О.Н. Герасимова, поликлиника №6 ЗАО «Медицинские услуги», г. Москва; **В.А. Парфенов**, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Ведение пациентов с болями в спине в амбулаторной практике

Боли в спине (БС) занимают одно из ведущих мест среди причин обращаемости в амбулаторной практике. К острой БС относят все случаи, при которых длительность боли не превышает 6 нед, к подострым – боли от 6 до 12 нед и к хроническим – боли от 12 нед и более. БС вызывают громадные социально-экономические потери для общества в связи с временной утратой трудоспособности и существенно снижают качество жизни людей.

БС, вызванные патологией мышц спины, дегенеративными изменениями различных отделов позвоночника, расценивают как неспецифические, они составляют основную часть обращений пациентов с БС в амбулаторной практике. Реже боли вызваны компрессией спинномозгового корешка и его сосудов (радикулопатия) вследствие грыжи межпозвоночного диска в заднем и заднебоковом направлении, развития спондилоартроза с гипертрофией межпозвонковых суставов или образования остеофитов. В более редких случаях БС вызваны особой причиной (специфические БС): новообразованием, затрагивающим позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), сирингомиелией, деструкцией позвонков и поражением нервных корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит), дисметаболических нарушений (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), переломами позвоночника и некоторыми другими заболеваниями.

Врачебная тактика при острой неспецифической БС заключается, с одной стороны, в ослаблении боли и как можно быстром возвращении пациента к активному образу жизни, с другой – в предупреждении повторных обострений и хронического течения болевого синдрома. Большое значение имеет ранняя двигательная активность, однако нет доказательств эффективности каких-либо методов лечебной гимнастики. Целесообразно информировать пациента о доброкачественном характере его заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения. Необходимо избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (например, длительной сидячей работы). Для ослабления боли эффективны анальгетики (парацетамол), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты.

В большинстве случаев неспецифические скелетно-мышечные боли различной локализации (люмбалгия, цервикалгия, торакалгия) проходят в течение нескольких дней или недель, радикулопатии – в течение недель или месяцев, но в части случаев они принимают хроническое течение на годы. Хроническому течению БС могут способствовать неадекватное лечение острой боли, длительный постельный режим при острой БС, чрезмерное ограничение физических нагрузок, «болевой» тип личности, пониженный фон настроения, в некоторых случаях заинтересованность пациента в длительной нетрудоспособности, аггравация имеющихся симптомов или «рентное» отношение к болезни.

Наиболее часто и с высокой эффективностью при неспецифических острых БС используются НПВП, механизм действия которых направлен на подавление ключевого фермента метаболизма арахидоновой кислоты – циклооксигеназы (ЦОГ), которая участвует в выработке провоспалительных простагландинов. Применение НПВП может вызвать желудочно-кишечные осложнения (желудочную и кишечную диспепсию, эрозивный гастрит, энтеропатию, язвы, кровотечения, перфорации), сердечно-сосудистые (артериальную гипертонию – АГ, дистрофию миокарда, недостаточность кровообращения, острую коронарную недостаточность и др.).

Риск желудочно-кишечных осложнений, связанных с применением НПВП, существенно снижается при использовании препаратов, преимущественно воздействующих на одну из изоформ ЦОГ – ЦОГ-2. Среди этой группы препаратов наименьший риск сердечно-сосудистых осложнений имеет мелоксикам (Мовалис), являющийся производным эноликовой кислоты. Период его полувыведения составляет 20 ч, поэтому его можно применять однократно на протяжении суток. Препарат имеет форму для парентерального введения (15 мг/1,5 мл) и для приема внутрь (7,5 и 15 мг). Для получения быстрого лечебного эффекта можно использовать так называемую ступенчатую терапию, которая заключается во внутримышечном введении 15 мг Мовалиса в первые 3 или 5 дней лечения, а затем приеме препарата внутрь.

В настоящее время проведено большое количество исследований, в которых показаны эффективность и относительная безопасность применения Мовалиса при острых неспецифических БС.

Сравнительно мало проведено в нашей стране исследований, в которых изучалась частота основных причин БС (неспецифическая БС, радикулопатия и специфическая БС) в амбулаторной практике, анализировалась эффективность лечения, проводимого по международным стандартам ведения пациентов с БС без использования методов физиотерапии, рефлексотерапии и мануальной терапии. Настоящее исследование проведено с целью изучения частоты различных причин БС (при первичном обращении в поликлинику) и оценке эффективности лекарственных средств (без применения физиотерапии, мануальной терапии, рефлексотерапии) с использованием в качестве НПВП Мовалиса (в суточной дозе 15 мг) при неспецифической БС и радикулопатии.

Пациенты и методы исследования

В исследование включались пациенты с БС в возрасте от 18 до 75 лет, которые не имели тяжелых или нестабильных соматических заболеваний, неврологических или психических заболеваний, известного злокачественного новообразования, острой травмы позвоночника и инфекционных заболеваний. Все пациенты, соответствующие критериям включения в наблюдение и обратившиеся за консультацией в поликлиники ЗАО «Медицинские услуги» к неврологу с жалобой на БС, были обследованы: консультация невролога, рентгенография или компьютерная томография (КТ), или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника, клинический и биохимический анализ крови и другие исследования для выяснения причины заболевания.

150 пациентов, у которых в качестве причины БС установлены неспецифическая БС и радикулопатия, наблюдались с целью изучения эффективности лекарственных средств (без применения физиотерапии, мануальной терапии, рефлексотерапии) с использованием в качестве НПВП Мовалиса (в суточной дозе 15 мг). У пациентов, которые страдали БС, выяснялось о ранее проводимом лечении, включая прием НПВП, его эффективности и побочных эффектах, если они имелись.

Во время исследования пациенты получали Мовалис (в виде внутримышечных инъекций и/или приема внутрь в дозе 15 мг) и по показаниям миорелаксанты, противоэпилептические и другие лекарственные средства.

В период с февраля по ноябрь 2010 г. в поликлинику обратились 156 пациентов с БС. В результате проведенного исследования, включавшего сбор анамнеза и жалоб, неврологическое и соматическое обследования, проведение рентгенографии или КТ, или МРТ позвоночника, клинического и/или биохимического анализа крови, у 6 больных установлена специфическая причина БС, у остальных 150 пациентов – неспецифическая БС или радикулопатия.

В качестве НПВП все пациенты принимали мелоксикам (Мовалис): 58 больных принимали Мовалис по 15 мг/сут в 1 или 2 приема внутрь, остальные 92 пациента получали иньекции Мовалиса внутримышечно по 15 мг/сут в течение от 3 до 5 дней, затем Мовалис по 15 мг/сут в 1 или 2 приема внутрь. Большинство (99) больных получали миорелаксанты (преимущественно толперизон по 300-450 мг/сут в 2 или 3 приема); 54 пациента (с дискогенной радикулопатией и часть пациентов с неспецифической БС) принимали противоэпилептические средства (преимущественно прегабалин по 150 мг/сут или габапентин по 300-900 мг/сут); 68 пациентов (с дискогенной радикулопатией и часть пациентов с неспецифической БС) принимали витамины группы В в виде инъекций или таблеток внутрь. Для профилактики возможных осложнений 14 пациентов, имеющих желудочно-кишечные заболевания, использовали омепразол по 20 мг/сут – гастропротектор (ингибитор протонной помпы – ИПП); 19 больных с выраженной тревожностью принимали транквилизаторы, 2 пациента с депрессивным синдромом – антидепрессанты.

Все пациенты были проконсультированы специалистом по лечебной гимнастике и получили рекомендации по двигательной активности, лечебным упражнениям, необходимости избегания подъема тяжестей, длительного пребывания в неудобном положении. В наблюдаемой группе пациентов не планировалось использовать физиотерапию, массаж, мануальную терапию, рефлексотерапию и другие методы лечения в случае положительного результата от лекарственной терапии с использованием в качестве НПВП Мовалиса и лечебной гимнастики.

Результаты

Специфические причины БС были обнаружены у 6 из 156 пациентов – в 3,8% случаев. В качестве специфических причин БС обнаружены у 2 больных болезнь Бехтерева, у 1 – миеломная болезнь, у 1 – травматическое поражение позвоночника, у 1 пациентки – опухолевое поражение позвоночника и у 1 – ревматоидный полиартрит. Средний возраст в этой группе пациентов составил 58,5 года и был несколько выше, чем у остальных больных. Все пациенты со специфической БС были направлены к соответствующим специалистам. Остальные 150 больных, у которых были исключены специфические причины БС, имели клинические характеристики, которые представлены в таблице 1.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, преобладала поясничная локализация боли, у большинства пациентов отмечалась неспецифическая БС. Вне зависимости от длительности боли у большинства пациентов интенсивность боли была значительной (7-10 баллов по визуальной аналоговой шкале – ВАШ), что существенно нарушало их повседневную деятельность и приводило к временной нетрудоспособности у работающих пациентов. Средняя интенсивность боли по ВАШ составила в группе острой боли 8,3±1,4 балла, в группе подострой боли – 8,3±1,7, в группе хронической боли 7,4±1,6 балла.

Таблица 1. Клиническая характеристика 150 пациентов (92 женщины и 58 мужчин) с БС до начала лечения

Клиническая характеристика	Пациенты с острой БС (n=112)		Пациенты с подострой БС (n=20)		Пациенты с хронической БС (n=18)	
Средний возраст, лет	45,2±12,3		50,1±14,1		56,3±12,1	
Мужчины/женщины	44/68		8/12		6/12	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шейная локализация боли	34	30,4	3	15	9	50
Грудная локализация боли	10	8,9	1	5	–	–
Поясничная локализация боли	68	60,7	16	80	9	50
Неспецифическая БС	84	75	13	65	15	83,3
Радикулопатия	28	25	7	35	3	16,7
Ранее перенесенные БС	95	84,4	9	45	9	50
Интенсивность боли по ВАШ 9-10 баллов	47	41,9	9	45	4	22,2
Интенсивность боли по ВАШ 7-8 баллов	47	41,9	6	30	8	44,4
Интенсивность боли по ВАШ 4-6 баллов	18	16,1	5	25	6	33,3
АГ	26	23,2	5	25	8	44,4
ИБС или инсульт в анамнезе	7	6,3	4	20	2	11,1
СД	3	2,6	–	–	3	16,6
Хронические заболевания ЖКТ (язвенная болезнь в анамнезе)	11	9,8	2	10	1	10
Другие хронические заболевания	23	20,5	5	25	7	38,9
Всего	112	100	20	100	18	100

Примечание. ИБС – ишемическая болезнь сердца, СД – сахарный диабет.

Длительность боли до момента обращения в поликлинику к неврологу колебалась от 1 до 300 дней и составила в среднем 12,0±9,2 дня в группе с острой болью; 60,5±9,1 дня – в группе с подострой болью, 149,2±84,6 дня – в группе с хронической болью. Большинство пациентов самостоятельно (или по рекомендации других врачей) использовали мази, различные анальгетики, НПВП (табл. 2), но это лечение не имело существенного положительного эффекта.

Значительная часть пациентов имела сочетанные хронические заболевания.

Продолжение на стр. 38.

О.Н. Герасимова, поликлиника №6 ЗАО «Медицинские услуги», г. Москва; **В.А. Парфенов**, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Ведение пациентов с БС в амбулаторной практике

Продолжение. Начало на стр. 37.

Таблица 2. Лекарственные средства, принимаемые 150 пациентами до начала лечения с использованием Мовалиса

Лекарственные средства	Общее число пациентов	
	абс.	%
Мази	98	65,3
НПВП (за исключением Мовалиса)	44	29,3
Мовалис	3	2,0
Анальгетики (парацетамол и др.)	23	15,3
Миорелаксанты	26	17,3
Витамины	14	9,3

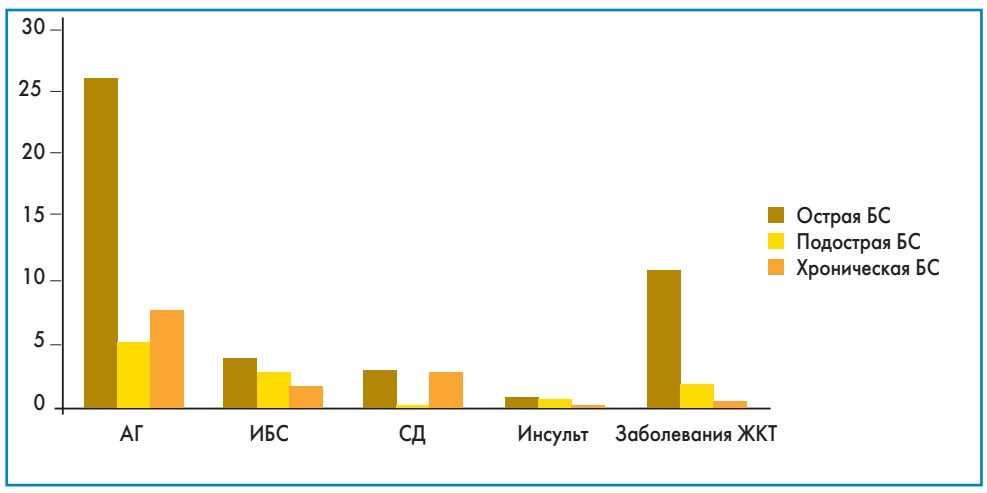

Рис. 1. Сочетанные заболевания у 112 пациентов с острой БС, 20 пациентов с подострой БС и 18 пациентов с хронической БС.

Среди пациентов в возрасте 50 лет и старше одно или несколько хронических заболеваний наблюдались более чем у 1/2. Наличие хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) существенно повышало риск возможных осложнений от приема анальгетиков и НПВП. Сочетанные заболевания в наблюдаемой группе пациентов представлены на рисунке 1.

Как видно из данных, представленных в таблице 3, боль полностью прошла у 24% пациентов, стала минимальной (1-2 балла по ВАШ) у 73,3% и умеренной у остальных 2,7%. На основании этого у большинства (97,3%) пациентов можно оценить результаты лечения как отличные и хорошие (основной критерий эффективности исследования) и только у 2,7% как удовлетворительные.

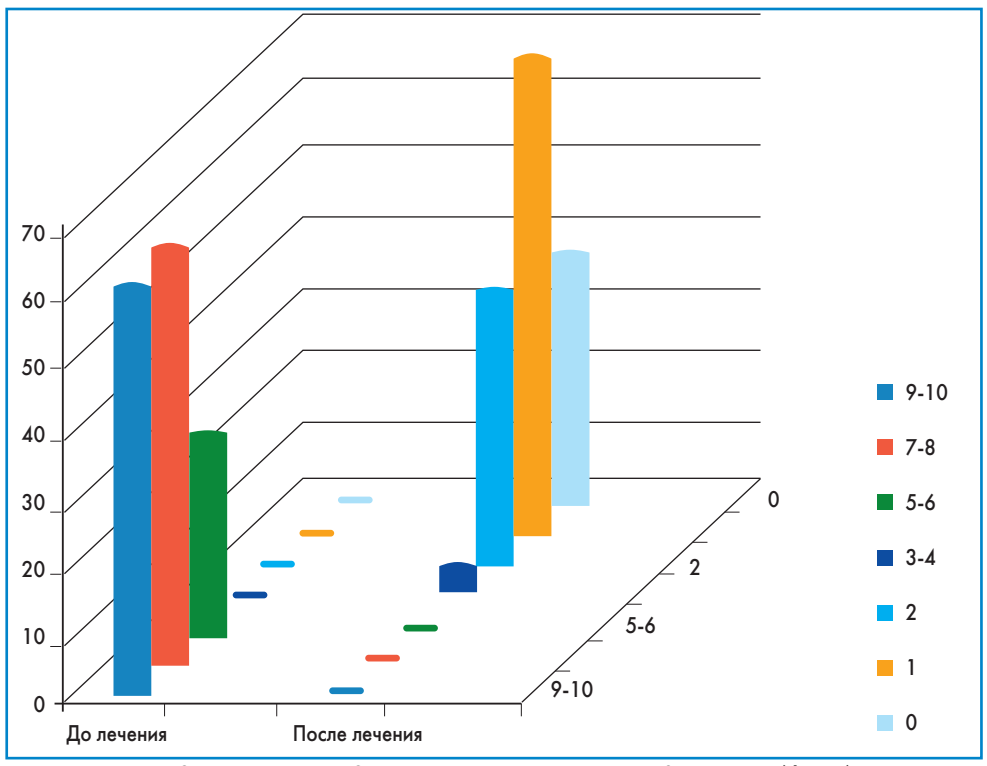

Рис. 2. Интенсивность БС по ВАШ до и после лечения у 150 пациентов (баллы)

Таблица 3. Выраженность боли по ВАШ в конце лечения у 150 пациентов

ВАШ	Отсутствие боли		1-2 балла		3-4 балла	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
112 пациентов с острой болью	31	27,7	79	70,5	2	1,8
20 пациентов с подострой болью	2	10	18	90	–	
18 пациентов с хронической болью	3	16,7	13	72,2	2	11,1
Все 150 пациентов	36	24	110	73,3	4	2,7

В результате проведенного лечения у всех пациентов БС уменьшилась или полностью прошла, повседневная активность вернулась к исходной до развития боли, за исключением 1 пациента со слабостью в стопе. Выраженность боли по ВАШ в конце лечения представлена в таблице 3. Выраженность боли в начале и конце лечения представлена на рисунке 2.

Длительность заболевания до обращения в поликлинику и длительность лечения с использованием Мовалиса в группах пациентов с БС представлены на рисунке 3.

Средняя длительность лечения в группе пациентов с острой БС колебалась от 2 до 42 дней, составив в среднем 12 дней; в группе больных с подострой БС – от 10 до 36 дней, составив в среднем 18 дней; в группе больных с хронической БС – от 7 до 35 дней, составив в среднем 18 дней.

Средняя длительность лечения была выше в группе пациентов, имевших радикулопатию, чем в группе пациентов с неспецифической БС, что отражено в таблице 4. Эти различия были достоверны в группах пациентов с острой и подострой болью и имели тенденцию к достоверности в группе пациентов с хронической БС, что было связано с относительно небольшим числом пациентов с хронической радикулопатией.

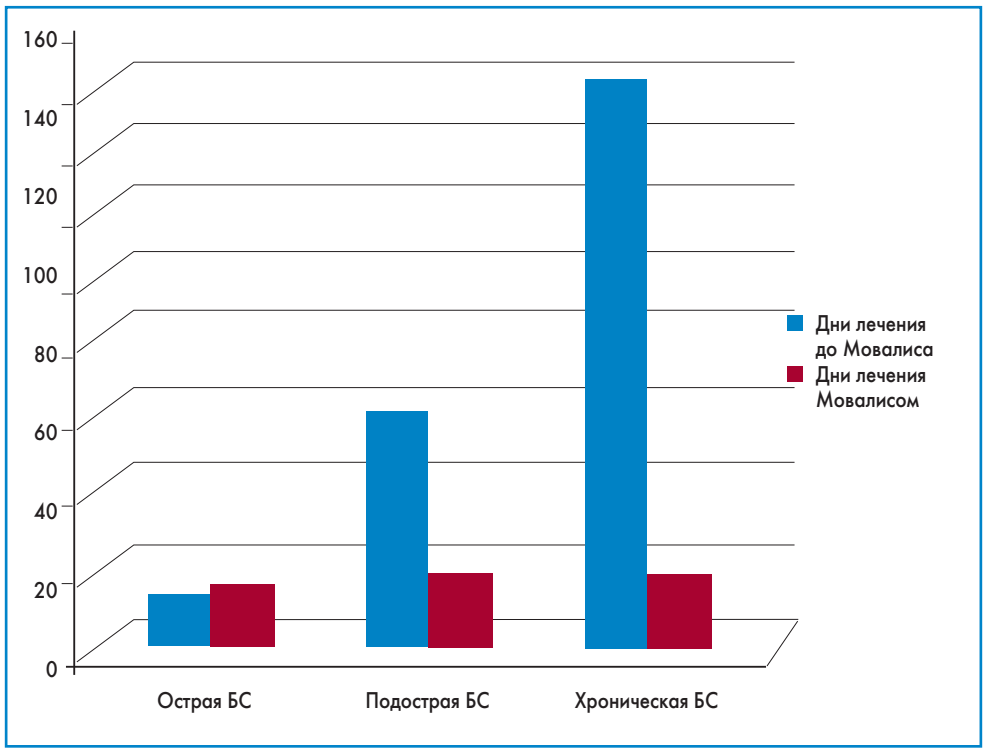

Рис. 3. Средняя длительность заболевания до обращения в поликлинику и длительность лечения с использованием Мовалиса

Таблица 4. Средняя длительность лечения с использованием Мовалиса в группе пациентов с неспецифической БС и радикулопатией

Группы пациентов	Неспецифическая БС	Радикулопатия
Острая БС	12,1±4,4 (n=84)	17,3±8,6* (n=28)
Подострая БС	16,3±4,0 (n=13)	21,5±7,8* (n=7)
Хроническая БС	16,7±7,2 (n=15)	25,7±10,7 (n=3)

*p≤0,05.

У большинства (148 из 150; 98,7%) пациентов не наблюдалось нежелательных явлений во время лечения. Только 2 (1,3%) пациента отметили неприятные ощущения в виде болей в животе и вздутия живота, которые прошли в течение 1 нед и не потребовали отмены лечения. У всех пациентов при повторных консультациях проводилось измерение артериального давления (АД), при этом ни в одном случае не было его повышения. Важно отметить, что все пациенты, принимавшие антигипертензивные средства до начала лечения с использованием Мовалиса, продолжили прием этих средств, что способствовало поддержанию нормального уровня АД.

Обсуждение

Результаты проведенного исследования показали относительно низкую частоту специфической БС при обращении на прием к неврологу. При обследовании 156 пациентов только в 3,8% (6 пациентов) случаев выявлена специфическая причина БС, что совпадает с данными других авторов об относительно редкой частоте специфических причин БС в амбулаторной практике.

Во всех случаях предположение о специфическом характере БС возникало на основе жалоб, сбора анамнеза и обследования пациента, в дальнейшем диагноз был подтвержден результатами инструментальных методов исследования (рентгенографии, КТ или МРТ позвоночника). Полученные данные еще раз подчеркивают важность тщательного сбора анамнеза и соматического обследования – выявления симптомов «опасности», или «красных флажков».

В ранее проведенном исследовании нами была отмечена высокая эффективность и безопасность использования в качестве НПВП Мовалиса в случаях острой неспецифической БС. Сходные данные приводят и многие другие авторы. В настоящем исследовании отмечены эффективность и безопасность лекарственной терапии с использованием в качестве НПВП Мовалиса при острой, подострой и хронической БС у пациентов, которые до обращения в поликлинику не могли добиться положительного результата, используя во многих случаях мази, ненаркотические анальгетики и даже НПВП. Положительный результат в лечении этих пациентов во многом был вызван использованием элементов когнитивно-поведенческой психотерапии, которая заключалась в разъяснении пациенту сути его заболевания (болезненное напряжение мышц во многих случаях), возможности благоприятного исхода заболевания при постепенном увеличении двигательной активности. В настоящее время когнитивно-поведенческая психотерапия расценивается как один из наиболее эффективных методов лечения хронической неспецифической БС. Положительный эффект лечения во многом был вызван тем, что большинство пациентов были консультированы специалистом по лечебной гимнастике и получили рекомендации по увеличению двигательной активности, необходимости регулярных занятий лечебной гимнастикой, пеших прогулок, избегании подъема значительных тяжестей и длительного пребывания в неудобном положении. При этом ни у одного из пациентов не возникло необходимости в использовании методов физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, что существенно снизило стоимость лечения.

Отмечена эффективность лекарственной терапии и в случаях наличия радикулопатии, однако длительность лечения при радикулопатии была существенно выше, чем при неспецифической

БС, что согласуется с данными литературы. В случаях радикулопатии нами использовались прегабалин или габапентин, которые эффективны при невропатической боли.

В современных рекомендациях по лечению неспецифической БС подчеркивается, что большое значение имеет информирование пациента о благоприятном исходе заболевания, возможности быстрого восстановления и возвращения к обычному образу жизни, продолжении профессиональной деятельности, что было использовано при проведении настоящего исследования. Беседа со многими пациентами показала, что у них часто имеются заблуждения, которые могут ухудшать течение заболевания, замедлять процесс восстановления. Многие больные считали, что наличие у них грыжи межпозвоночного диска указывает на плохой прогноз заболевания и с высокой долей вероятности потребует хирургического лечения; они не были информированы о том, что мышечное напряжение представляет одну из наиболее частых и благоприятных по своему прогнозу причин болей в спине. Значительная часть пациентов придерживалась постельного или полупостельного режима при развитии БС, считая движение опасным и способным вызвать ухудшение состояния и прогрессирование заболевания. В связи с этим большое значение имели разъяснения пациенту необходимости поддерживать двигательную активность и при возможности профессиональную деятельность, избегая при этом подъема тяжестей и пребывания в неудобном сидячем положении.

Ведущее значение для купирования боли при острой неспецифической БС имеет использование НПВП. Результаты проведенного исследования согласуются с мнением других авторов, что одним из наиболее безопасных НПВП при неспецифической боли является Мовалис (мелоксикам). Это связано с высокой эффективностью и низкой частотой побочных эффектов в сравнении с другими НПВП, в частности с диклофенаком. У части пациентов, включенных в настоящее исследование, лечение болевого синдрома начиналось с применения диклофенака, что сопровождалось побочными эффектами и не позволяло достигнуть положительного результата. У всех этих больных последующая лекарственная терапия с использованием в качестве НПВП Мовалиса привела к положительному результату без каких-либо побочных эффектов.

Значительную часть пациентов, включенных в исследование, составляли люди в возрасте 50 лет и старше, имеющие желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и другие заболевания, что повышало вероятность развития возможных нежелательных явлений при лечении НПВП. Однако ни у одного пациента не возникло каких-либо серьезных осложнений, только в 1,7% случаев появились боли в животе и ощущение вздутия живота, при этом лечение было продолжено и привело к регрессу болевого синдрома. В ранее проведенном нами исследовании Мовалиса у 70 пациентов с острой БС была отмечена несколько более высокая частота желудочно-кишечных осложнений (4,3% случаев). Более низкая частота осложнений в настоящем исследовании могла быть вызвана тем, что мы более настоятельно, чем в первом исследовании, разъясняли пациентам с высоким риском желудочно-кишечных осложнений необходимость применения ИПП (омепразола), и подавляющее их большинство следовало нашей рекомендации. В большинстве случае длительность курсового лечения Мовалисом не превышала 2 или 3 нед, что делало низкой вероятность желудочно-кишечных осложнений даже у пациентов с высоким риском их развития при использовании Мовалиса в комбинации с ИПП в профилактических целях.

Безопасность применения Мовалиса (мелоксикама) отмечена по данным метаанализа 28 клинических исследований (24 196 больных), которые показали, что Мовалис имеет меньший риск развития желудочно-кишечных осложнений, чем традиционные НПВП (диклофенак, напроксен и пироксикам), и более низкое число тромбоэмболических осложнений по сравнению с диклофенаком. В большом сравнительном исследовании, включавшем более 9 тыс. больных, выявлено, что у пациентов, получавших мелоксикам, частота побочных эффектов со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, диарея, боли в животе и др.) была достоверно ниже по сравнению с пациентами, получавшими диклофенак.

Результаты проведенного исследования согласуются с имеющимися данными о том, что в случае правильной врачебной тактики острые, подострые и хронические неспецифические БС проходят в большинстве случаев в течение нескольких дней или недель. В случае радикулопатии требуется более длительное лечение. При радикулопатии (невропатической боли) эффективны противоэпилептические средства (габапентин, прегабалин), позволяющие достигнуть во многих случаях положительного результата, не прибегая к хирургическому лечению, которое требуется только в отдельных случаях радикулопатии, вызывающей компрессию конского хвоста, парезы стоп, нарушение функции тазовых органов, или при длительной неэффективности консервативного лечения болевого синдрома.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что специфические причины боли относительно редко (3,8% случаев) встречаются при обращении к неврологу в амбулаторной практике. Лекарственная терапия с использованием в качестве НПВП Мовалиса у 150 пациентов с острой, подострой, хронической неспецифической БС различной локализации или радикулопатией привела к полному регрессу боли или ее минимальной выраженности (1-2 балла по ВАШ) в 97,3% случаев в течение 2-4 нед лечения. Отмечены хорошая переносимость терапии Мовалисом и низкая частота побочных эффектов (1,7%), которые проявлялись легко выраженными желудочно-кишечными расстройствами и носили преходящий характер; в процессе лечения не наблюдалось повышения АД. Отмечена хорошая переносимость комбинации Мовалиса с противоэпилептическими средствами (прегабалином и габапентином), миорелаксантами и витаминами группы В, используемыми у части пациентов. Положительный эффект при ведении пациентов с БС (особенно подострой и хронической) во многом был вызван применением элементов когнитивно-поведенческой психотерапии и лечебной гимнастики.

«Справочник поликлинического врача», 2011, № 1.