

Боль в спине: диалог ревматолога и невролога

Боль в спине – один из наиболее часто встречающихся болевых синдромов. Какова роль невролога и ревматолога в ведении пациентов с болью в спине, а главное – какими должны быть подходы к лечению, обсудили эксперты.



Заведующая отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза
НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой
РАМН, доктор медицинских наук
Людмила Ивановна Алексеева

Профессор кафедры нервных болезней
Института профессионального образования
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
доктор медицинских наук
Ольга Владимировна Воробьева



Л.И.Алексеева: Боль в спине представляет собой чрезвычайно распространенный симптом. По данным многочисленных исследований, боли в нижней части спины занимают одно из ведущих мест по дням нетрудоспособности, особенно среди работающего населения. Интересны данные по Европе: были опрошены около 50 тыс. респондентов. Оказалось, что около 20% населения испытывают боль в течение года и по интенсивности эта боль сильная.

В общей структуре боли наиболее часто встречаются боли в спине и суставах. Причины болей в спине разнообразны. Так, боли могут наблюдаться, например, при патологии межпозвонковых дисков, спондилезе, патологии суставов позвоночника. В нашей стране все эти заболевания называют остеохондрозом, хотя во всем мире такой нозологии нет. По-видимому, назрела необходимость более четкого определения этих состояний и изменения существующей классификации. Боли в спине могут появляться при мышечной дисфункции, связанной с чрезмерными физическими нагрузками или избыточной массой тела.

О.В.Воробьева: В то же время боль в спине может быть обусловлена повреждением нервных волокон корешка – невропатическая боль. Однако существует большая группа пациентов, испытывающих персистирующую боль в спине, но у которых невозможно достоверно установить специфическое нарушение структур позвоночного столба. В настоящее время в отношении таких болевых феноменов принято использовать термин «неспецифические боли в спине». Первичным источником такой боли могут служить разные структуры позвоночного столба и окружающих его тканей. Определить конкретный источник первичной боли в рутинной клинической практике весьма проблематично.

Л.И.Алексеева: Чрезвычайно важно определить, кто должен вести пациентов с болью в спине. Безусловно, при боли в спине сначала обращаются к неврологу. Мы проводили опросы среди врачей, оказалось, что доля пациентов, например, с остеоартрозом на приеме у разных специалистов (невролог, хирург, ортопед, терапевт и ревматолог) составляет от 20 до 40%. То же самое наблюдается и с болью в спине, поэтому знать механизмы боли, методы ее лечения должны врачи любых специальностей. А вот при возникновении нейропатической боли пациент обязательно должен быть направлен к неврологу.

При обращении любого пациента с болью в спине необходимо, прежде всего, исключить серьезную патологию, так называемые «красные флаги», при которой требуется обследование и кардинальное лечение. Если мы не находим причины такой боли, то говорим о наличии неспецифической боли в спине. Существует множество характеристик боли: она имеет свою окраску, подразделяется в зависимости от продолжительности на острую, подострую, хроническую. Конечно, задача ревматологов при наличии боли в спине – не пропустить воспалительную боль, которая возникает при определенных ревматологических нозологиях – спондилоартритах, может быть при других воспалительных артритах.

О.В.Воробьева: Важен вопрос, как лечить боль в спине. Большинство таких пациентов получают консервативную терапию. Основные терапевтические направления в острый период включают избегание постельного режима и значительных физических нагрузок (в том числе профессиональных), поддержание посильной обычной активности. Обычная посильная (толерантная) нагрузка более эффективна, чем постельный режим, физиотерапия, физические упражнения. Однако для поддержания двигательной активности необходимо быстрое и качественное обезболивание пациента. Быстрая активизация способствует регрессу симптоматики и уменьшает риск хронизации боли. Следовательно, уже в первые часы лечения надо использовать мощные быстродействующие анальгетики. Необходимо информировать пациента о том, что возвращение к нормальной активности должно начаться так скоро, как только это возможно. Ориентиром в наращивании ежедневной двигательной активности служит интенсивность болевого синдрома. Расширение двигательных возможностей пациента не должно усугублять болевой синдром.

Л.И.Алексеева: Действительно, тенденции в лечении изменились, сейчас пациента не укладывают надолго в постель, а наоборот ратуют за более активный образ жизни. Если у пациента ноцицептивная боль, миофасциальный синдром и другие некорешковые синдромы, назначают анальгетики, НПВП, хондропротекторы (например, Артра® и другие препараты). Если в процесс вовлечен мышечный аппарат (мышечно-тонический синдром), назначают миорелаксанты.

О.В.Воробьева: Для воздействия на невропатический компонент боли могут быть использованы некоторые препараты из группы антиконвульсантов (карбамазепин, габапентин, прегабалин, ламотриджин). Из антиконвульсантов в лечении невропатической боли наиболее эффективным оказался прегабалин. Полезно дополнительное назначение витаминов группы В, исходя из их нейропротективного и анальгетического эффектов. При сохранении боли свыше 4–6 нед полезно в анальгетической терапии добавлять антидепрессанты. Патогенетически наиболее оправдано использовать для лечения болевых симптомов антидепрессанты, воздействующие на обе нейромедиаторные системы (серотонинергическую и норадренергическую).

Успешное долгосрочное ведение пациентов с болью требует таких анальгетических режимов, которые могут лечить боль разного происхождения и типа. Спектр переносимости также имеет ключевое значение, когда планируется хроническая терапия. Использование мультимодальных (сбалансированных) путей обезболивания – важнейшая составляющая успешности лечения хронической боли. Комбинированная терапия наиболее показана при болевых синдромах сложного генеза, возникающих под воздействием нескольких причин.

К сожалению, пока не существует препаратов, способных радикально воздействовать на причины дегенеративных процессов суставного аппарата позвоночника. В то же время в артрологии хорошо себя зарекомендовали препараты, структурно модифицирующие хрящ. Также наблюдается тенденция использования симптоматических препаратов замедленного действия для лечения боли в спине.

Л.И.Алексеева: Такие препараты замедленного действия, как хондропротекторы, имеют преимущество при длительном приеме. Так, например, при назначении НПВП эффект достигается очень быстро, через час, но, если прием препарата прекратить, боль возвращается. Хондропротекторы действуют медленно. Их нужно принимать от 8 до 12 нед, прежде чем будет достигнут нужный эффект. И это нужно знать не только врачу, но и объяснять пациенту, поскольку нередки случаи, когда пациент принимает хондропротекторы в течение недели, но не ощущает эффекта и бросает лечение. Однако у хондропротекторов есть и другое замечательное качество – они обладают выраженным последствием. К примеру, назначаем препарат на 6 мес, наблюдается хороший эффект, можно сделать перерыв 2, 3, иногда 4 мес, потому что после прекращения приема препарата эффект еще продолжается. И другое преимущество этих препаратов заключается в возможности снижения дозы или полной отмены НПВП на фоне приема хондропротекторов, а это приводит к уменьшению побочных эффектов, часто возникающих при приеме НПВП.

О.В.Воробьева: К симптоматическим препаратам замедленного действия относятся лекарства, принадлежащие к разным по химической структуре субстанциям, например глюкозамин, хондроитин сульфат, неомыляемые вещества сои и авокадо, диациреин, препараты гиалуроновой кислоты. Наиболее высокой доказательной базой эффективности обладают хондроитин сульфат и глюкозамин. За период с 1984 по 2000 г. проведено более 20 контролируемых исследований симптоммодифицирующего действия этих субстанций. Показано, что лечение хондроитин сульфатом и глюкозамином вызывает уменьшение болевого син-

дрома и улучшение функции суставов, а безопасность препаратов не отличается от плацебо.

Л.И.Алексеева: Интересна комбинация хондроитин сульфата и глюкозамина гидрохлорида (Арта®). Оба препарата используются давно. Много данных о механизмах действия. Если раньше говорили, что хондроитин сульфат уменьшает катаболические процессы во всех тканях сустава, увеличивает анаболические процессы, сейчас уже доказано, что хондроитин влияет на сами хондроциты, уменьшая их апоптоз. Кроме того, хондроитин уменьшает все реакции, которые вызывает интерлейкин-1 – ключевой цитокин при артрозе. Также есть последние данные, что он ингибирует транскрипцию ядерного фактора NFκB, активация которого запускает продукцию всех протеолитических ферментов, действующих и на матрикс хряща, и на субхондральную кость. Возможно, этот механизм действия хондроитина позволит применять его и при других аутоиммунных болезнях, связанных с активацией ядерного фактора NFκB, такими как болезнь Альцгеймера, псориаз и др. Недавно в Испании показали, что при применении хондроитин сульфата у больных с остеоартрозом и кожным псориазом, уменьшались не только симптоматика остеоартроза, но и проявления псориаза, особенно плантарного. Глюкозамин тоже обладает влиянием на ядерный фактор. Кроме того, в Канаде получены доказательства влияния хондроитин сульфата на субхондральную кость, это очень важно, поскольку теперь известно, что в патологический процесс вовлекается и субхондральная кость. Хондроитин сульфат (доказано на osteoblasts в субхондральной кости) уменьшает костную резорбцию, возникающую на ранних этапах развития заболевания. Такие механизмы действия позволяют рассчитывать на успех хондропротекторов.

О.В.Воробьева: Не стоит забывать и про приверженность лечению. К сожалению, в настоящее время нет данных по этому вопросу, а это крайне необходимо, поскольку уже прекрасно известно, что приверженность лечению дает успех. Даже у больных сахарным диабетом или артериальной гипертензией, которым необходимо принимать препараты пожизненно, приверженность лечению снижается.

Л.И.Алексеева: Да, именно так, но, что касается хондропротекторов, то эффект последствия дает нам возможность назначать их интермиттирующими курсами, что может улучшить комплаентность терапии. Проведенное нами исследование доказало такую возможность, поэтому лечение так называемыми хондропротекторами, включая препарат Арта®, можно назначать курсами и перерыв делать после развития стойкого эффекта. Таким образом, такое интермиттирующее назначение препаратов выгодно с точки зрения фармакоэкономики и повышения комплаентности лечения.

А вот каких-либо специальных исследований по приверженности терапии не было. Сейчас на Западе закончено исследование по эффективности комбинации хондроитин сульфата и глюкозамина гидрохлорида в сравнении с монотерапией при остеоартрозе коленных суставов, которое длилось 2 года. Показано четкое влияние комбинации препаратов на прогрессирование заболевания, что еще раз подтверждает целесообразность назначения хондропротекторов не только при остеоартрозе, но и при определенных формах болей в спине.

