



Боль в спине: причины и лечение

О.Е. Зиновьева, д.м.н., проф., Э.И. Сафиулина

Адрес для переписки: Эльвира Ирековна Сафиулина, safiulina_e_i@staff.sechenov.ru

Для цитирования: Зиновьева О.Е., Сафиулина Э.И. Боль в спине: причины и лечение. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (14): 32–34.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-14-32-34

Боль в спине остается актуальной проблемой и наиболее распространенной жалобой в клинической практике. В статье подробно рассмотрены классификация болевого синдрома, причины боли в спине, основные клинические неврологические признаки для проведения дифференциального диагноза. Проанализированы подходы к терапии в зависимости от типа дорсалгии. Как правило, для облегчения неспецифической боли используются нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, возможно проведение лечебных блокад, малоинвазивных хирургических вмешательств. Сделан акцент на необходимости психотропной терапии при хроническом течении болевого синдрома, фибромиалгии. При наличии специфической причины боли необходима консультация профильного специалиста для лечения основного заболевания, ставшего причиной дорсалгии.

Ключевые слова: боль в спине, дорсалгия, хронический болевой синдром, специфическая и неспецифическая боль, компрессионная радикулопатия, фибромиалгия, подходы к терапии, нестероидные противовоспалительные препараты

Боль в спине (дорсалгия) – одна из наиболее распространенных жалоб, с которыми пациенты обращаются к врачу. Болевой синдром в различных отделах позвоночника занимает лидирующее место в структуре обращаемости за медицинской помощью в мире, в связи с чем имеет не только медицинское значение, но и социально-экономическое, поскольку часто приводит к временной нетрудоспособности и инвалидности.

Острая боль в спине разной локализации встречается в течение жизни у 80–100% населения, примерно в 20% случаев отмечается рецидивирующее течение [1]. Отечественные эпидемиологические исследования показали, что 25% обращений за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста связаны с болью в пояснице [2]. Распространенность болевого синдрома увеличивается с возрастом.

В систематическом обзоре, объединившем 165 исследований (54 страны), было установлено, что распространенность боли в пояснице у детей в возрасте 7–10 лет составляет 1–6%, в то время как у взрослых в возрасте 40–69 лет – 28–42% [3]. Частота возникновения боли в пояснице в странах с высоким уровнем дохода ниже, чем в странах с низким и средним уровнем, что объясняется рядом факторов: более активным образом жизни, меньшей склонностью к избыточному весу, социально-экономическими аспектами [3].

Существует несколько подходов к классификации болевого синдрома в спине. По локализации боли выделяют:

- ✓ цервикалгию (боль в шейном отделе позвоночника);
- ✓ цервикобрахиалгию (боль в шее с иррадиацией в руку);
- ✓ торакалгию (боль в грудном отделе);
- ✓ люмбалгию (боль в поясничном отделе позвоночника);
- ✓ люмбашиалгию (боль в пояснице с иррадиацией в ногу);
- ✓ сакралгию (боль в области крестца);
- ✓ кокцигодинию (боль в копчике).

В зависимости от течения заболевания боль подразделяют на острую длительностью менее шести недель, подострую – от шести до 12 недель и хроническую – свыше 12 недель [1, 2]. В настоящее время также различают локализованную боль, связанную с определенным анатомическим источником, и распространенную, например фибромиалгию [4, 5].

Выбор тактики лечения при дорсалгии определяется локализацией поражения и этиологией болевого синдрома. Как уже отмечалось, боль в спине лишь симптом, за которым могут скрываться различные патологии опорно-двигательного аппарата, периферической и центральной нервной системы. В связи с этим выделяют неспецифическую и специфическую боль, а также компрессионную радикулопатию и фибромиалгию [4].

Неспецифическая, или скелетно-мышечная боль, встречающаяся в 80–90% случаев, локализуется преимущественно в шейном и поясничном отделах позвоночника [4]. В литературе понятие неспецифической боли укоренилось, поскольку отсутствуют определенные патоморфологические изменения и не всегда можно легко определить конкретный анатомический субстрат болевого синдрома. Обычно неспецифическая боль обусловлена дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике, дисфункцией фасеточных, реберно-позвоночных, крестцово-подвздошных суставов, мышечно-тоническим синдромом, растяжением связочного аппарата [2–6].

К факторам, провоцирующим скелетно-мышечную боль, относят малоподвижный образ жизни, отсутствие регулярной физической активности, профессиональные вредности, связанные с физическими перегрузками, увеличение массы тела [4, 6]. Немаловажное значение имеют психосоциальные факторы. При клиническом осмотре пациентов с неспецифической болью в спине отсутствует очаговая неврологическая симптоматика в виде уменьшения мышечной



силы, расстройств поверхностной и глубокой чувствительности, снижения или выпадения сухожильных рефлексов и наличия патологических рефлексов. Большое значение имеет оценка нейроортопедического статуса [4, 6].

Специфическая боль в спине встречается реже, чем неспецифическая, – около 1–2% [4]. Дорсалгия может быть обусловлена травмами и врожденными аномалиями позвоночника и спинного мозга, ревматологическими, соматическими, инфекционными заболеваниями, злокачественными новообразованиями (первичными и метастатическими опухолями позвоночника), дисметаболическими нарушениями, сирингомиелией и т.д. Такая патология является мультидисциплинарной проблемой. В диагностике и определении тактики лечения должны принимать участие врачи разных специальностей.

Существует «красные флаги», которые помогают заподозрить специфический характер боли в спине [4, 7].

Сегодня отдельно рассматривается боль в спине, связанная с компрессионной радикулопатией. Часто в практике врача (до 90% случаев) встречается поражение нижних поясничных корешков (L5–S1), реже нижних шейных (C7, C6), в редких случаях грудных [4]. Основной причиной развития радикулопатии считается диско-радикулярный конфликт (сдавление спинномозговых корешков грыжей межпозвоночного диска на соответствующем уровне). Радикулопатия может быть следствием компрессии корешков на фоне поясничного стеноза. Болевой синдром имеет типичный паттерн: стреляющая боль в верхних или нижних конечностях, распространяющаяся дистально, нарушение чувствительности в соответствующем дерматоме, двигательные нарушения, снижение или выпадение рефлексов из-за поражения спинномозгового корешка [4].

Фибромиалгия, еще одна из нечастых причин дорсалгии (около 2–8%), характеризуется распространенной хронической болью в области позвоночника, суставов, сухожилий, мышц. Фибромиалией страдают в основном женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Диагноз основан на данных клинического неврологического осмотра при исключении других объективных причин болевого синдрома. При постановке диагноза фибромиалгии используются три основных критерия:

- 1) болевой синдром в шести или более болевых точках из девяти;
- 2) нарушения сна, повышенная утомляемость;
- 3) продолжительность указанных жалоб свыше трех месяцев [4].

Подходы к лечению болевого синдрома зависят от ряда факторов, которые необходимо учитывать для достижения максимального клинического эффекта. Так, для лечения неспецифической боли в спине в остром периоде заболевания используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), признанные золотым стандартом терапии. В 65 рандомизированных контролируемых исследованиях НПВП продемонстрировали преимущество перед плацебо в эффективности лечения боли в нижней части спины [8]. К наиболее безопасным НПВП, прежде всего в отношении поражения желудочно-кишечного тракта, относятся селективные ингибиторы циклооксигеназы-2, в частности нимесулид (Нимесил). Препарат выпускается в гранулах для приготовления суспензии для приема внутрь, содержащих 100 мг активного вещества. Суточная доза состав-

ляет 200 мг, принимать препарат следует по 100 мг два раза в день после еды.

В проспективном рандомизированном двойном слепом сравнительном исследовании с участием 104 пациентов с острой болью в пояснично-крестцовой области при ежедневном приеме препарата в дозе 200 мг/сут начиная с третьего дня приема отмечалась положительная динамика в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома, увеличения двигательной активности [9, 10]. Нимесулид также показал эффективность в лечении болевого синдрома при ревматологических заболеваниях (деформирующий остеоартроз, артриты), ортопедических нарушениях [9]. Однако не стоит забывать, что при длительном приеме НПВП, в том числе нимесулида, могут развиваться нежелательные явления со стороны печени (лекарственно-индуцированный гепатит), желудочно-кишечного тракта (НПВП-ассоциированная гастропатия), что потребует назначения гепатопротекторов, гастропротекторов [2, 11]. Наряду с НПВП в остром периоде активно назначают миорелаксанты, оказывающие миорелаксирующий, обезболивающий и седативный эффекты [8, 12]. Помимо консервативной терапии практикуются введение лекарственных средств с анестетиками и глюкокортикостероидами в область проекции фасеточных, крестцово-подвздошных суставов, высокочастотная денервация (радиочастотная

NB

«Красные флаги» при подозрении на специфическую боль в спине

- ✓ Возраст дебюта до 20 или после 60 лет
- ✓ Серьезная травма позвоночника в анамнезе
- ✓ Развитие боли у пациентов с анамнестическими указаниями на онкологическое заболевание (особенно при доказанном метастазировании), вирус иммунодефицита человека и другие хронические инфекционные процессы (например, остеомиелит, туберкулез, бруцеллез, сифилис, болезнь Лайма), ревматологические заболевания
- ✓ Немотивированное снижение веса
- ✓ Лихорадка
- ✓ Постоянная, усиливающаяся, четко не связанная с движениями боль, необычная локализация боли – в области промежности, прямой кишки, живота, влагалища; усиление боли в горизонтальном положении и ослабление в вертикальном; связь боли с приемом пищи, дефекацией, мочеиспусканием, половым актом
- ✓ Повышение скорости оседания эритроцитов
- ✓ Распространенный неврологический дефицит, выходящий за рамки поражения корешка
- ✓ Тазовые нарушения и онемение в аногенитальной области
- ✓ Подозрение на спондилоартропатию
- ✓ Злоупотребление наркотиками или алкоголем
- ✓ Лечение глюкокортикостероидами или цитостатиками
- ✓ Снижение высоты тела позвонка или костная деструкция по данным рентгенографии
- ✓ Отсутствие улучшения после месяца терапии



абляция) при установлении анатомического источника боли, хотя данные методы имеют низкий уровень доказательности [6, 8]. Наличие диско-радикулярного конфликта и клиническая картина радикулопатии с двигательными и тазовыми нарушениями являются показаниями к хирургическому вмешательству (удаление грыжи межпозвонкового диска). В отсутствие симптомов компрессии вещества спинного мозга, корешков конского хвоста консервативная терапия радикулопатии, сопровождающейся болевым синдромом, может быть продолжена. При выявлении специфической причины боли помимо назначения симптоматической обезболивающей терапии пациента необходимо направить к профильному специалисту. Лечение хронического болевого синдрома, в том числе фибромиалгии, требует мультидисциплинарного подхода, который включает разъяснительные беседы с пациентом

о причине и характере заболевания, необходимости адекватной физической и профессиональной активности, использование психологических методов коррекции [13]. Для купирования хронического болевого синдрома с тенденцией к распространению активно применяется психотропная терапия, предусматривающая назначение антидепрессантов и антиконвульсантов [6, 8, 14, 15]. Таким образом, боль в спине может быть клиническим проявлением различных заболеваний, требующих дифференцированного подхода к лечению. Внимательное изучение анамнеза заболевания, подробный клинический неврологический и нейроортопедический осмотр позволяют своевременно установить правильный диагноз, назначить эффективное лечение, направленное на купирование болевого синдрома, предотвращение его хронизации, улучшение качества жизни пациента. *

Литература

1. Шмырёв В.И., Фирсов А.А. Боль в спине. Архив внутренней медицины. 2014; 5: 4–9.
2. Зиновьева О.Е., Баринов А.Н. Патогенетическое лечение неспецифической боли в спине. Медицинский совет. 2018; 9: 25–28.
3. Knezevic N.N., Candido K.D., Vlaeyen J.W., et al. Low back pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. Lancet-Seminar Series, 2021.
4. Исайкин А.И., Акарачкова Е.С., Исайкина О.Ю. Боль в спине. Клинические рекомендации. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2021.
5. Парфенов В.А., Исайкин А.И. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2018.
6. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С. и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019; 11 (S1): 7–16.
7. Баринов А.Н., Пархоменко Е.В., Махинов К.А. Причины отрицательных исходов лечения боли в спине и способы их преодоления. Эффективная фармакотерапия. Неврология. 2014; 49 (5): 40–50.
8. Сергеев А.В. Боль в нижней части спины: терапия с позиции доказательной медицины и новые возможности. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013; 3: 78–85.
9. Kress H.G., Baltov A., Basiński A., et al. Acute pain: a multifaceted challenge – the role of nimesulide. Curr. Med. Res. Opin. 2016; 32 (1): 23–36.
10. Pohjolainen T., Jekunen A., Autio L., et al. Treatment of acute low back pain with the COX-2 – selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial: versus: ibuprofen. Spine (Phila Pa 1976). 2000; 25 (12): 1579–1585.
11. Kwon J., Kim S., Yoo H., et al. Nimesulide-induced hepatotoxicity: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019; 14 (1): e0209264.
12. Чибан Л., Жусупова А.С., Лихачев, С.А. и др. Систематический обзор по применению миорелаксантов при боли в нижней части спины. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 118 (12): 100–113.
13. Пилипович А.А. Фибромиалгия: принципы диагностики и терапии. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 5: 30–34.
14. Данилов А.Б. Алгоритм диагностики и лечения боли в нижней части спины с точки зрения доказательной медицины. Атмосфера. Нервные болезни. 2010; 4: 11–18.
15. Левин О.С., Чумагомедова А.Ш., Шугурова И.М. и др. Современные подходы к диагностике и лечению хронической боли в спине. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2020; 3–4: 21–29.

Back Pain: Causes and Treatment

O.Ye. Zinovyeva, PhD, Prof., E.I. Safiulina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Elvira I. Safiulina, safiulina_e_i@staff.sechenov.ru

Back pain remains an urgent problem and the most common complaint in clinical practice. The article describes in detail the classification of pain syndrome, causes of back pain, main clinical neurological signs for differential diagnosis. The approaches to therapy depending on the type of dorsalgia are analyzed. As a rule, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants are used to relieve nonspecific pain, therapeutic blockades, minimally invasive surgical interventions are possible. Emphasis is placed on the need for psychotropic therapy in the chronic course of pain syndrome, fibromyalgia. If there is a specific cause of pain, it is necessary to consult a specialized specialist for the treatment of the underlying disease that caused dorsalgia.

Key words: back pain, dorsalgia, chronic pain syndrome, specific and nonspecific pain, compression radiculopathy, fibromyalgia, approaches to therapy, nonsteroidal anti-inflammatory drugs

нимесулид **Нимесил**®



🌀 Гранулированная форма – более быстрый результат^{1, **}



🌀 Выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие^{2,3}



🌀 Ингибирует энзимы, разрушающие хрящевую ткань^{4,5}

🌀 Риск развития осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ в сравнении с другими НПВП ниже среднего⁶

Реклама

1. Alessandrini A, Ballarin E, Bastianon A, Migliavacca C. Clin Ther. 1986; 118 (3): 177-182
2. K. D. Rainsford, Inflammofarmacology 14 (2006) 120-137
3. Bianchi M., Brogгинi M. Drugs 2003, 63 Suppl. 1: 37-46
4. Barlacchini A et al., J. Pharm. Pharmacol., 50, 1417-1423, 1998 (in vitro)

5. Pelletier JP et al., Drugs. 1993; 46 Suppl 1:34-9 (in vitro)
6. Castelleague J. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2012 DOI: 10.1002/pds.3385
* гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь
** по сравнению с таблетированной формой

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Нимесил®. Показания к применению: лечение острой боли (в т.ч. боли в спине, пояснице; болевой синдром в костно-мышечной системе, включая ушибы, растяжения связок и вывихи суставов; тендовагит, бурситы; зубная боль); симптоматическое лечение остеоартроза (остеоартрита) с болевым синдромом; первичная альгодисменорея. Препарат предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент использования. Нимесулид следует применять в качестве препарата второй линии. Решение о назначении нимесулида должно приниматься на основании оценки рисков для каждого пациента.
Противопоказания: гиперчувствительность к нимесулиду или другим компонентам препарата; гипертермические реакции в анамнезе (бронхоспазм, ринит, крапивница), связанные с применением ацетилсалициловой кислоты (АСК) или других НПВП; гепатотоксическое поражение на нимесулиде в анамнезе; одновременное применение с другими лекарственными препаратами в фазе обострения; артериальная гипертоническая болезнь; период после проведения аортокоронарного шунтирования; дисордия и/или наличие гриппоподобных симптомов; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в фазе обострения; эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта в фазе обострения; эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта в анамнезе; перфорация или желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе; в том числе связанные с предшествующей терапией НПВП; цереброваскулярные кровотечения или другие активные кровотечения или заболевания, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью; тяжелые нарушения свертывания крови; тяжелая сердечная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин); печеночная недостаточность; детский возраст до 12 лет; беременность и период грудного вскармливания; алкоголизм; наркотическая зависимость; наследственная непереносимость фруктозы; дефицит сахаразы-изомилазы и синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы. **С осторожностью:** артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, подострая/хроническая почечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, заболевания периферических артерий, курение; почечная недостаточность (клиренс креатинина 30-60 мл/мин); заболевания желудочно-кишечного тракта в анамнезе, включая язвенный колит, болезнь Крона; почечный возраст; длительное предшествующее применение НПВП; одновременное применение со следующими препаратами: антикоагулянты (например, варфарин), антиагреганты (например, АСК), пероральные глюкокортикостероиды, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. **Побочное действие:** наиболее часто встречающиеся побочные эффекты – диарея, тошнота, рвота; повышение уровня печеночных ферментов. Информация для специалистов RU_NIM-02-2022-v1 | флесс. Одобрено 06.2022. Срок действия до 06.2024.

ООО «Берлин-Хемия/Менарини», 123112, г. Москва, Пресненская набережная, дом 10, ЕЦ «Башня на Набережной», блок В
Тел. +7 (495) 785-01-00, факс +7 (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**