



ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА БОЛИ В СПИНЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Г.И. Лысенко, д. мед. н., профессор; **В.И. Ткаченко**, к. мед. н., доцент

/Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев/



ЛЫСЕНКО

Григорий Иванович

Президент Украинской ассоциации семейной медицины, директор Института семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор

Около 30% населения развитых стран имеют хроническую боль в спине. Число таких больных в последние годы неуклонно растет, а на лечебно-реабилитационные мероприятия расходуются огромные средства.

Боль в спине или пояснице хотя бы один раз в жизни испытывают более 80% людей разного возраста (чаще в возрасте от 30 до 60 лет), при этом большая часть из них становятся по этой причине нетрудоспособными. Длительность болевого синдрома у половины больных не превышает двух недель, у остальных – достигает 1 месяца и более. Девяносто процентов пациентов, впервые почувствовавших боль в спине, не требуют медицинского наблюдения. Среди пациентов, у которых боль в спине отмечается впервые, в 40–50% случаев она пройдет в течение 1 недели, в 50–80% – в течение 1 месяца, а в 92% – боль исчезнет в течение 2 месяцев. Только у 2–10% пациентов боль в пояснице принимает более серьезные формы.

Факторы риска боли в спине:

- профессиональные (тяжелая физическая работа, статические нагрузки на позвоночник, поднятие тяжестей, монотонный

физический труд, включающий в себя частые наклоны вперед и повороты тела; работа, сопровождающаяся вибрационными процессами);

- психосоциальные факторы (у подростков имеют даже большее значение, чем механические, особенно при затяжном (подостром) течении);
- нерациональное питание, курение, нерегулярные занятия спортом;
- индивидуальные физические факторы (большие нагрузки и противоестественное положение тела, стереотипные движения и др.);
- увеличивающееся время сидения у телевизора, низкие физические нагрузки и наоборот – занятия конкурирующими видами спорта, единоборствами, возрастающий вес школьных портфелей и компьютеризированный образ жизни.

Таким образом, внешнесредовые факторы риска боли в спине достаточно многообразны, но могут быть устранены или, по крайней мере, ограничены длительностью воздействия, составляя, по существу, основу преждевременного развития хронического

течения боли в спине, что особенно тревожно относительно подросткового возраста. Выявление данной боли имеет огромное значение для предупреждения прогрессирования, хронизации болезни и в конечном итоге – для предупреждения ранней инвалидизации.

Основные причины боли в спине

I. Дегенеративные и структурные

Остеохондроз, спондилез, спондилоартроз, повреждения/грыжи межпозвоночных дисков, врожденный или приобретенный в результате патологического перелома спондилолистез (смещение тела позвонка относительно соседнего позвонка), спондилолиз (дефект межсуставной части дужки позвонка в виде одно- или двусторонней щели), остеохондропатия позвоночника (болезнь Шейермана–Мау), компрессионные переломы позвонков, спинальный стеноз, травмы (кровоизлияния, переломы, трещины).

II. Метаболические

Болезнь Педжета, остеопороз, другие метаболические поражения костей (остеомалация, охроноз, гиперпаратиреоз).

III. Воспалительные неинфекционные

Спондилоартрит, сакроилеит, болезнь Бехтерева, псориазический спондилит, реактивный артрит, ревматоидный дисцит, артрит при неспецифическом язвенном колите, болезни Крона.

IV. Инфекционные

Остеомиелит позвоночника и костей таза, туберкулез позвоночника, сифилис, параспинальный абсцесс, абсцесс эпителиального копчикового хода, дисцит, эпидуральный абсцесс, паравертебральные инфекции.

V. Опухолевые

Метастазы в позвоночник (рак простаты, молочной железы, легких, щитовидной железы, почки, надпочечников, меланома), миеломная болезнь, опухоли системы крови (лимфома, лейкомия), редкие опухоли (остеосаркома, остеодистеомы, аневризматическая костная киста, гемангиома и др.), первичная костная неоплазия, гуморальные аффекты опухолей костей.

VI. Прочие

Поражение тазобедренного сустава (остеоартроз, ревматоидный артрит, асептический некроз, туберкулез, остеомиелит), кокцигодиния.

VII. Поражение спинного мозга

Арахноидит (после перенесенного миелита или в послеоперационный период), эпидурит, опухоль, туберкулез, абсцесс.

IX. Патология мягких тканей

Перенапряжение пояснично-крестцового отдела, повреждения мышц и связок, миофасциальный синдром, тендиниты, фибромиалгия, ревматическая полимиалгия, седалищный бурсит.

X. Заболевания внутренних органов и сосудов

Расслаивающая аневризма брюшной аорты, болезни почек и мочевыводящих путей (конкременты, инфекция, опухоль), панкреатит, пептическая язва, заболевания желчных путей, селезенки, кровоизлияние в забрюшинную клетчатку, ретроперитонеальная опухоль, тазовый абсцесс, эндометриоз, воспалительные и опухолевые заболевания женских половых органов, простатит, рак простаты.

XI. Другие

Опоясывающий лишай, депрессия, беременность, симуляция.

Вертеброгенная боль

Наиболее частой причиной боли в спине является вертеброгенная боль. Она встречается при самых различных заболеваниях, поэтому залогом ее успешного лечения служит точная диагностика. Под вертеброгенной болью (дорсопатией) понимают болевой синдром в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанный с заболеваниями позвоночника.

Наиболее частой причиной вертеброгенной боли в спине являются дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника, к которым относятся:

- остеохондроз (протрузия или пролапс межпозвоночного диска, дистрофическое поражение межпозвоночного диска и прилежащих к нему тел позвонков);
- спондилоартроз (артроз дугоотростчатых или фасеточных суставов);
- спондилез, проявляющийся костеобразованием под передней продольной связкой.

Вследствие указанных изменений позвоночника может развиваться дистрофический спондилолистез и вторичный люмбальный стеноз. В происхождении вертеброгенного болевого синдрома имеет большое значение и функциональное блокирование межпозвоночных суставов со вторичным мышечно-тоническим рефлекторным синдромом.

Остеохондроз

Самая частая причина острой боли в спине – остеохондроз. Причина боли – де-

генеративное повреждение межпозвоночных дисков, что в дальнейшем приводит к изменению межпозвоночных суставов и связок. При поражении поясничных межпозвоночных дисков пульпозное (мякотное) ядро диска через трещины в фиброзном кольце выпячивается в форме грыжи в заднебоковом направлении в сторону заднебоковой связки, которая является наиболее слабой, сдавливая корешки спинномозговых нервов. Пульпозное ядро диска может выпячиваться и в сторону позвоночного канала, что приводит к появлению поясничной боли, однако сдавления нервных корешков при этом обычно не происходит. Тем не менее, в данном случае существует определенный риск возникновения синдрома сдавления элементов конского хвоста, который характеризуется тупой болью в верхних сакральных отделах и парестезиями в ягодицах, половых органах или области бедра с одновременным нарушением функции кишечника и мочевого пузыря.

Недавние исследования показали, что корешковая поясничная боль, обусловленная грыжей межпозвоночного диска, у большинства пациентов полностью исчезает или значительно ослабляется в течение 6–18 месяцев.

Боль при остеохондрозе возникает или усиливается после физической нагрузки (подъем тяжести или неловкий поворот), ослабевает в покое (в положении лежа), распространяется по задней поверхности ноги, сопровождается ограничением движений. В анамнезе у таких пациентов, как правило, уже наблюдались подобные приступы.

При острой боли назначается покой на 2–3 недели и обезболивающие средства: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ненаркотические анальгетики. После стихания боли рекомендуется специальный комплекс упражнений, при необходимости – мануальная терапия.

Спондилоартроз

Спондилоартроз часто развивается у пациентов в возрасте старше 50 лет и может сопутствовать остеохондрозу. Основные изменения развиваются в межпозвоночных суставах, что приводит к выраженному ограничению движений. Боль в поясничном отделе позвоночника локализуется паравертебрально, обычно тупая, ноющая, провоцируется и усиливается при физической или длительной статической нагрузке (сидением, стоянием), ослабевает в положении лежа, сидя.

К рентгенологическим признакам спондилоартроза относят:

- субхондральный склероз суставных поверхностей;
- сужение суставной щели вплоть до ее полного исчезновения;
- костные разрастания в зоне суставов и деформации суставных отростков;
- в зарубежных исследованиях рентгенологические параметры при спондилоартрозе часто оцениваются по классификации Kellgren, согласно которой выделяются 4 градации – от 1 (отсутствие остеофитов) до 4 (большие остеофиты, склероз замыкательных пластинок, снижение высоты межпозвоночных дисков вплоть до исчезновения).

В лечении применяются обезболивающие препараты, назначаются специальные упражнения, водолечение, мануальная терапия.

Спондилез

Хроническое заболевание позвоночника, связанное с дистрофическими изменениями в наружных отделах фиброзного кольца межпозвоночного диска и передней продольной связке, обуславливающими ограничение подвижности туловища или головы. Развивается в результате статико-динамических перегрузок или травматизации позвоночника. Может быть распространенным или наиболее выраженным в определенном отделе позвоночника. Чаще встречается у лиц пожилого возраста.

В отличие от остеохондроза позвоночника при выраженном спондилезе пальпация остистых отростков безболезненна. Боль в спине усиливается в конце дня и может нарушать ночной сон. В некоторых случаях спондилез сопровождается расстройством функции корешков спинного мозга. Возникновение боли и неврологического нарушения могут провоцироваться резкими движениями, перегрузками, переохлаждением. Часто заболевание протекает бессимптомно. При значительных изменениях в позвоночнике возможны минимальные клинические проявления.

Спондилолистез

Смещение позвонка кпереди относительно нижележащего позвонка (обычно позвонки L5 смещаются кпереди относительно позвонка S1). Степень смещения бывает разной. Пациенты предъявляют жалобы на боль, которая локализуется в поясничной области, по задней поверхности бедра и ниже, по ходу нижней конечности. Физическая активность

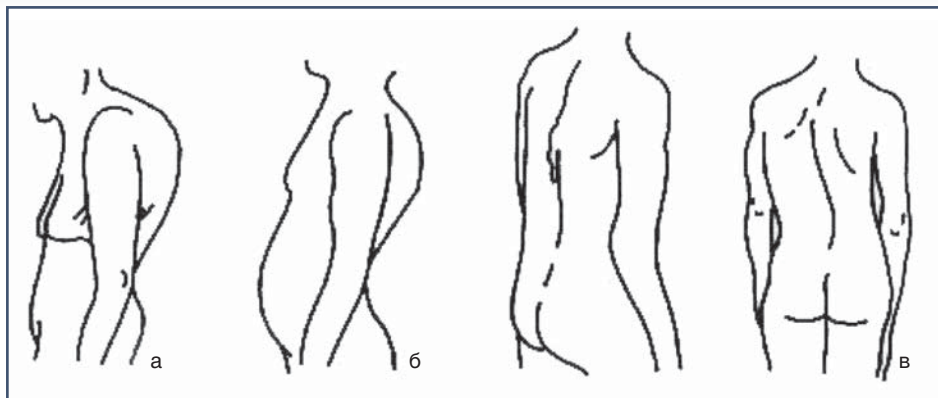


Рисунок. Изменения формы спины: а – сутулая; б – поясничный лордоз; в – сколиоз

усиливает боль. Спондилолистез является очень частой причиной боли в спине у пациентов в возрасте до 26 лет и легко поддается диагностике при помощи обычной рентгенографии. Спондилолиз – это одна из форм спондилолистеза, при которой отмечается дефект межсуставной части дужки позвонка без смещения позвонка кпереди. Считается, что данный дефект обусловлен нарушением процессов остеосинтеза и может быть выявлен у молодых спортсменов.

Люмбальный стеноз

Сужение спинномозгового канала, которое приводит к ишемии нервных корешков и способствует развитию нейрогенной хромоты. Избыточная нагрузка на функционально неполноценные межпозвоночные диски может способствовать образованию больших остеофитов. Межпозвоночные суставы гипертрофируются, растущий остеофит деформирует их, а желтая связка утолщается. В результате этих изменений спинномозговой канал и позвоночные отверстия суживаются. Пациенты предъявляют жалобы на постоянную боль в поясничной области, которая иногда принимает сверлящий характер и иррадирует вниз, в ногу (ложная хромота). Боль усиливается в положении стоя и при ходьбе.

В то же время, существуют и другие причины боли в спине, о которых должен помнить врач во избежание лечебных ошибок. К ним относятся: неинфекционные воспалительные заболевания опорно-двигательной системы (анкилозирующий спондилит, синдром Рейтера, ревматоидный артрит), метаболические поражения костей (остеопороз, остеомалация), дистрофия дугоотростчатых (межпозвоночных) суставов, патология крестцово-подвздошного сустава, новообразования позвоночника и спинного мозга, инфекцион-

ные поражения позвонков и межпозвоночных дисков (туберкулез, бруцеллез, эпидуральный абсцесс), болезни роста (сколиоз, рахит), синдром Прадера-Вилли, болезнь Шейерманна-Мау, травмы позвоночника и мягких тканей, синдром грушевидной мышцы, заболевания внутренних органов, сопровождающиеся отраженной болью, *Herpes zoster* и т.д.

Спондилоартропатии

Группа заболеваний, которая характеризуется поражением крестцово-подвздошных сочленений и суставов позвоночника. К ним относятся: анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), синдром Рейтера, подагра, псориатический артрит, артриты при воспалительных заболеваниях кишечника, реактивные артриты. Болеют чаще молодые мужчины. Боль локализованная, двусторонняя, возникает в покое (усиливается ночью и ранним утром) и уменьшается при движениях. Утром отмечается скованность суставов, которая долго не проходит.

Злокачественные новообразования (миеломная болезнь, метастазы в позвоночник, опухоли позвоночника)

Для всех злокачественных новообразований характерна постоянная, глубокая боль в позвоночнике, интенсивность которой не меняется в течение суток.

Миеломная болезнь – опухолевое заболевание кровяной ткани. Заболевание обычно начинается в возрасте 50–60 лет и сопровождается болью в позвоночнике и других костях. Выраженное разрушение кости в результате развития опухоли может приводить к спонтанным переломам.

Метастазы в позвоночник чаще всего наблюдаются при раке легкого, молочной и предстательной желез. При первичных опухо-

лях позвоночника симптомы появляются, когда опухоль сдавливает или прорастает спинномозговые корешки. Помимо выраженного болевого синдрома наблюдается изменение чувствительности, двигательные нарушения, которые неуклонно прогрессируют.

Купирование боли у больных со злокачественными новообразованиями нередко требует назначения наркотических анальгетиков. Однако в начальной стадии заболевания для купирования болевого синдрома легкой и средней степени тяжести возможно использование ненаркотических анальгетиков.

Инфекции

Остеомиелит и туберкулез позвоночника хотя и относятся к редко встречающимся заболеваниям, тем не менее, не следует забывать, что они могут быть причиной постоянной боли в спине, не меняющейся в течение суток. Имеются также общие признаки заболевания – лихорадка и интоксикация. Пациентам требуется лечение в специализированных стационарах.

Нарушение осанки

Причиной боли в спине может быть нарушение осанки (рисунок). Следует отметить, что сколиоз – это всегда патология. К признакам, подтверждающим наличие сколиоза, относятся: видимая деформация остистых отростков позвонков; асимметрия плеч, лопаток и складок на талии, которые не исчезают в положении сидя; асимметрия параспинальных мышц; чрезмерный грудной кифоз и деформации в сагиттальной плоскости. Лордоз почти всегда носит вторичный характер и обусловлен либо наклоном таза вперед, либо изменениями в тазобедренных суставах.

Искривления позвоночника могут интерпретироваться как функциональные или анатомические. Функциональные встречаются при мышечном спазме или коротких ногах у ребенка. Анатомические же искривления бывают признаками врожденной или приобретенной патологии.

Миофасциальный болевой синдром

Не следует забывать о невертеброгенных причинах боли в спине. Одной из частых причин такой боли в спине является миофасциальный болевой синдром, который может осложнять практически любого характера вертеброгенную боль или наблюдаться вне зависимости от нее. Миофасциальный болевой синдром характеризуется хроническими болевыми ощущениями, которые имеют место

в различных триггерных точечных участках мышечной и фасциальной ткани. При этом пациенты жалуются на резкую боль вдоль локальных зон болезненности, которая часто иррадирует. Данную патологию иногда путают с радикулопатией (корешковой болью). Триггерные точечные участки наиболее часто локализируются в верхних участках трапециевидной мышцы, на поверхности мышц-разгибателей спины, в мышечной ткани нижних отделов паравертебральных мышц и в ягодичных мышцах. Установление причин боли в спине основывается на результатах клинического обследования, данных лучевой диагностики и других параклинических методов исследования.

Фибромиалгия

Фибромиалгию следует рассматривать как отдельную нозологическую форму с первичным поражением мышц. Литературные данные указывают на то, что фибромиалгия может быть врожденной, чаще встречается у женщин и может развиваться на фоне физической или эмоциональной травмы. При фибромиалгии больные жалуются на разлитую боль, пальпаторно определяются болезненные зоны, причем подобная симптоматика длится, по меньшей мере, 3 месяца. Различные психологические расстройства могут отмечаться у 25% процентов пациентов с фибромиалгией.

Повреждение мышц и связок

После небольших травм, произошедших во время выполнения физической работы, занятий спортом, появляется постоянная поверхностная разлитая боль, которая значительно облегчается местным нанесением обезболивающих средств – НПВП (в форме геля) или их системным приемом. Помимо выраженного обезболивающего, эти препараты обладают противовоспалительным эффектом, что сокращает время реабилитации.

Заболевания органов малого таза

Заболевания органов малого таза сопровождаются болью в пояснице (о которой будет говориться ниже). Тупая боль в пояснице служит одним из основных симптомов пиелонефрита. Заболевание особенно часто развивается у беременных женщин, сопровождается частым болезненным мочеиспусканием и появлением мутной мочи, ознобом, повышением температуры тела выше 38°C. Лечение проводится антибиотиками и уросептиками.

Боль в пояснице может стать ведущим симптомом альгодисменореи и эндометриоза. При этом необходимо обратить внимание на то, что глубокая, ноющая, разлитая боль всегда связана с менструальным циклом. Лечение проводится гинекологом. Для облегчения боли применяются обезболивающие средства (НПВП, ненаркотические анальгетики).

Сердечно-сосудистые заболевания

Разрыв аневризмы брюшной аорты или кровоизлияние в забрюшинную клетчатку проявляются сильнейшей болью, коллапсом, парезами и нарушениями чувствительности. В анамнезе у пациентов с кровоизлиянием есть указания на прием антикоагулянтов. Излившаяся кровь сдавливает спинномозговые нервы. Обе ситуации требуют экстренной госпитализации.



Следует дифференцировать боль в спине со следующими состояниями:

- аневризма брюшной аорты;
- внематочная беременность;
- панкреатит;
- перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- пиелонефрит и мочекаменная болезнь;
- опухоль таза (например, опухоль седалищного бугра);
- воспалительные заболевания яичников у женщин.

Как разобраться во всех причинах боли в спине и дать пациенту обоснованные рекомендации?

Для этого необходимо обратить внимание на следующие признаки.

1. Возраст. Чем старше пациент, тем выше вероятность развития у него наиболее частых заболеваний позвоночника – остеохондроза и остеоартроза. Однако не следует забывать, что вместе с этими «возрастными» заболеваниями у пожилых лиц повышается риск развития злокачественных новообразований. Для молодых пациентов наиболее частая причина боли в спине – небольшие травмы во время занятий спортом. Из собственно заболеваний позвоночника наиболее частая причина – спондилоартропатии. Помимо боли в спине у этих пациентов обязательно присутствуют другие проявления заболевания (псориаз, увеит, уретрит, диарея и др.). У детей в возрасте до 10 лет при появлении боли в пояснице в первую очередь исключают заболевания

почек и органические заболевания позвоночника (опухоль, остеомиелит, туберкулез).

2. Связь боли с предшествующей травмой, физической нагрузкой. Такая связь присутствует при развитии травм или проявлениях остеохондроза.

3. Сторона боли. Односторонняя боль характерна для остеохондроза, двусторонняя – для остеохондропатий.

4. Характер боли. Внезапное появление сильной боли, которая практически не уменьшается при приеме традиционных анальгетиков и сопровождается коллапсом, парезом со снижением чувствительности, свидетельствует о наличии разрыва аневризмы брюшной аорты или кровоизлияния в забрюшинную клетчатку. Эти ситуации требуют экстренной медицинской помощи.

5. Изменение боли при движении, в покое, в различных положениях. При остеохондрозе боль усиливается при движении и в положении сидя, проходит в положении лежа. Спондилоартропатии характеризуются прямо противоположным отношением к двигательной активности: боль усиливается в покое и проходит при движении.

6. Суточный ритм боли. Большинство заболеваний позвоночника имеют суточный ритм боли. Исключение составляют злокачественные новообразования, остеомиелит и туберкулез позвоночника, когда боль постоянная в течение суток.

Кроме того, семейный врач должен помнить о факторах, указывающих на серьезные причины боли в нижней части спины (табл. 1).

Хотелось бы подчеркнуть, что причины боли в спине могут быть самые разные. Боль в спине нередко служит сигналом серьезных заболеваний внутренних органов, поэтому при появлении острой боли в спине следует избегать самолечения, и для установления правильного диагноза необходимо произвести ряд исследований (табл. 2).

Диагностика

В диагностике боли в спине могут помочь приведенные ниже алгоритмы (приложение).

Лечение

Лечение вертеброгенной боли в спине включает:

- лечение острой боли в спине;
- постельный режим и физические упражнения;
- физические факторы;
- лекарственные препараты;

Таблица 1. Факторы, указывающие на серьезные причины боли в нижней части спины («красные флажки»)

Симптом	Диагностическое значение
Существующая или ранее существовавшая опухоль	Рецидив опухоли
Использование кортикостероидов или иммунодепрессантов	Инфекция, перелом
Внутривенное употребление наркотиков	Инфекция
Травма (особенно серьезное падение или автокатастрофа)	Перелом
Симптомы инфекции (озноб, жар, лихорадка)	Инфекция
Неврологические симптомы	Инфекция, опухоль, грыжа межпозвоночного диска, синдром конского хвоста, стеноз позвоночника
Конституциональные симптомы (потеря массы тела, ночной пот, анорексия)	Инфекция, опухоль
Дисфункция кишечника и мочевого пузыря	Синдром конского хвоста
Отсутствие улучшения при постельном режиме	Инфекция, опухоль
Боль длится более 6–8 недель	Инфекция, опухоль

- физиотерапия и процедуры;
- хирургическое вмешательство;
- обучение профилактике боли в спине.

Лечение боли в спине зависит, в первую очередь, от характера основного заболевания. Его подразделяют на недифференцированную и дифференцированную терапию.

Недифференцированная терапия направлена на уменьшение болевого синдрома или реакций пациента на боль и устранение вегетативных реакций. Терапия включает: соблюдение постельного режима до уменьшения выраженности боли; сухое тепло местно; рефлекторно-отвлекающие средства (горчичники, банки, мази); лечебная физкультура, массаж, витаминотерапия (комплекс витаминов группы В), физиотерапия, рефлексотерапия, коррекция психологического статуса.

Дифференцированное лечение боли в спине вертеброгенного характера зависит от

ее патогенетического механизма. Комплексная патогенетическая терапия направлена на пораженный сегмент, устранение мышечнотонических проявлений и миогенных триггерных зон, очагов нейромиоостеофиброза, висцеральных очагов раздражения, аутоаллергических процессов.

Кроме того, лечение должно быть дифференцированным в зависимости от фазы заболевания. В начальной фазе или при обострении лечение направлено на уменьшение и затем полное снятие болевого синдрома, существенная роль при этом принадлежит иммобилизации, применению НПВП, противорвотных, десенсибилизирующих, спазмолитических средств, лечебным медикаментозным блокадам, специальным видам массажа, витаминотерапии.

При достижении стационарной фазы и фазы регресса ведущее значение приобре-

Таблица 2. Исследования для диагностики болевого синдрома в спине

Причина болевого синдрома	Необходимые исследования
Нерадикалярная боль: • отсутствие в анамнезе травмы или факторов риска; • подозрение на скрытую инфекцию или неопластический процесс; • спондилолистез, не поддающийся консервативному лечению или сопровождающийся выраженной неврологической симптоматикой	Рентгенография в передне-задней и боковой проекциях Остеосцинтиграфия, МРТ
Радикалярная боль: • персистирующие симптомы ишиалгии с очевидным поражением нервного корешка; • ишиалгия с неопределенным уровнем поражения нервного корешка	МРТ ЭМГ, КТ, МРТ
Травма: • поражение двигательного нервного ствола при минимальной травме у пациента с возможными структурными изменениями костной ткани	Рентгенография после установления механизма травмы
Подозрение на остеомиелит – над позвонком определяется точка, болезненная при пальпации	МРТ
Неопластические процессы в анамнезе, клинические проявления согласуются с метастатическими поражениями	Остеосцинтиграфия, МРТ

Примечания: МРТ – магнитно-резонансная томография, ЭМГ – электромиография, КТ – компьютерная томография.

