – одна из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности. Подсчитано, что жители США испытывают болезненные ощущения в области нижней части спины по крайней мере 1 раз в 3 месяца, при том что 7,6% взрослых граждан этой страны на протяжении одного года переносят тяжелый приступ люмбагии [1].

В некоторых регионах нашей стране распространенность болевых синдромов в области спины среди взрослого населения достигает 62%. Боль в спине является также одной из основных причин экономических потерь во всех индустриально развитых странах в связи с большой встречаемостью у лиц трудоспособного возраста [2]. Результаты проводимой терапии иногда остаются неудовлетворительными, и заболевание приобретает затяжной, рецидивирующий характер [2].

В зависимости от причины возникновения выделяют первичный (неспецифический) и вторичный (специфический) синдромы БНС [1,3,4].

Как правило, первичные боли в спине имеют доброкачественное течение, и их возникновение связывают с «механической» причиной вследствие перегрузочного воздействия на связки, мышцы, межпозвонковые диски и суставы позвоночника. В МКБ–10 неспецифические боли внизу спины (нБНС) соответствуют шифру M54.5 – «боль внизу спины».

К сожалению, в нашей стране не смотря на рекомендованные, доказанные методы диагностики неспецифических БНС, используются множество не рекомендованных способов диагностики и терапии данной патологии.

*Целью исследования* явилось изучение методов диагностики и лечения неспецифических люмбагий в условиях Клиники БГМУ.

#### Материалы и методы

На базе неврологического отделения Клиники БГМУ проводился анализ диагностики и лечения острых и хронических неспецифических БНС. Было проанализировано 75 медицинских карт пациентов Клиники БГМУ стационарного профиля с 2008–2009 гг. с шифром M54, из них 42 женщин и 33 мужчин в возрасте от 20 до 66 лет, средний возраст  $50 \pm 3,6$  лет.

На каждый анализируемый случай заполняли таблицу с «паспортными» данными пациентов, диагнозом заболевания, анамнезом заболевания, основными жалобами на момент поступления, диагностическими и лечебными мероприятиями.

#### Результаты и обсуждение

Анализ по диагностическим методам за данный период наблюдения приведен в таблице 1.

Проведенный анализ диагностики нБНС в стационаре показал, что рентгенологическое исследование проводилось в половине случаев – встречалось у 52%, ультразвуковое исследование стоит на втором месте по распространенности, встречается у 46,6% историй болезней, что в большинстве случаев является нецелесообразным для диагностики данного состояния согласно Европейским рекомендациям (табл.1). В отечественной клинической практике рентгенологическое исследование позвоночника – наиболее часто используемый метод инструментальной диагностики. В последнем опубли-

Таблица 1. Анализ методов диагностики

Вид диагностического метода	Количество использования
Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника	39 (52%)
Компьютерная томография	10 (13,3%)
Магнитно-резонансная томография	7 (9,3%)
УЗИ позвоночника	35 (46,6%)
Консультация ортопеда	1 (1,3%)
Консультация нейрохирурга	3 (4%)

кованном систематическом обзоре, по изучению связи между рентгенологическими изменениями в поясничном отделе позвоночника и нБНС было показано, что при этом состоянии чаще всего выявляются дегенеративные изменения (сужение МПД, остеофиты, остеоэсклероз), однако относительный риск возникновения болей при их наличии составляет от 1,2 (95% CI 0,7-2,2) до 3,3 (95% CI 1,8-6,0), что указывает на низкую специфичность метода и часто боли не сочетаются с обнаруживаемыми при рентгенографии изменениями (уровень доказательности В). Соответственно такие находки могут приводить к назначению и необоснованных лечебных мероприятий. Нет свидетельств того, что имеется какая-либо взаимосвязь между симптомами дегенеративных изменений позвоночника при переходе острой нБНС в хроническую (уровень доказательности – С) [5].

Последний обзор по диагностическим радиологическим методам (рентгенография, МРТ, КТ, радионуклидное сканирование) показал, что для лиц моложе 50 лет без «знаков угрозы» проведенные исследования не улучшают прогноз и не влияют на эффективность проводимой терапии (уровень В). А у лиц старше 50-летнего возраста и/или имеющих «знаки угрозы» стандартная рентгенография и простые лабораторные анализы могут практически полностью исключить сопутствующие тяжелые заболевания. Авторы заключили, что современные, высокоинформативные радиологические методы исследования должны быть зарезервированы для пациентов с БНС, у которых подозревается тяжелое заболевание. При изучении экономических последствий и эффективности использования стандартной рентгенографии и МРТ среди пациентов с БНС было показано, что хотя врачи предпочитали последнее, однако различия в исходах для пациен-

тов при обоих методах не было (уровень В). Было показано, что замена рентгенографии позвоночника МРТ в первичном врачебном звене практически не дает никаких дополнительных данных, однако увеличивает стоимость диагностических мероприятий и число диагностических манипуляций.

К сожалению, в нашей стране, не смотря на рекомендованные доказанные методы лечения острых неспецифических БНС, используется множество дополнительных, часто не дающих значимую информацию способов диагностики и терапии данной патологии.

Распределение препаратов по фармакологическим группам, использованных в нашей клинике, представлено на рис.1. Наиболее используемыми являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) – их назначали в 77%, витамины различных групп стояли на втором месте по использованию, хотя они не рекомендованы при лечении острой нБНС. Хондропротекторы употреблялись в 32% случаев, что так же не рекомендовано при данном процессе (уровень доказательности – А). Ряд систематических обзоров и большое число РКИ, показывают, что миорелаксанты достоверно уменьшают боль (В) и что их различные виды (баклофен, мидокалм, сирдалуд и др.) клинически эквивалентны. Эти лекарственные средства достоверно, по сравнению с плацебо, уменьшают интенсивность боли, но, к сожалению, процент их использования в условиях нашего стационара был мал – всего 13%.

Известно, что для уменьшения интенсивности боли следует назначать анальгетические препараты, препаратами первого ряда являются НПВС или парацетамол. Результат анальгетической нБНС терапии за 2008-2009гг представлен на рис.2.



Рис. 1. Распределение препаратов по фармакологическим группам.

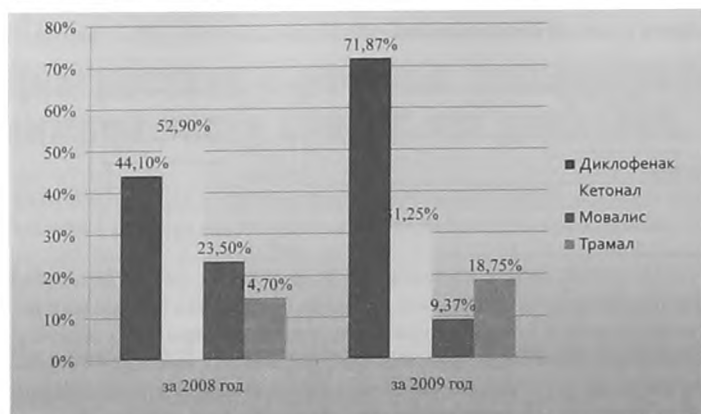


Рис.2. Анализ анальгетической терапии нБНС в условиях стационара за 2008-2009гг.

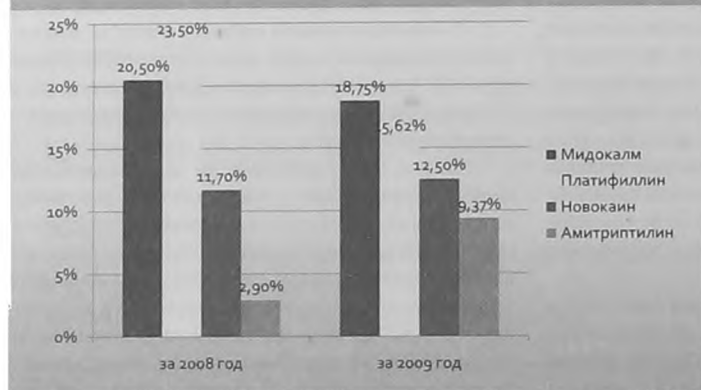


Рис.3. Анализ дополнительной терапии нБНС в условиях стационара.

На рис.3 представлен анализ дополнительной терапии нБНС в условиях стационара.

Эффективность естественных и преформированных методов физиотерапии не доказана и поэтому их применение на сегодня не рекомендуется при оБНС (уровень доказательности – В). Их использование в реальной практике оправдывает только получаемый психологический эффект (эффект плацебо) при практическом отсутствии побочных явлений. Возможно, это связано с массивной медикаментозной терапией, которую применяют параллельно с физиотерапевтическим курсом лечения и, как следствие, невозможностью выделения чистого фактора.

В анализируемых историях болезни СМТ составляет значительную долю среди физиотерапевтических процедур – около 47%.

В настоящее время ведутся исследования, включая наши, результаты которых, возможно, приведут к пересмотру позиций по применению чрескожных электронейростимуляционных методик, включая современные аппараты как для использования в стационарах, так и в качестве стационарзамещающих технологий [5-7].

Лечебная физкультура (ЛФК) – один из основных методов лечения болей в спине. Отчасти совет не уменьшать физическую активность при острых нБНС является элементом ЛФК. Однако по данным РКИ специальная ЛФК не рекомендуется (уровень доказательности – А). По данным анализа наших данных лечебная физкультура встречалась среди назначений только в 25,8 %, а уровень комплаентности пред-

полагается еще более низким. При острых нБНС массаж и мануальная терапия могут быть включены в лечение после купирования острого болевого синдрома (уровень доказательности – В).

В условиях Клиники БГМУ массаж используется довольно часто - в 34,9% случаев.

Результат анализа методов немедикаментозной терапии представлен на рис.4.

## Заключение

Все имеющиеся клинические рекомендации по БНС подчеркивают отсутствие необходимости проведения стандартной рентгенографии при острых нБНС. Указывается, что имеющиеся данные о некоторой связи нБНС с дегенеративными поражениями позвоночника не имеют клинического значения, не влияют на терапию или шансы на выздоровление. Риски получения дозы радиоактивного облучения при рентгенографии поясничного отдела позвоночника – еще один контраргумент для использования его в качестве рутинного обследования [8].

Большинству пациентов с острой нБНС показано лишь симптоматическое лечение. При этом около 60% пациентов отмечают улучшение в течение первых 7 дней лечения и подавляющее большинство – в течение 4 недель. Пациентов следует проинструктировать, что в случае ухудшения двигательных или сенсорных функций, усиления боли, появления расстройств функций тазовых органов им следует незамедлительно обратиться к врачу повторно для продолжения обследования.

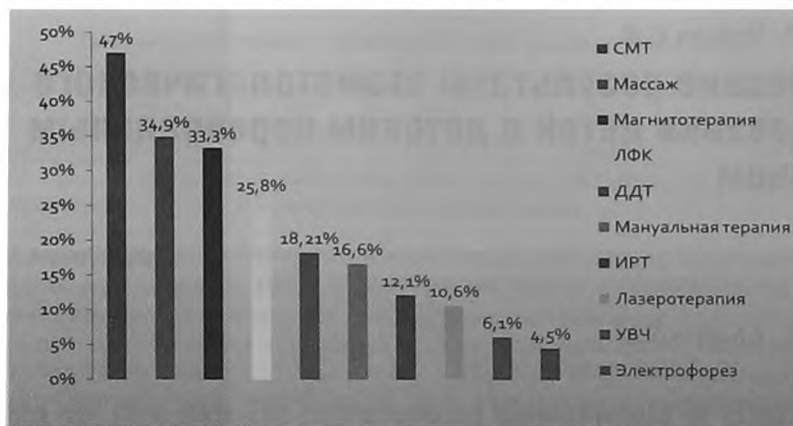


Рис.4. Анализ методов не медикаментозной терапии за 2008-2009 гг.

По мере уменьшения болей пациентов следует постепенно возвращать к нормальной деятельности. Показано, что сохранение активности в пределах, которые позволяет боль, способствует более быстрому выздоровлению, чем постельный режим или иммобилизация поясничного отдела. Пациентам с такой патологией помогают также умеренные физические упражнения с минимальной нагрузкой на спину.

Лекарственные средства, рекомендуемые при острой БНЧС, включают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и парацетамол. Возможно также использование миорелаксантов. Показано, что пациенты, принимающие опиоидные анальгетики, возвращаются к нормальной деятельности не быстрее, чем принимающие НПВС или парацетамол. Миорелаксанты оказывают больший обезболивающий эффект, чем плацебо, но не имеют преимуществ перед НПВС. Пероральные глюкокортикоиды и антидепрессанты не оказывают эффекта у таких больных, и их применение не рекомендуется.

Основными принципами лечения острой нБНС являются:

1. пациенту следует представить адекватную информацию по его состоянию, убедить его, что нБНС обычно не тяжелое заболевание, а улучшение в большинстве случаев

наступает быстро; постельный режим противопоказан, следует рекомендовать пациенту оставаться активным насколько это возможно и скорее вернуться к повседневной активности, в том числе к работе;

2. при необходимости проводить адекватную симптоматическую обезболивающую терапию; анальгетические препараты следует назначать с равными интервалами: препаратами первого ряда являются НПВП или парацетамол; при недостаточной эффективности первых, дополнительно назначаются центральные миорелаксанты;

3. пассивные и физические методы лечения (постельный режим, массаж, ультразвук, электротерапия, лазер и вытяжение) в качестве монотерапии следует избегать, т.к. их действительная клиническая эффективность невысока, они могут повысить риск развития болевых поведенческих реакций и хронизации процесса. ■

*Раянова Г.Ш., Фатыхова М.Р., Ахмадеева Л.Р., ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Клиника БГМУ, неврологическое отделение, Кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики БГМУ, г.Уфа*

## Литература:

- Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице. Consilium Medicum, 2002, том 4, №2, с.96-102.
- Антонов И.П., Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты / И.П. Антонов, Э.В. Барabanова // Журн. Неврол. и психиатр. - 1998. - №12. - С. 4-8.
- Боль: руководство для врачей и студентов / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 304 с.
- Дубовик В.А. Возможности компьютерной стабилорафии в диагностике заболеваний с нарушением равновесия [Текст] / В.А. Дубовик // Тез. докл. науч. конференции. Актуальные вопросы клиники диагностики и лечения. - СПб., 1995. - С. 82.
- Ахмадеева Л.Р., Сетченкова Н.М., Магжанов Р.В. с соавт. Эффективность чрескожной адаптивной динамической электростимуляции для лечения неспецифических болей в нижней части спины (рандомизированное слепое плацебо-контролируемое исследование) // Журн. Неврол. и психиатр. - 2010. - №110. - Т.4. - С. 57-62.
- Ахмадеева Л.Р., Сетченкова Н.М., Раянова Г.Ш. Оценка анальгетического эффекта методов чрескожной электростимуляции в лечении пациентов с болями в нижней части спины: два рандомизируемых контролируемых исследования // Российский журнал боли. - 2011. - №2(31). - С. 117-118.
- Ахмадеева Л.Р., Раянова Г.Ш. Лечение неспецифических люмбагий методами чрескожной электростимуляции // Практическая медицина. - 2012. - №2(57). - С. 158-162.
- Яхно, Н.Н., Неспецифическая боль в нижней части спины: диагностика, лечение, предупреждение: клинические рекомендации / Н.Н. Яхно, Е.Л. Насонов. - Москва. - 2008. - 31-40 с.