

Хронический болевой синдром в нижней части спины — дифференциальная диагностика, подходы к терапии

Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Представлены современный взгляд на тактику ведения и лечение хронического болевого синдрома в нижней части спины, а также аспекты дифференциальной диагностики этого состояния.

Ключевые слова: хронический болевой синдром в нижней части спины
Контакты: Надежда Александровна Шостак shostakkaf@yandex.ru

CHRONIC LOW BACK PAIN SYNDROME: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, APPROACHES TO THERAPY

*N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk
Russian State Medical University, Russian Agency for Health Care, Moscow*

The paper outlines the present view of the management tactics and treatment of chronic low back pain syndrome and the aspects of differential diagnosis of this condition.

Key words: chronic low back syndrome.
Contact: *Nadezhda Aleksandrovna Shostak: shostakkaf@yandex.ru*

Ежегодно 15–45% трудоспособного населения в развитых странах страдают как минимум от одного эпизода болей в нижней части спины, 2–7% из которых в последующем формируют популяцию пациентов с хронической болью, требующих длительной терапии [1].

Хронический болевой синдром в нижней части спины (ХБНС) — разновидность болевых синдромов с локализацией между XII парой ребер и ягодичными складками, характеризуется длительным (>12 нед) и/или часто рецидивирующим течением (>25 эпизодов за 12 мес) [2, 3].

Клинически ХБНС может проявляться в соответствии с одним из указанных типов болей:

- *механическая (простая) боль*, усиливается во второй половине дня, после физической нагрузки и уменьшается после отдыха, может быть обусловлена функциональными или дегенеративными изменениями в структурах спины, чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста;

- *воспалительная боль* — максимально выражена в первой половине дня, проявляется утренней скованностью, уменьшается при физической нагрузке, существенно облегчается от приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обусловлена воспалительными спондилопатиями, дебют воспалительного болевого синдрома приходится на молодой возраст [4].

Наиболее частой причиной хронической люмбагии дегенеративной природы является нестабильность позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) на разных стадиях спондилеза, приводящая к избыточной нагрузке на фасеточные суставы и мышцы. Спондилез объединяет весь комплекс дегенеративных поражений ПДС: снижение высоты межпозвоночного диска (МПД), остеофитоз, протрузии и грыжи МПД. P. Nakala

и соавт. утверждают, что дегенеративные изменения в нижних поясничных МПД развиваются уже к 15 годам жизни и это является существенным фактором развития ХБНС у взрослых пациентов молодого возраста. При **нестабильности ПДС** боль обычно двусторонняя, усиливающаяся при наклонах и облегчающаяся в покое. Движения в поясничном отделе позвоночника не ограничены, но отмечается болезненность при разгибании. Боль может иррадиировать в крестцово-подвздошное сочленение и крыло подвздошной кости, но не в ягодицы и бедро. При выполнении теста Ласега (тест поднятия ноги) отмечается двусторонняя умеренная боль только в пояснице.

При **артрозе фасеточных суставов (спондилоартроз)**, который является одной из самых частых причин хронической боли в спине у пожилых, боль двусторонняя, локализуется в отличие от дискогенной паравертебрально, а не по средней линии, усиливается при длительном стоянии и разгибании и уменьшается при ходьбе и сидении. Боль в пояснице носит ноющий, часто глубокий характер, может распространяться на ягодицы и бедра, но не «опускается» ниже колена. Однако у ряда больных имеется очаговая неврологическая симптоматика, когда нервный корешок подвергается раздражению суставной фасеткой или остеофитом с формированием радикулопатии. Объективные признаки сводятся к выявлению болезненности при глубокой пальпации в проекции дугоотростчатых суставов позвонков, а при активном участии мышечного компонента пальпаторно определяются напряжение и болезненность паравертебральных и экстравертебральных мышц спины.

Большую роль в формировании хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации играют **дисфункция и артроз крестцово-подвздошных сочленений**, сопровождающиеся иррадиацией боли в паховую область, интен-

Л Е К Ц И Я

Таблица 1. Дифференциальная диагностика заболеваний с механическим и воспалительным характером болевого синдрома в спине

Характеристика	Спондилоартроз	Анкилозирующий спондилит
Пол	Мужской/Женский	Мужской
Возраст	≥50 лет	<50 лет
Боль в позвоночнике	Механическая	Воспалительная
Утренняя скованность	10–15 мин	1 ч и более
Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки	Нехарактерно	Обязательный признак (2,5 см и менее на уровне IV межреберья)
Ограничение подвижности позвоночника	Умеренно выраженное преимущественно в сагиттальной плоскости	Выраженное в трех плоскостях (сагиттальной, фронтальной, боковой)
Боль в крестцово-подвздошном сочленении (сacroiliит)	Нет	Типична
Поражение глаз (ирит, иридоциклит)	Нет	Типично
Рентгенологические признаки	Спондилез в сочетании с остеоартрозом фасеточных суставов (субхондральный склероз суставных поверхностей, сужение суставной щели, костные разрастания в зоне межпозвонковых суставов и тел позвонков с их деформацией, преимущественно шейного и поясничного отделов)	Двусторонний сacroiliит, эрозии тел позвонков, оссификация передней продольной связки, синдесмофиты (костные мостики, соединяющие края тел позвонков), на поздней стадии – синдром «бамбуковой палки»

сивность боли максимально выражена в первой половине дня, уменьшается к вечеру и после ходьбы [5].

Спондилолистез – смещение тела вышележащего позвонка относительно нижележащего в горизонтальной плоскости. При этом появление болевого синдрома связано с натяжением задней продольной связки позвоночника, а также компрессией невралных структур и развитием поясничного стеноза. Спондилолистез может иметь дегенеративную природу, а также может встречаться при синдромах дисплазии соединительной ткани, что обусловлено генетически детерминированной несостоятельностью задней продольной связки и ослаблением ее фиксирующей способности. При объективном обследовании ступенчатое смещение спинального отростка может быть ключом к диагнозу спондилолистеза, локализующегося на один сегмент ниже уровня смещения.

Кроме того, следует отдельно выделять группу больных, жалующихся на **боль в копчике (кокцигодиния)**, которая может возникать вследствие падения на ягодицы, блокады крестцово-копчикового сочленения у женщин после родов; нередко копчиковая боль имеет отраженный характер и связана с грыжей нижних поясничных дисков, опухолью позвоночника, аноректальной инфекцией.

Группа **серонегативных спондилопатий**, объединяющая анкилозирующий спондилит, реактивный артрит, включая болезнь Рейтера, псориатический артрит, энтеропатические артриты, связанные с болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, недифференцированные спондилоартриты, характеризуется воспалительными болями в нижней части спины, имеющими следующие особенности (A. Calin и соавт., 1997):

- молодой возраст пациентов;
- продолжительность болевого синдрома > 3 мес;
- постепенное начало болевых ощущений;
- утренняя скованность;

- усиление болевых ощущений после сна и отдыха и уменьшение после физических упражнений.

Боль в спине считается воспалительной при наличии любых 4 признаков [6].

Болевой синдром при сacroiliите, являющийся типичным признаком этой группы заболеваний, чаще появляется исподволь, носит тупой характер, локализуется в области ягодиц, может носить перемежающийся характер (т.е. перемещаться с одной стороны на другую) и иррадиировать в проксимальные отделы бедер. Воспалительный характер боли подтверждается выраженным эффектом НПВП. Основные дифференциальные отличия заболеваний с механическим и воспалительным характером болевого синдрома в спине на примере спондилоартроза и анкилозирующего спондилита представлены в табл. 1.

Наряду с описанными клиническими проявлениями ХБНС необходимо помнить, что хроническая боль может сопровождать другие серьезные состояния, требующие безотлагательного врачебного участия. Заподозрить такие состояния позволяют следующие клинические признаки:

- лихорадка (характерна для ракового поражения, диффузных заболеваний соединительной ткани, инфекции дисков, сепсиса, туберкулеза);
- снижение массы тела (злокачественные опухоли предстательной железы, молочной железы, почек, легких, щитовидной железы);
- неспособность найти удобное положение (метастазы, аневризма аорты, мочекаменная болезнь);
- ночные боли (опухоль, метастазы);
- интенсивная локальная боль (эрозивный процесс);
- неэффективность приема НПВП и анальгетиков (4–6 нед), в том числе при остеопорозе [7].

Наличие указанных признаков диктует необходимость последующей инструментальной диагностики (табл. 2) [8].

Л Е К Ц И Я

Таблица 2. Основные преимущества новейших методов визуализации при боли в спине (Health Care Guideline, Institute for Clinical Systems Improvement, 2006)

Магнитно-резонансная томография	Компьютерная рентгеновская томография
<p>Лучшая визуализация хрящевых структур, мягких тканей</p> <p>Высокая чувствительность в выявлении неопластических и инфекционных процессов</p> <p>Отсутствие лучевого излучения</p> <p>Допустимо у женщин в I триместре беременности</p>	<p>Лучшая визуализация костных структур</p> <p>Показана пациентам:</p> <ul style="list-style-type: none"> – с массой тела >135 кг – с имплантированными электростимуляторами и металлическими изделиями – с клаустрофобией

Кроме того, значимую диагностическую ценность имеет **рентгенография** позвоночника в прямой, боковой и косой проекциях. При подозрении на нестабильность ПДС используют функциональные рентгенологические тесты (в состоянии максимального сгибания и разгибания). Рентгенография незаменима при диагностике компрессионных переломов при остеопорозе, в том числе деформаций позвонков. Кроме того, рентгенография позвоночника показана всем больным, которых направляют на физио- и мануальную терапию.

Подходы к лечению ХБНС основаны на устранении болевого синдрома в соответствии с его патофизиологическими механизмами, в том числе асептического неврогенного воспаления, сопровождающего дегенеративные процессы в структурах позвоночного столба, а также аутоиммунного воспаления при серонегативных спондилоартритах. Наибольшее патофизиологическое обоснование в первом случае и симптоматическое во втором имеет применение НПВП в качестве основных средств терапии.

Европейское общество по лечению ХБНС изучило более 40 видов вмешательств и только 6 из них, в том числе НПВП, были признаны эффективными.

Механизм действия НПВП хорошо изучен, описаны также основные побочные эффекты данной группы лекарственных средств. За последние 30 лет с момента открытия механизма действия НПВП не прекращаются попытки их совершенствования с целью улучшения эффективности и минимизации побочного действия [9]. Одним из представителей НПВП с селективным ингибированием ЦОГ 2 является препарат эторикоксиб (Аркоксиа).

Основные фармакологические свойства Аркоксиа:

- селективно подавляет экспрессию ЦОГ 2;
- не влияет на выработку простагландинов в слизистой оболочке желудка и время кровотечения;
- быстро и полностью всасывается после перорального приема независимо от приема пищи;

- применяется 1 раз в сутки;
- имеет диапазон терапевтических доз для лечения болевых синдромов умеренной и выраженной интенсивности.

Одним из основных преимуществ препарата является дозозависимое ингибирование ЦОГ 2 без влияния на ЦОГ 1. Аркоксиа не оказывает воздействия на выработку простагландинов в слизистой оболочке желудка и агрегацию тромбоцитов. Препарат быстро и полностью всасывается после перорального приема, время достижения пиковой концентрации в плазме крови составляет 1 ч, биодоступность – 100%. Период полувыведения достигает 20–26 ч, что позволяет принимать препарат 1 раз в сутки. Аркоксиа представлена в таблетированной форме по 60; 90 и 120 мг, применяется независимо от приема пищи. Для длительной терапии используют дозировку 60–90 мг, при обострении процесса и других состояниях – 120 мг/сут. Клиническая эффективность препарата доказана при хронических болевых синдромах, анкилозирующем спондилоартрите, ревматоидном артрите, подагре, остеоартрозе.

Схему лечения ХБНС функциональной и дегенеративной природы дополняют миорелаксантами (А), антидепрессантами (А), слабыми опиоидами (трамадол; А), препаратами капсаицина (локально – 3 нед; А). Из физиотерапевтических методов лечения активно применяют чрескожную электронейростимуляцию (В) и нейрорефлексотерапию (А). Особое место занимает использование обучающих поведенческих программ (А) в сочетании с психосоциальной коррекцией (А), специальных физических упражнений (В) [1].

При воспалительных спондилопатиях назначают базисную терапию с использованием цитостатиков и биологических агентов (при высокой активности заболевания), лечение спондилоартроза дополняют назначением симптоммодифицирующих препаратов замедленного действия.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(2):192–300.
2. Carey T.S., Evans A., Hadler N.M. et al. Careseeking among individuals with chronic low back pain. *Spine* 1995;20:312–7.
3. Hadler N.M. Low back pain. *Arthritis and Allied conditions: a textbook of rheumatology*, 13th ed. Ed. by William J. Koopman. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997;2:1821–35.
4. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. Казань: Медицина, 2006;520 с.
5. Подчуфарова Е.В. Тактика обследования и лечения пациентов с болью в нижней части спины. *РМЖ*, 2006;14(9):679–84.
6. Бочкова А.Г. В помощь практикующему врачу. Анкилозирующий спондилит. М., 2006; с. 4.
7. Skott K. Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain. *Am Fam Physician* 2007;75:1181–8,1190–2.
8. Thorson D.C. Health Care Guideline: Adult Low Back Pain 2008;www.icsi.org.
9. Laine L., Curtis S.P., Cryer B. et al. Assessment of upper gastrointestinal safety of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. *Lancet* 2007 (Feb 10);369:465–73.