



Фото В. Семеновой

Боль в нижней части спины



О.В. Котова,
канд. мед. наук,
ст. науч. сотр. лабора-
тории патологии
вегетативной нерв-
ной системы научно-
исследовательского
отдела неврологии
Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

РАНЬШЕ СЧИТАЛОСЬ, ЧТО БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ (БНС) ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ У ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ 30–59 ЛЕТ, ПРИЧЕМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У МУЖЧИН, ЗАНЯТЫХ ТЯЖЕЛЫМ ФИЗИЧЕСКИМ ТРУДОМ. ОДНАКО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XX В., ПОКАЗАЛИ, ЧТО БОЛИ ТАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НАБЛЮДАЮТСЯ У ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ПРОФЕССИЙ И ВОЗРАСТОВ, ПРИЧЕМ КАК У МУЖЧИН, ТАК И У ЖЕНЩИН.

Что такое боль в нижней части спины?

В настоящее время общепринятым стало определение боли в нижней части спины как ощущения, локализуемого между XII парой ребер и ягодичными складками. Характерно, что даже при самом современном обследовании у большей части людей, страдающих БНС, не удается выявить какие-либо конкретные причины страданий.

БНС – очень распространенный симптом с негативными последствиями как для пациента, так и для общества в целом. До 80% населения испытывают боли в спине хотя бы раз в своей жизни. Расходы на лечение пациентов с БНС, например, в Австралии, с численностью населения 21 млн человек,

составляют около 1 млрд австралийских долларов в год. Такие колоссальные затраты вполне объяснимы. Так, например, на БНС приходится около 2% всех посещений врача, что уступает только частоте визитов к врачу по поводу артериальной гипертонии и сахарного диабета.

Ставим “красные флажки”

При обследовании пациента с острым приступом ведущее значение имеет исключение специфических болей в спине, которые могут быть вызваны новообразованием (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), сирингомиелией, деструкцией позвонков и пораже-

нием нервных корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит), метаболическими нарушениями, переломами позвоночника, заболеваниями внутренних органов по механизму отраженных болей.

Для решения этой задачи ведущее значение имеют тщательный сбор анамнеза и соматическое обследование (выявление симптомов “опасности”, или “красных флажков”). При необходимости следует провести дополнительные методы исследования (рентгенологическое исследование позвоночника, компьютерную томографию, магнитно-резонансную терапию, общий анализ крови, биохимический анализ крови и др.).

Вместе с тем, при отсутствии подозрения на серьезную патологию, которая могла бы вызвать БНС, следует избегать неоправданных исследований, в т. ч. нейровизуализационных (КТ, МРТ). В когортном исследовании, прошедшем в США, оценивали связь между МРТ, проведенной на ранних сроках болезни среди работающего населения с БНС, состоянием здоровья и получением инвалидности в течение первого года после эпизода острой боли в нижней части спины. Выборку провели среди заявителей на компенсацию работникам штата Вашингтон (Washington State workers' compensation claimants). Из 1226 участников 19% была проведена ранняя МРТ. Большинство (78%) имели умеренно выраженный миофасциальный болевой синдром, у 22% была радикулопатия. Для пациентов с умеренно выраженным миофасциальным болевым синдромом ранняя нейровизуализация была связана с 2-кратным увеличением вероятности развития нетрудоспособности на год. Проведение того же исследования не было связано с повышенным риском длительной нетрудоспособности для работников с радикулопатиями. Авторы пришли к выводу, что среди работников с БНС ранняя МРТ-диагностика не связана с улучшением здоровья, но способствует увеличению расходов на здравоохранение, т. к. повышает риск развития стойкой утраты трудоспособности.

В большинстве случаев БНС обусловлена неспецифическими дегенеративными изменениями в опорно-двигательном аппарате (спондилоартроз, остеоартроз, остеохондроз). В основе болевого синдрома лежит сложный комплекс функциональных и дистрофических изменений в структурах позвоночника (дугоотростчатые суставы, межпозвоноковый диск, мышцы, сухожилия, связки) с вовлечением в па-

тологический процесс болевых рецепторов, нервных корешков.

Ведущей причиной острой БНС считается остеохондроз. Источниками болевой импульсации могут выступать не только измененные межпозвоноковые диски, но и связки позвоночника, надкостничная ткань суставов и периартикулярные ткани, спазмированные мышцы, окружающие пораженный позвоночный двигательный сегмент.

Существует две основные группы синдромов – рефлекторные и компрессионные. Первые обусловлены раздражением рецепторов, заложенных в тканях позвоночника. При этом возникает мощный поток афферентации, который приводит к возникновению зон гипертонуса и вызывает трофические изменения в мышечной ткани. Причиной компрессионных синдромов становится вертеброгенное сдавление корешков (радикулопатия). Существует возможность сочетания компрессионных и рефлекторных нарушений.

Прогноз благоприятен, но...

У большинства людей с острой БНС регресс заболевания происходит в течение месяца, но продолжительность может варьироваться от 7 до 58 дней. Чаще всего прогноз бывает благоприятным. Так, при анализе результатов 15 исследований были получены следующие результаты: быстрое облегчение боли и возврат трудоспособности в течение одного месяца. У остальных пациентов улучшение наблюдалось в течение трех месяцев. Более 70% обследуемых после первого эпизода БНС имели, по крайней мере, один рецидив в течение 12 последующих месяцев.

По другим данным, 90% пациентов выздоравливают в течение шести недель. Однако риск развития хронической БНС (боль сохраняется в течение трех и более месяцев) остается высоким: от 2 до 56%. Чтобы не допустить хронизации БНС, необходимо учитывать прогностически неблагоприятные факторы, которые обычно описывают как “желтые флаги”. Примерами “желтых флагов” могут служить страх рецидива БНС, боль в ноге при острой БНС, низкая удовлетворенность работой.

Постельный режим противопоказан

Врачебная тактика при острой БНС заключается, с одной стороны, в ослаблении боли, обеспечении условий для проведения курса реабилитации и как



Все классические представители НПВП примерно в равной степени связываются с циклооксигеназой (ЦОГ) 1 и 2 типа – ферментом, участвующим в распаде арахидоновой кислоты (derivата фосфолипидов клеточных мембран, распадающихся при повреждении клетки в процессе воспаления). Известно, что подавление активности ЦОГ-1 снижает выработку физиологически необходимых простагландинов, которые обеспечивают нормальное функционирование слизистой желудочно-кишечного тракта, микрососудов, интерстиции почек, клеток печени, агрегацию тромбоцитов.

Влияние НПВП именно на ЦОГ-1 проявляется в язвенно-эрозивном повреждении слизистой ЖКТ более чем у 30% пациентов, в развитии артериальной гипертензии и периферических отеков, возникновении интерстициального нефрита, гепатопатии, дезагрегации тромбоцитов и повышенной кровоточивости. Замечено, что большее количество побочных реакций развивается при использовании НПВП с выраженным противовоспалительным и анальгетическим эффектом, а также с длительным периодом полураспада.

Одним из методов уменьшения вероятности развития побочных явлений, присущих НПВП, – применение локальных методов терапии БНС с помощью наружных лекарственных форм (мазей, кремов, гелей), околосуставных или внутрисуставных инъекций.

Наружные формы, в частности НПВП, более безопасны по сравнению с таблетированными, потому что концентрация лекарственного вещества в сыворотке крови бывает намного ниже, чем при системном назначении. Мази и гели позволяют снизить дозу НПВП, принимаемых перорально и парентерально. При этом значительно сокращается поступление препарата в общий кровоток и, следовательно, уменьшается его накопление в органах, чувствительных к отрицательному действию НПВП.

Локальное (местное) лечение БНС – существенное дополнение к системно назначаемым лекарственным средствам и один из компонентов комплексной терапии БНС.

Условно препараты для терапии БНС можно разделить на несколько групп:

- НПВП;
- глюкокортикостероиды (для внутрисуставного и периартикулярного введения);
- фитопрепараты (например, **Кармолис**), обеспечивающие лечебный эффект эфирных масел;

можно более быстрому возвращению пациента к активному образу жизни. С другой – важным моментом считается предупреждение повторных обострений и хронического течения болевого синдрома.

Целесообразно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения. Но при этом ему необходимо избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (длительная сидячая работа).

Следует отметить, что за последнее десятилетие изменилась тактика ведения пациентов с острой БНС. Вместо длительного пребывания в постели и полного исключения физических нагрузок в настоящее время рекомендуется максимально раннее возвращение к привычному уровню активности, а также занятия лечебной физкультурой.

Средства спасения

Для купирования боли используются анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты.

- хондропротекторы (**хондроитин сульфат, глюкозамин**). Они обладают регенерирующим, мягким противовоспалительным и антифибринолитическим эффектами, тормозят процессы дегенерации хрящевой ткани.

Пластырь вместо таблеток

Особо следует выделить и изделия медицинского назначения, например, лечебный обезболивающий противовоспалительный пластырь **НАНОПЛАСТ форте**. Он представляет собой пластырь, содержащий магнитный порошок из редкоземельных металлов и нанопорошок – продуциатор инфракрасного излучения определенного спектра.

НАНОПЛАСТ форте обеспечивает сочетанное действие инфракрасного (теплого) излучения и магнитного поля. Вместе они улучшают локальное крово- и лимфообращение и венозный отток, уменьшают воспалительные реакции (отек и боль). **НАНОПЛАСТ форте** обладает анальгетическим и миорелаксирующим действием. Его эффективность доказана клиническими исследованиями.

исследованиями, проведенными в НИИ Ревматологии РАМН, Московском городском ревматологическом Центре, а также на кафедре Терапии РГМУ.

Использование этого пластыря безопасно для пациентов всех возрастных групп. Применение **НАНОПЛАСТ форте** удобно и комфортно, т. к. пациентам не приходится менять привычный образ жизни на период лечения. **НАНОПЛАСТ форте** безопасен даже для детей и доступен по цене. Каждая упаковка содержит 3 пластыря.

Пластырь наклеивается на кожу в беспокоящей области на период до 12 часов, следующий – не ранее чем через 6 часов после снятия предыдущего. Рекомендуется использование пластыря курсами в среднем до 9 дней с перерывами от одной недели.

НАНОПЛАСТ форте можно использовать как в составе комплексной терапии БНС, так и в качестве самостоятельного метода локальной терапии. Он совместим с парентеральным и пероральным приемом лекарственных средств, однако не рекомендуется одновременно применять вместе с другими наружными средствами на одних и тех же участках кожи.

**Лечебный обезболивающий
противовоспалительный пластырь**

НАНОПЛАСТ форте™

Быстро и эффективно снимает воспаление и боль
в СУСТАВАХ, ШЕЕ, СПИНЕ, ПОЯСНИЦЕ

Использование пластыря удобно и комфортно: не ограничивает движений, не оставляет следов на коже и одежде, снимается легко и безболезненно, без запаха и незаметен на коже.

Применяется для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата

- артрит, остеоартроз
- остеохондроз
- межреберная невралгия
- люмбаго, ишиас, радикулит
- боли в шее, спине, поясничной области
- ушибы, растяжения мышц и связок
- вправленные вывихи суставов
- кожные гематомы и кровоподтеки
- спортивные травмы



Иновация
создан на основе нанотехнологий и восточной медицины.

NanoTech Pharma www.nanoplast-forte.ru

Внимание акция!

Пройди тест и получи гарантированный приз – 100 рублей на номер своего мобильного телефона!

Дополнительный бонус – от Клуба РА!
Условия акции на сайте www.nanoplast-forte.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

РУ № ФСЗ 2008/03447 от 19.01.2009 Реклама