

Ш. М. КАЙЫРГАЛИ, Г. С. ЕСИРКЕПОВА, Ж. Б. БИЖИГИТОВ, Г. А. КАЛИЕВА

БОЛЬ В СПИНЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
Городская поликлиника № 8, г. Алматы

Синдром боли в нижней части спины в практике врача терапевта встречается очень часто, что требует дифференцированного и раннего подхода к постановке диагноза. Раннее выявление причин болей в нижней части спины помогает уменьшить число дней нетрудоспособности, трудоспособной части населения. При предполагаемом воспалительном компоненте болей в нижней части спины назначают нестероидные противовоспалительные препараты, для купирования процесса дегенерации хряща межпозвонковых суставов в комплексной терапии с НПВП применяют хондропротекторы.

В 2010 году закончилась Международная декада ООН и ВОЗ, посвященная болезням костей и суставов, приоритетными направлениями которой являлись такие заболевания и патологические состояния как артриты, остеоартрозы, боль в спине, остеопороз, тяжелые травмы конечностей.

Боль в нижней части спины (БНС) – это боль, локализующаяся между XII парой ребер и ягодичными складками, наиболее частая причина обращения населения к врачам различного профиля. По данным ВОЗ к врачу ежегодно с новыми случаями БНС обращается 5% населения. Чаще болеют мужчины 35-44 лет и женщины 25-34 лет. В мире рассматривают несколько причин возникновения БНС: невертеброгенный и вертеброгенный. Первичный синдром БНС обусловлен дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата (спондилоартроз). Вторичный синдром БНС развивается на фоне разных патологических состояний врожденных аномалий, травм, артритов, опухолей, инфекций.

Спондилоартроз – это разновидность остеохондроза с локализацией дегенеративного процесса в межпозвоночных суставах. Остеоартроз (OA)-гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц [1].

Симптомы – «индикаторы» вторичного БНС [Hadler, 1997]

Клинические признаки	Возможные причины
Лихорадка	Септический дисцит, эпидуральный абсцесс
Ночные боли	Неопластический процесс
Снижение массы тела	Метастазы, хронические инфекции
Боли по типу «иззывающих»	Сосудистая катастрофа, почечная колика
Ночные боли, уменьшающиеся в положении сидя	Опухоль «конского хвоста»

Задачами терапии БНС является купирование болевого синдрома, предотвращение прогрессирования дегенерации хряща межпозвонковых суставов, улучшение функциональной подвижности позвоночника и улучшение качества жизни пациента.

Терапия БНС заключается в следующем: устранение причины, отдых в течение нескольких дней, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, мануальная терапия, тракция, ношение бандажа,

физические упражнения, обучающие программы, нормализация массы тела.

При возникновении болей в нижней части спины рекомендуется:

отдых в течение нескольких дней;

ношение пояснично-крестцового бандажа для иммобилизации позвоночника до полного выздоровления;

миорелаксанты (диазепам, сирдалуд, мидокалм);

НПВП.

Основными показаниями для применения НПВП при БНС является купирование болевого синдрома, скованности в суставах [2]. Назначают индометацин (75 мг в сутки), ибупрофен (до 2,4 г в сутки), диклофенак натрия, пироксикам, флубипрофен и др. При выраженном болевом синдроме можно использовать наркотические анальгетики (кодеин, морфина гидрохлорид, пентазоцин). Однако надо отметить, что до настоящего времени применение НПВП не решило проблемы борьбы с болью. Необходимость использования этих препаратов в течение длительного времени, особенно при хроническом течении болей в нижней части спины, частое развитие гастропатий ставят вопрос о поиске более эффективного и безопасного НПВП. Медицина XXI века направлена на использование эффективных и безопасных лекарственных препаратов для человека. Среди нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) эффективны при длительном применении, лучше переносятся чем не селективные НПВП и значимо снижают риск желудочно-кишечных кровотечений^A[3]. Использование селективных ингибиторов фермента циклооксигеназы-2 мелоксикама, нимесулида, целибрекса представлено в литературе единичными работами. Наш опыт и опыт Российских ученых применения мелоксикама в суточной дозе 15 мг (в течение 7 дней) с последующим снижением дозы до 7,5 мг при болях в нижней части спины позволяет сделать заключение о том, что он является эффективным и безопасным средством, вызывающим значительное уменьшение болевого синдрома и повышение двигательной активности у большинства пациентов. С целью предотвращения прогрессирования дегенерации хряща межпозвонковых суставов в комплексной терапии с НПВП применяют хондропротекторы (ДОНА, Терофлекс, Хондроксид).

При стихании острой боли в программу лечения включают физические упражнения, уменьшающие мышечный спазм и улучшающие состояния мышц спины и брюшного пресса. При неэффективности терапии, сохраняющемся болевом синдроме ряд авторов рекомендуют эпидуральное введение ГКС (после исключения инфекции, опухоли и некоторых других заболеваний).

Широко применяющаяся тракционная терапия – «сухое» или подводное вытяжение позволяют уменьшить функциональные нарушения в позвоночнике, связанные с ограничением его подвижности в двигательном сегменте или формированием его обратимого блокирования. Вместе с тем показано, что тракционная терапия эффективна лишь у 45% пациентов и имеет ряд противопоказаний, ограничивающих возможности ее использования: гипертоническая болезнь 2-3-й стадии, церебральный атеросклероз, остеофитоз в области позвонков и др. Вопрос о хирургической помощи в каждом конкретном случае определяется совместно специалистами разных специальностей – терапевтами, невропатологами, ортопедами и нейрохирургами.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Ревматология. Клинические рекомендации / Под общей ред. Е. Л. Насонова. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – С. 326.
- 2 Остеоартрит. Клинические рекомендации / Под ред. О. М. Лесняк. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – С. 68.
- 3 Geotzsche P.C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. Search date: January 2004 // Clin. Evid. – 2004. – Vol. 11. – P. 1560-1588.
- 4 Эффективность и переносимость нимесила – растворимой формы нимесулида – при ревматоидном артите (предварительный результат) // Научно-практическая ревматология. – 2002. – № 1. – С. 60.

Ш. М. Қайырғали, Г. С. Есіркепова, Ж. Б. Бижігітова, Г. А. Қалиева

БЕЛДІҢ ТӨМЕНГІ БӨЛІМІ АУРУЫНЫҢ ТЕРАПЕВТ ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ

Белдің төменгі бөлімінің ауруы терапевт дәрігердің тәжірибесінде жиі кездескендіктен, оның себебін анықтап, еміне ерте кірісу абзал. Белдің төменгі бөлімінің ауруында стероидты қабынуға қарсы препараторды, хондропротекторларды қолданған тиімді.

Sh. M. Kairgaly, G. S. Esirkepova, Zh. B. Bishigitova, G. A. Kalieva

БОЛЬ В СПИНЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Syndrome of pain in lower back in practice physician therapist is very often that requires differential and early approach to diagnosis. Early identification of the causes of pain in lower back helps reduce the number of days of incapacity, of the employed population. Assuming the inflammatory component of pain in lower back to appoint non-steroidal proitivovospalitel'nye drugs. to treat degeniracii intervertebral joints of cartilage in integrated therapy with NSAIDS use multi-component.