

1290

Манвелов Л.С., Тюрников В.М.

Поясничные боли относятся к наиболее частым жалобам, с которыми **больные** обращаются как к участковому (цеховому, семейному) врачу, так и к неврологу. По данным экспертов ВОЗ, почти 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали **боли** в спине. Около 40% **больных** обращаются за медицинской помощью. Наиболее частыми причинами **поясничных болей** являются заболевания позвоночника, прежде всего дегенеративно-дистрофические (остеохондроз, деформирующий спондилез), и перенапряжение мышц спины. Кроме того, различные заболевания органов брюшной полости и малого таза, в том числе опухоли, могут вызывать те же симптомы, что и грыжа межпозвоночного диска, сдавливающая спинномозговой корешок. Не случайно такие больные обращаются не только к неврологам, но и к гинекологам, ортопедам, урологам, а прежде всего, конечно, к участковым или семейным врачам.

Этиология и патогенез

поясничных болей

По современным представлениям, чаще всего причинами возникновения **поясничных болей** являются:

- патологические изменения в позвоночнике, прежде всего дегенеративно-дистрофические;
- патологические изменения в мышцах, чаще всего миофасциальный синдром;
- патологические изменения в органах брюшной полости;
- заболевания нервной системы.

Факторами риска возникновения **поясничных болей** являются:

- тяжелые физические нагрузки;
- неудобная рабочая поза;
- травма;
- охлаждение, сквозняки;
- злоупотребление алкоголем;
- депрессия и стрессы;
- профессиональные заболевания, связанные с воздействием высоких температур (в частности, в горячих цехах), лучевой энергии, с резкими колебаниями температур, вибрацией.

Среди вертебральных причин **поясничных болей** выделяют:

- ишемию корешка (дискогенный корешковый синдром, дискогенная радикулопатия), возникающую вследствие сдавления корешка грыжей диска;
- рефлекторные мышечные синдромы, причиной которых могут быть дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике.

Определенную роль в возникновении болей в спине могут играть различные функциональные расстройства поясничного отдела позвоночника, когда из-за неправильной позы возникают блоки межпозвоночных суставов и нарушается их подвижность. В суставах, расположенных выше и ниже блока, развивается компенсаторная гипермобильность, приводящая к мышечному спазму.

Признаки острой компрессии позвоночного канала

- онемение области промежности, слабость и онемение ног;
- задержка мочеиспускания и дефекации;
- при компрессии спинного мозга наблюдается уменьшение боли, сменяющееся ощущением онемения тазового пояса и конечностей.

Поясничные боли в детском и юношеском возрасте чаще всего обусловлены аномалиями развития позвоночника. Незаращение дужек позвонков (spina bifida) встречается у 20% взрослых людей. При осмотре выявляется гиперпигментация, родимые пятна, множественные рубцы и гиперкератоз кожи в поясничной области. Иногда отмечаются недержание мочи, трофические расстройства, слабость в ногах.

Поясничные боли может вызвать люмбализация - передняя часть S1-позвонка по отношению к поясничному отделу позвоночника - и сакрализация - присоединение L5-позвонка к крестцу. Эти аномалии формируются вследствие индивидуальных особенностей развития поперечных отростков позвонков.

Нозологические формы

Болезнь Бехтерева

Это заболевание в 1882 г. впервые описал выдающийся отечественный невролог В.М. Бехтерев под названием «одеревенелость позвоночника с искривлением». В настоящее время оно обозначается как

ревматоидный спондилоартрит, или болезнь Бехтерева. Практически все больные жалуются на боли в пояснице.

Болезнь Бехтерева проявляется прежде всего воспалением малоподвижных суставов (межпозвоноковых, реберно-позвоноковых, пояснично-крестцовых сочленений) и связок позвоночника. Постепенно в них развивается окостенение, позвоночник теряет эластичность и функциональную подвижность, становится похожим на бамбуковую палку, хрупким, легко травмируется. В стадии выраженных клинических проявлений заболевания значительно уменьшаются подвижность грудной клетки при дыхании и, как следствие, жизненная емкость легких, что способствует развитию целого ряда пульмонологических заболеваний.

Опухоли позвоночника

Различают опухоли доброкачественные и злокачественные, первично исходящие из позвоночника и метастатические.

Доброкачественные опухоли позвоночника (остеохондрома, хондрома, гемангиома) иногда протекают клинически бессимптомно. При гемангиоме может произойти перелом позвоночника даже при небольших внешних воздействиях (патологический перелом).

Злокачественные опухоли, преимущественно метастатические, исходят из предстательной железы, матки, молочной железы, легких, надпочечников и других органов. Боли при этом бывают значительно чаще, чем при доброкачественных опухолях, - обычно упорные, мучительные, усиливающиеся при малейшем движении, лишают больных отдыха и сна. Характерны прогрессивное ухудшение состояния, нарастание общего истощения, выраженные изменения крови.

Большое значение для **диагностики** имеют рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Остеопороз

Основная причина заболевания - снижение функции эндокринных желез вследствие самостоятельного заболевания или на фоне общего старения организма. Остеопороз может развиваться у больных, длительно принимающих гормоны, аминазин, противотуберкулезные препараты, тетрациклин. Корешковые расстройства, сопровождающие боли в спине, возникают из-за деформации межпозвоноковых отверстий, а спинальные (миелопатия) - вследствие компрессии радикуломедуллярной артерии или перелома позвонка даже после незначительных травм.

Миофасциальный синдром

Миофасциальный синдром является основной причиной развития болей в спине. Он может возникать вследствие перенапряжения (во время тяжелой физической нагрузки), перерастяжения и ушибов мышц, нефизиологичной позы во время работы, реакции на эмоциональный стресс, укорочения одной ноги и даже плоскостопия.

Для миофасциального синдрома характерно наличие так называемых «курковых» зон (триггерных точек), надавливание на которые вызывает боль, часто иррадиирующую в соседние области

Помимо миофасциального болевого синдрома причиной болей могут быть и воспалительные заболевания мышц - миозиты.

Поясничные боли нередко возникают при заболеваниях внутренних органов: язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатите, холецистите, мочекаменной болезни и др. Они могут быть резко выраженными и имитировать картину люмбаго или дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Однако имеются и четкие различия, благодаря которым можно дифференцировать отраженные боли от возникающих при заболеваниях периферической нервной системы, что обусловлено симптоматикой основного заболевания.

Клиническая симптоматика

при поясничных болях

Чаще всего поясничные боли возникают в возрасте 25-44 лет. Различают острые боли, длящиеся, как правило, 2-3 недели, а иногда до 2 мес., и хронические - свыше 2 мес.

Для компрессионных корешковых синдромов (дискогенной радикулопатии) характерно внезапное начало, часто после подъема тяжести, резких движений, переохлаждения. Симптоматика зависит от локализации поражения. В основе возникновения синдрома лежит сдавление корешка грыжей диска, возникающей вследствие дистрофических процессов, которым способствуют статические и динамические нагрузки, гормональные нарушения, травмы (в том числе и микротравматизация позвоночника). Чаще всего в патологический процесс вовлекаются участки спинномозговых корешков от твердой мозговой оболочки до

межпозвоночного отверстия. Кроме грыжи диска в травматизации корешка могут участвовать костные разрастания, рубцовые изменения эпидуральной ткани, гипертрофированная желтая связка. Верхние поясничные корешки (L1, L2, L3) страдают редко: на их долю приходится не более 3% всех поясничных корешковых синдромов. Вдвое чаще поражается корешок L4 (6%), обуславливая характерную клиническую картину: нерезкая боль по внутренне-нижней и передней поверхности бедра, медиальной поверхности голени, парестезии (ощущение онемения, жжения, ползания мурашек) в этой области; небольшая слабость четырехглавой мышцы. Коленные рефлексы сохраняются, а иногда даже повышаются. Чаще всего страдает корешок L5 (46%). Боль при этом локализуется в по ясенной и ягодичной областях, по наружной поверхности бедра, передне-наружной поверхности голени вплоть до стопы и III-V пальцев. Она нередко сопровождается снижением чувствительности кожи передне-наружной поверхности голени и силы в разгибателе III-V пальцев. Больному трудно стоять на пятке. При длительно существующей радикулопатии развивается гипотрофия передней большеберцовой мышцы.

Также часто поражается корешок S1 (45%). При этом боль в пояснице иррадирует по наружно-задней по верх но сти бедра, наружной поверхности голени и сто пы. При обследовании часто выявляются гипалгезия зад не-наружной поверхности голени, снижение силы трех главой ее мышцы и сгибателей пальцев стопы. Та ким больным трудно стоять на носках. Отмечается снижение или выпадение ахиллова рефлекса.

Вертеброгенный поясничный рефлекторный синдром

Бывает острым и хроническим. Острая поясничная боль (ПБ) (люмбаго, «прострел») возникает в течение нескольких минут или часов, часто внезапно вследствие неловких движений. Пронизывающая, стреляющая (как удар током) боль локализуется по всей пояснице, иногда отдает в подвздошную область и ягодицы, резко усиливается при кашле, чихании, уменьшается в положении лежа, особенно если больной найдет удобную позу. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены, поясничные мышцы напряжены, вызывается симптом Ласега, часто двусторонний. Таким образом больной лежит на спине с разогнутыми ногами. Врач одновременно сгибает больную ногу в коленном и тазобедренном суставах. Это не вызывает боли, ибо при таком положении ноги больной нерв расслаблен. Затем врач, оставляя ногу согнутой в тазобедренном суставе, начинает разгибать ее в коленном, вызывая этим натяжение седалищного нерва, что дает интенсивную боль.

Острая люмбагия обычно длится 5-6 дней, иногда меньше. Первый приступ заканчивается быстрее, чем последующие. Повторные приступы люмбаго имеют тенденцию переходить в хроническую ПБ.

Нетипичные боли в пояснице

Выделяют ряд клинических симптомов, нетипичных для болей в спине, вызванной дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника или миофасциальным синдромом. К таким признакам относятся:

- появление болей в детском и юношеском возрасте;
- травма спины незадолго до появления болей в пояснице;
- боли в спине, сопровождающиеся лихорадкой, или признаки интоксикации;
- боли в пояснице, не связанные с движениями позвоночника;
- необычная иррадиация болей: в промежность, живот, прямую кишку, влагалище, обе ноги, опоясывающая боль;
- связь болей в пояснице с приемом пищи, дефекацией, половым актом, мочеиспусканием;
- сопутствующая болям задержка или недержание мочи;
- гинекологическая патология (аменорея, дисменорея, выделения из влагалища), появившаяся на фоне болей в пояснице;
- усиление болей в пояснице в горизонтальном положении и уменьшение - в вертикальном (симптом Раздольского, характерен для опухолевого процесса в области позвоночника);
- неуклонно нарастающие боли на протяжении одной - двух недель;
- развитие на фоне болей в пояснице парезов нижних конечностей и появление патологических рефлексов.

Методы обследования

- наружный осмотр и пальпация поясничной области, выявление сколиоза, мышечного напряжения, болевых и триггерных точек;
 - определение объема движений в поясничном отделе позвоночника, зон мышечной гипотрофии;
 - исследование неврологического статуса; определение симптомов натяжения (Ласега, Вассермана, Нери).
- [Исследование симптома Вассермана: сгибание ноги в коленном суставе у больного в положении на животе

вызывает боль в бедре. Исследование симптома Нери: резкое пригибание головы к груди больного, лежащего на спине с прямыми ногами, вызывает острые боли в пояснице и по ходу седалищного нерва.];

- исследование состояния чувствительности, рефлекторной сферы, тонуса мышц, вегетативных нарушений (отечности, изменения цвета, температуры и влажности кожи);
- рентгенография, компьютерная или магнитно-резонансная томография позвоночника;

Особенно информативной является МРТ (рис. 1 и 2).

- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- гинекологическое обследование;
- при необходимости проводят дополнительные исследования: спинномозговой жидкости, крови и мочи, ректороманоскопию, колоноскопию, гастроскопию и т.д.

Лечение

Острая боль в пояснице или обострение
вертебрального или миофасциального
синдромов

Недифференцированное **лечение**. Щадящий двигательный режим. При сильной боли в первые дни постельный режим, а затем ходьба на костылях для разгрузки позвоночника. Постель должна быть жесткой, под матрац следует положить деревянный щит. Для согревания рекомендуют шерстяную шаль, электрическую грелку, мешочки с подогретым песком или солью. Благоприятное воздействие оказывают мази: финалгон, тигровая, капсин, диклофенак и др., - а также горчичники, перцовый пластырь. Рекомендуется ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, пиявки (с учетом возможных противопоказаний), орошение болевой зоны хлористым этилом.

Обезболивающее действие оказывают электропроцедуры: чрескожная электроанальгезия, синусоидальные модулированные токи, диадинамические токи, электрофорез с новокаином и др. Эффективно применение рефлексотерапии (иглоукалывание, лазерная терапия, прижигание); новокаиновые блокады, давящий массаж триггерных точек.

Лекарственная терапия включает анальгетики, НПВП; транквилизаторы и/или антидепрессанты; средства, уменьшающие мышечное напряжение (миорелаксанты). При артериальной гипотонии тизанидин следует назначать с большой осторожностью из-за его гипотензивного действия. При подозрении на отек спинномозговых корешков назначают диуретики.

Основными анальгетическими средствами являются НПВП, которые часто применяются большими бесконтрольно при усилении или возобновлении боли. Следует учесть, что длительное использование НПВП и анальгетиков увеличивает риск осложнений этого вида терапии. В настоящее время имеется большой выбор НПВП. Для пациентов, страдающих болями в позвоночнике, по доступности, эффективности и меньшей вероятности побочных действий (желудочно-кишечные кровотечения, диспепсия) предпочтительны из «неселективных» средств - диклофенак 100-150 мг/сут. внутрь, внутримышечно, ректально, местно, ибупрофен и кетопрофен внутрь по 200 мг и местно, а из «селективных» - мелоксикам внутрь 7,5-15 мг/сут., нимесулид внутрь по 200 мг/сут.

При **лечении** НПВП могут отмечаться побочные явления: тошнота, рвота, потеря аппетита, боли в подложечной области. Возможно ulcerогенное действие. В отдельных случаях могут наблюдаться изъязвления и кровотечения в желудочно-кишечном тракте. Кроме того, отмечаются головные боли, головокружение, сонливость, аллергические реакции (кожная сыпь и др.). **Лечение** противопоказано при язвенных процессах в желудочно-кишечном тракте, беременности и кормлении грудью. Для предупреждения и уменьшения диспепсических явлений рекомендуется принимать НПВП во время или после еды и запивать молоком. Кроме того, прием НПВП при усилении болей совместно с другими лекарственными препаратами, которые больной принимает для **лечения** сопутствующих заболеваний, приводит, как это наблюдается при длительном лечении многих хронических заболеваний, к снижению приверженности лечению и, как следствие - недостаточной эффективности проводимой терапии.

Поэтому современные методы консервативного лечения включают и обязательное использование препаратов, обладающих хондропротективным, хондростимулирующим действием и оказывающих лучший терапевтический эффект чем НПВП. Этим требованиям в полной мере соответствует препарат Терафлекс-Аванс, являющийся альтернативой НПВП при легкой и средней степени болевого синдрома.

Одна капсула препарата Терафлекс-Аванс содержит 250 мг глюкозамина сульфата, 200 мг хондроитина сульфата и 100 мг ибупрофена. Хондроитин сульфат и глюкозамин принимают участие в биосинтезе

соединительной ткани, способствуя предотвращению процессов разрушения хряща, стимулируя регенерацию тканей. Ибупрофен обладает обезболивающим, противовоспалительным, жаропонижающим действием. Механизм действия происходит за счет избирательного блокирования циклооксигеназы (ЦОГ 1-го и 2-го типа) - основного фермента метаболизма арахидоновой кислоты, что приводит к уменьшению синтеза простагландинов. Присутствие НПВП в составе препарата Терафлекс-Адванс способствует увеличению объема движений в суставах, уменьшению утренней скованности суставов и позвоночника. Необходимо отметить, что, по данным R.J. Tallarida и соавт., присутствие в препарате Терафлекс-Адванс глюкозамина и ибупрофена обеспечивает синергизм в отношении анальгетического эффекта последнего. Кроме того, анальгезирующий эффект комбинации глюкозамин/ибупрофен обеспечивает в 2,4 раза меньшая доза ибупрофена.

После купирования болевого синдрома рационально перейти на прием препарата Терафлекс, который содержит действующие вещества хондроитин и глюкозамин. Терафлекс принимается по 1 капсуле 3 раза/сут. в течение трех первых недель и по 1 капсуле 2 раз/сут. в последующие три недели.

У подавляющего большинства больных при приеме Терафлекса отмечается положительная динамика в виде купирования болевого синдрома и уменьшения неврологической симптоматики. Препарат хорошо переносится больными, аллергических проявлений не отмечено. Применение Терафлекса при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника является рациональным, особенно, у больных молодого возраста как в комплексе с НПВП, так и в качестве монотерапии. В сочетании с НПВП анальгетический эффект наступает в 2 раза быстрее, а потребность в терапевтических дозах НПВП прогрессивно снижается. В клинической практике при поражениях периферической нервной системы, в том числе, связанных с остеохондрозом позвоночника, широко применяют витамины группы В, обладающие нейротропным действием. Традиционно применяется способ попеременного введения витаминов В1, В6 и В12 по 1-2 мл. внутримышечно с ежедневным чередованием. Курс лечения составляет 2-4 недели. К недостаткам этого метода относятся применение малых доз препаратов, снижающих эффективность лечения и необходимость частых инъекций.

При дискогенной радикулопатии применяют тракционную терапию: вытяжение (в том числе и подводное) в условиях неврологического стационара.

При миофасциальном синдроме после местного лечения (новокаиновая блокада, орошение хлористым этилом, обезболивающие мази) на мышцы на несколько минут накладывают горячий компресс.

Хроническая поясничная боль вертеброгенного или миогенного происхождения

При грыже диска рекомендуется:

- ношение жесткого корсета типа «пояс штангиста»;
- исключение резких движений и наклонов, ограничение физических нагрузок;
- лечебная физкультура с целью создания мышечного корсета и восстановления подвижности мышц;
- массаж;
- новокаиновые блокады;
- рефлексотерапия;
- физиотерапия: ультразвук, лазеротерапия, теплотечение;
- витаминотерапия внутримышечно (В1, В6, В12), по 1 мл витамины с минеральными добавками;
- при приступообразных болях назначают карбамазепин.

Немедикаментозные методы лечения. Несмотря на наличие эффективных средств консервативного лечения, существование десятков методик, часть больных нуждается в оперативном лечении.

Показания к хирургическому лечению делятся на относительные и абсолютные. Абсолютным показанием к хирургическому лечению является развитие каудального синдрома, наличие секвестрированной грыжи межпозвоночного диска, выраженный корешковый болевой синдром, не уменьшающийся, несмотря на проводимое лечение. Развитие радикуломиелоишемии так же требует экстренного оперативного вмешательства, однако по прошествии первых 12-24 ч показания к операции в подобного рода случаях становятся относительными, во-первых, из-за формирования необратимых изменений в корешках, и во-вторых, потому что в большинстве случаев в ходе лечебно-реабилитационных мероприятий процесс регрессирует приблизительно в течение 6 мес. Такие же сроки регресса наблюдаются и при отсроченных операциях.

К относительным показаниям относят неэффективность консервативного лечения, рекуррентный ишиас. Консервативная терапия по продолжительности не должна превышать 3 мес. и длиться как минимум 6 не

дель. Предполагается, что хирургический подход в случае острого корешкового синдрома и неэффективности консервативного лечения, оправдывается в течение первых 3 мес. после появления боли для предотвращения хронических патологических изменений в корешке. Относительным показанием являются случаи крайне выраженного болевого синдрома, когда происходит смена болевой составляющей возрастанием неврологического дефицита.

Из физиотерапевтических процедур в настоящее время широко используется электрофорез с протеолитическим ферментом карипазимом. Известно, что лечебная физическая культура и массаж неотъемлемые части комплексного лечения больных с поражением позвоночника. Лечебная гимнастика преследует цели общего укрепления организма, увеличения работоспособности, совершенствования координации движений, повышения тренированности. При этом специальные упражнения направлены на восстановление определенных двигательных функций.

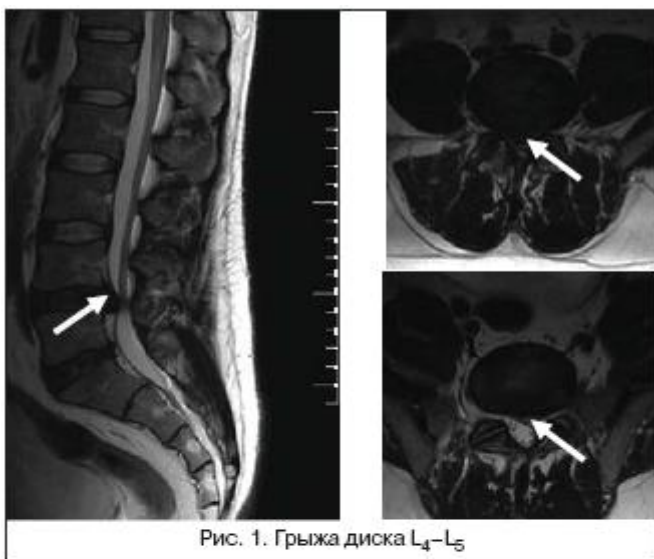


Рис. 1. Грыжа диска L₄-L₅

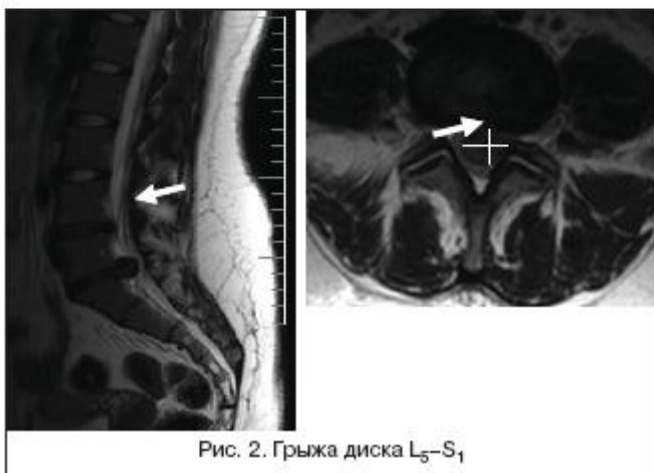


Рис. 2. Грыжа диска L₅-S₁

Литература

1. Грачев Ю.В., Шмырев В.Н. Вертебральная поясничная боль: полифакторное происхождение, симптоматология, принципы лечения // Лечащий врач. 2008 № 5. с. 6-10.
2. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Заболевания периферической нервной системы. Реабилитация неврологических больных М.: МЕДпресс -инфо, 2008. - с. 223-267.
3. Манвелов Л.С., Кадыков А.С. Поясничные боли // Лечащий врач. 1999. № 4. с. 28-30.
4. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М.: Медицина, 1989. 464 с.
5. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии. - М.: Медицина, 1991. - 320 с.