

Боль в спине. Клинические рекомендации и реальная практика

А. Б. Данилов, д-р мед наук, профессор кафедры нервных болезней ИПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова

История *Homo sapiens*, род Люди (Номо), вид Человек Разумный, насчитывает около 40 тысяч лет и ведет свой отсчет от начала верхнего палеолита, о чем свидетельствуют многочисленные археологические находки, возраст которых с высокой точностью определен с помощью радиоуглеродного изотопного анализа. И в течение всего этого времени у человека НЕ болела спина. Боль в спине стала платой за блага цивилизации и изменение образа жизни в течение всего лишь последних 50 лет. Рост уровня комфорта современного человека неразрывно связан с ростом сопутствующих этому комфорту заболеваний, ухудшающих качество жизни. И на сегодняшний день боль в спине практически самая распространенная клиническая ситуация, с которой сталкивается до 80 % жителей Земли. Обнадеживающим является тот факт, что международным медицинским сообществом разработаны клинические рекомендации на основании данных доказательной медицины, следование которым позволяет помочь пациенту с болью в спине при условии его мотивированного сотрудничества с лечащим врачом, объективной дифференциальной диагностике и рациональной фармакотерапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клинический подход к пациенту с болью в спине основан на сборе анамнеза и анализе результатов клиничко-неврологического обследования для выяснения вероятных причин болевого синдрома и выраженности неврологических нарушений. Это позволяет включить пациента в одну из трех групп для определения оптимальной тактики терапии.

1 группа — неспецифическая (первичная) боль в спине (85 % всех случаев);

2 группа — боль в спине, ассоциированная с радикулопатией (3 %) или стенозом спинномозгового канала (4 %);

3 группа — боль в спине, ассоциированная со специфическим процессом на спинальном уровне (онкология, инфекционный процесс, анкилозирую-

щий спондилит, компрессионный перелом позвонка, синдром конского хвоста — не более 1 % в популяции пациентов с болью в спине).

На основании приведенных статистических данных можно с уверенностью утверждать, что у абсолютного большинства пациентов этой категории будет диагностирована неспецифическая боль в спине. С одной стороны, это облегчает задачу лечащего врача, так как снижается риск развития серьезных инвалидизирующих осложнений. С другой стороны — необходимо подобрать единственно эффективный алгоритм терапии на основании клинических рекомендаций, но с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, что позволит избежать хронизации болевого синдрома.

Важно учесть ряд важных моментов, которые часто бывают недооценены на пути к полному излечению пациента с болью в спине.

I. Обязателен анализ неблагоприятных психоэмоциональных факторов и стрессовых ситуаций в жизни больного, так как в большинстве случаев именно они служат предикторами прогноза выздоровления. К факторам, ухудшающим прогноз и затрудняющим реабилитацию, относят высокую тревожность, депрессию, катастрофизацию, пассивную копинг-стратегию, неудовлетворенность работой, соматизацию. В этих случаях должна быть разработана мультидисциплинарная программа реабилитации.

II. Наличие грыжи диска у больных с люмбоишиалгией встречается часто, но не является обязательной причиной такого болевого синдрома. Чтобы определить, страдает ли нервный корешок и какова степень его поражения, необходимо провести неврологическое обследование, которое должно включать оценку мышечной силы, рефлексов и чувствительности — в соответствии с локализацией корешка. Об уровне поражения корешка только по иррадиации боли судить нельзя. Только сочетание боли с гипестезией в соответствующем дерматоме может служить надежным подтверждением радикулопатии.

III. Исключение спинального стеноза, для которого характерно сочетание боли в покое с болью

при ходьбе без необходимости остановки для отдыха. Боль при спинальном стенозе распространяется по ходу корешка от ягодицы до стопы, но имеет иной характер, чем при изменении межпозвонковых дисков: больные чаще характеризуют ее как постоянную, выраженную, не имеющую динамики в течение суток или усиливающуюся в ночное время, при длительном стоянии, сидении. Кроме того, пациенты со спинальным стенозом, в отличие от страдающих грыжей диска, никогда не жалуются на невозможность разогнуться (при умывании), не имеют наклона туловища в сторону.

IV. Отсутствует необходимость использования методов нейровизуализации в повседневной клинической практике. Проведение рентгенографии показано только при подозрении на компрессионный перелом позвонка у пациента с остеопорозом или с терапией стероидами в анамнезе, и является приемлемым начальным этапом обследования тех пациентов, у которых боль в спине персистирует от 1 до 2 мес., несмотря на стандартную терапию, и при этом нет никаких признаков стеноза канала или компрессии нервного корешка. Рентгенография не может визуализировать грыжу диска и степень стеноза позвоночного канала.

V. Регулярное проведение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), как и рентгенография, не обеспечивает более качественной терапии. При МРТ у пациентов с неспецифической болью в спине часто обнаруживаются изменения, плохо коррелирующие с неврологической симптоматикой, но подталкивающие врача и пациента к дополнительным, часто ненужным, инвазивным и хирургическим вмешательствам. МРТ, как правило, предпочтительнее КТ.

VI. Электронейромиографическое исследование при неспецифической боли в спине проводить не рекомендуется.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

При назначении лечения необходимо информировать пациента о благоприятном прогнозе при острой боли в спине через 1 мес. после начала терапии при условии соблюдения комплаенса и активного образа жизни, исключающем постельный режим.

I. Парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) демонстрируют умеренный кратковременный положительный эффект у пациентов с неспецифической болью в спине, при этом анальгетическое действие парацетамола слабее. В суточной дозе 4 г парацетамол может вызывать бессимптомное повышение уровня аминотрансфераз.

Среди неселективных НПВП, блокирующих обе формы циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), для лечения боли в спине применяют ацеклофенак, диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, лорноксикам, напроксен, индометацин, теносикам, пироксикам, амтолметил гуацин и др. Из селективных ингибиторов ЦОГ-2 при боли в спине назначают целекоксиб и мелоксикам. При приеме неселективных НПВП высок риск желудочно-кишечных и реноваскулярных осложнений. Существует связь между действием на организм НПВП (как селективных, так и неселективных) и повышенным риском инфаркта миокарда. Для предотвращения желудочно-кишечных осложнений наиболее безопасна комбинация селективного ингибитора ЦОГ-2 с ингибитором протонной помпы. При совместном использовании системных и наружных форм НПВП для предотвращения суммации побочных эффектов рекомендуется назначение препаратов из одной подгруппы (неселективный + неселективный или селективный + селективный).

II. Опиоидные анальгетики и трамадол являются вариантом терапии у пациентов с интенсивной острой или хронической болью в спине, которая не купируется парацетамолом и НПВП. При отсутствии эффекта от наркотических анальгетиков необходимо произвести повторную диагностику или найти альтернативный метод терапии.

III. Миорелаксанты — тизанидин и толперизон, используются для кратковременного уменьшения острой боли в спине, обусловленной мышечным напряжением, но их действие сопровождается седацией.

IV. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин) являются вариантом лечения хронической боли в спине при отсутствии противопоказаний к этим препаратам. Начинать следует с небольших доз (12,5 мг на ночь) с постепенным повышением при необходимости до 75 мг/сут. Среди ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина доказана эффективность дулоксетина в дозе 60 мг/сут при курсе от 6 до 12 недель. Обезболивающий эффект антидепрессантов не зависит от их основного действия и наступает через 10–14 дней.

V. Габапентин (1800–2400 мг/сут) и прегабалин (300–600 мг/сут) рекомендуются для применения у пациентов с радикулопатией с нейропатическим компонентом боли. Показатели биодоступности и линейная фармакокинетика прегабалина являются преимуществом для быстрого купирования интенсивных корешковых болей.

VI. В России при люмбоишиалгии и радикулопатии достаточно широко назначают высокодозированные витамины группы В, анальгетическое действие которых показано в экспериментальных работах.

Эффективность и высокий уровень безопасности определяют целесообразность их применения у пациентов с болями в спине.

VII. В клинической практике особое внимание уделяется хондропротекторам, традиционно применяемым при болезнях суставов — хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат/гидрохлорид или их комбинации, а также биоактивный концентрат из 4 видов мелкой морской рыбы (Алфлутоп). Эффективность этих средств хорошо изучена в ревматологической практике, но роль при хронической боли в спине недооценена. Интерес к этой группе препаратов обусловлен их анальгетическим действием. В ряде исследований подтверждено, что глюкозамин и хондроитин в больших дозах обладают выраженными противовоспалительными свойствами и способны быстро уменьшить боль. При этом обезболивание на начальных этапах лечения не связано со структурно-модифицирующим эффектом. С учетом определенной роли воспаления в патогенезе хронической боли в спине эти препараты, имеющие высокий профиль безопасности, можно рассматривать как потенциальные анальгетики в комплексной терапии боли в спине.

ОБЕЗБОЛИВАЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХОНДРОПРОТЕКТОРА АЛФЛУТОП

Алфлутоп — оригинальный инъекционный препарат на основе биоактивного концентрата из 4 видов мелкой морской рыбы, который содержит гликозаминогликаны, в том числе глюкуроновую кислоту, хондроитина-4 и -6-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат, аминокислоты и микроэлементы. Препарат обладает хондропротективным и противовоспалительным эффектом, регулируя обмен веществ в хрящевой ткани. Хондропротективное действие связано с угнетением активности гиалуронидазы и других ферментов, которые принимают участие в разрушении межклеточного матрикса. В результате происходит нормализация биосинтеза гиалуроновой кислоты, коллагена II типа и структурных протеогликанов. Алфлутоп тормозит биосинтез медиаторов воспаления (интерлейкины-1, 6, 8), снижает проницаемость капилляров. Протеогликаны, входящие в его состав, оказывают трофическое действие и обладают замещающим эффектом, увеличивая, по данным МРТ, показатели гидрофильности, высоты хряща и однородности костной ткани. Результаты различных клинических исследований демонстрируют эффективность препарата Алфлутоп при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника и крупных суставов. У больных с алгическими вертеброгенными синдромами препарат способствует стойкому уменьшению боли, увеличению подвижно-

сти позвоночника и расширению функциональных возможностей пациентов.

В 2018–2019 гг. была проведена наблюдательная программа по сбору и анализу дополнительных данных об эффективности и безопасности препарата Алфлутоп для внутримышечного введения («К.О. Биотехнос С.А.», Румыния) при лечении пациентов с хронической болью в спине в сравнении с терапией НПВП. Пациенты были рандомизированы в две группы: (1) Алфлутоп 1 мл в/м + Мелоксикам в дозе 7,5 мг; (2) монотерапия Мелоксикамом в дозе 7,5 мг. Продолжительность курса лечения — 20 дней. При анализе результатов проведенного исследования в группе Алфлутопа было зафиксировано выраженное снижение уровня боли по шкале ВАШ (максимальный зарегистрированный уровень — 40 мм, минимальный — 20 мм). В тесте Роланда-Морриса наблюдалось снижение показателя в группе комбинированной терапии с 8,43 до 3,02 через три месяца терапии (в группе НПВП показатели снизились с 7,86 до 4,02). Это свидетельствует о нарастании анальгетического эффекта после окончания терапии.

Результаты этого наблюдательного исследования и 25-летний опыт применения препарата Алфлутоп на территории РФ и стран СНГ демонстрируют преимущества терапии парентеральными хондропротекторами по сравнению с применением НПВП в монотерапии у пациентов с неспецифической болью в спине. Эти преимущества реализуются за счет воздействия на патогенетические пути возникновения болевого синдрома, благодаря восстановлению поврежденной соединительной ткани и замедлению дегенеративных процессов в хряще. Более выраженное обезболивание в комбинации с НПВП по сравнению с монотерапией НПВП способствует уменьшению потребности в анальгетиках в дальнейшем. Применение Алфлутопа может способствовать уменьшению проявлений нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта за счет нормализации уровня защитных простагландинов в слизистой желудка. Расширяет возможности применения препарата Алфлутоп у различных возрастных групп, особенно, у пожилых пациентов, благоприятный профиль безопасности и отсутствие лекарственных взаимодействий. Короткий курс терапии Алфлутопом способствует повышению приверженности лечению.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент Г., 42 года

Жалобы на боль в спине в пояснично-крестцовой области с февраля 2012 г. после резкого снижения веса на 8 кг. Рост 183 см, вес 90 кг. Объективно здоров, в течение последних 10 лет регулярно посеща-

ет бассейн. Анамнез отягощен профессиональным спортом (волейбол с 14 до 20 лет, регулярные ударные нагрузки на позвоночник). Резкое ухудшение на фоне стресса. Острая вертеброгенная левосторонняя люмбоишиалгия, парез тыльных сгибателей левой стопы (4,5 баллов).

Результаты МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника от 29.08.2012

Спинной мозг в дистальных отделах имеет однородную структуру, ровные контуры, нормальный диаметр. Эпиконус спинальной хорды на уровне дистальных отделов L1.

Ось: дуга поясничного лордоза в горизонтальном положении выражена, пояснично-крестцовый угол утрирован, в целом лордоз угловой формы; сколиотическая деформация оси на фоне легкой левосторонней торсии тел позвонков.

На протяжении исследуемого отдела структура тел позвонков с очаговыми изменениями сигнала, соответствующими перераспределению внутрикостного жира. Жировая дистрофия дистальных субхондральных отделов L4. Высота тел позвонков достаточная, края тел позвонков заострены. Замыкательные пластины непрерывны, уплощены.

Межпозвонковые диски сниженной высоты, дегидратация их выражена. Обызвествление пульпозных ядер L1L2 и L2L3.

Двухсторонняя центрально-парамедианная грыжа межпозвонкового диска L4L5 секвестированная, подсвязочный секвестр в правостороннем парамедианном направлении; выступает в сторону позвоночного канала до 4 мм, дистальное распространение до 4 мм.

Межпозвонковые отверстия нормальных размеров и формы. В дугоотростчатых сочленениях суставные щели равномерны, суставные замыкательные пластины утолщены.

Участки патологического изменения сигнала не выявлены.

Заключение. Спондилез, остеохондроз на фоне углового лордоза, умеренно выраженного сколиоза. Секвестированная грыжа межпозвонкового диска L4L5. Спондилоартроз.

Рекомендации:

1. Эторикоксиб 60 мг утром после еды в течение 7 дней
2. Алфлутоп 2 мл/сут через день глубоко в/м, на курс 10 инъекций
3. После купирования острой фазы — ежедневная физическая активность в течение 1 ч, предпочтительна скандинавская ходьба
4. Упражнения на растяжку (пилатес, йога)
5. МРТ-контроль через 6 мес.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника через 6 мес. терапии

На серии МР-Томограмм пояснично-крестцового отдела позвоночника в 3-х проекциях поясничный лордоз сохранен, ось не искривлена. Тела позвонков обычной высоты и конфигурации. Межпозвонковые диски с дегенеративными изменениями различной степени выраженности, неравномерно уплощены, сигнал от них снижен за счет дегидратации. В сегменте L4L5 определяется начальная дорсальная циркулярная протрузия дисков, выходящая в канал до 1,5–2,0 мм, не вызывающая компрессии окружающих структур. Дуральный мешок расположен обычно. Позвоночный канал не сужен. Корешки «конского хвоста» хорошо дифференцируются, без признаков компрессии.

Заключение. Дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника — остеохондроз с начальной протрузией межпозвонковых дисков сегмента L4L5.

После проведенной терапии с использованием комбинации НПВП и парентерального хондропротектора Алфлутоп на контрольном МРТ визуализируется уменьшение размеров двухсторонней центрально-парамедианной грыжи межпозвонкового диска L4L5 с 4 мм до 1,5–2,0 мм с характеристикой «начальная дорсальная циркулярная протрузия дисков». Объективно состояние пациента улучшилось, выраженность болевого синдрома уменьшилась. Рекомендовано сохранение активного образа жизни с регулярной физической нагрузкой в виде быстрой ходьбы, желательно каждый день не менее часа. При необходимости повтор 20-дневного курса лечения препаратом Алфлутоп в/м через 6 мес.

В заключение необходимо отметить, что индивидуальный подход к пациенту с подтвержденной неспецифической болью в спине абсолютно оправдан и гарантирует практически полное выздоровление при заинтересованности пациента и врача в успехе терапии и применении фармако-терапевтических алгоритмов на основании доказательной медицины.

Литература

1. Данилов А. Б. Боль в спине. Неврология: национальное руководство. Под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 180–183.
2. Подчуфарова Е. В., Яхно Н. Н. Боль в спине. Гэотар-Медиа. 2014. 372 с.
3. Low Back Disorders. 3rd Edition With Web Resource: Evidence-Based Prevention and Rehabilitation. 3rd Edition, 2015, 454 P.
4. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. National Guideline Centre (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2016.
5. Nijss J et al. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. Pain Physician. 2015 May-Jun; 18 (3): E 333–46.
6. Данилов А. Б. Боль в спине. Неврология, 2019, С. 41–52.
7. Живолупов С. А., Данилов А. Б., Баранцевич Е. Р., Самарцев И. Н., Курушина О. В., Барулин А. Е., Верткин А. Л., Доронина О. Б., Визилю Т. Л., Бельская Г. Н., Сергиенко Л. А., Заболотских Н. В., Курганова Ю. И. Эффективность и безопасность применения препарата Алфлутоп при лечении болевого синдрома в нижней части спины. Manage Pain, 2020, № 1, С. 41–48.