

# Дорсалгия: клиническая характеристика и эффективность стационарного лечения

**Б. А. Абусуева**, к.м.н., доцент, зав. кафедрой  
**К. Б. Манышева**, ассистент  
**П. М. Абдусаламова**, студентка  
**А. М. Гасанова**, студентка

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала

## *Dorsalgia: clinical characteristics and effectiveness of inpatient treatment*

B. A. Abusueva, K. B. Manysheva, P. M. Abdusalamova, A. M. Khasanova  
Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia



Б. А. Абусуева



К. Б. Манышева

### Резюме

Статья посвящена клинике и терапии дорсалгии как одних из важных медицинских и социальных проблем. На основе современных научных данных авторы обобщают некоторые сведения о хронической боли в спине как одной из частых причин инвалидизации. На основе собственных наблюдений авторы делают выводы об эффективности различных методов терапии дорсалгии. Рассматривается применение НПВП в сочетании с другими лекарственными препаратами для терапии дорсалгии.

Ключевые слова: боль в спине, терапия боли, дорсалгия, НПВП, эффективность лечения.

### Summary

The article is devoted to the clinic and therapy of dorsalgia, as one of the important medical and social problems. Based on modern scientific data, the authors summarize some information about chronic back pain as one of the common causes of disability. Based on their own observations, the authors draw conclusions about the effectiveness of various methods of dorsalgia therapy. The use of NSAIDs in combination with other drugs for the treatment of dorsalgia.

Key words: back pain, pain therapy, dorsalgia, NSAIDs, treatment effectiveness.

Почти у каждого человека в жизни случался эпизод дорсалгии той или иной локализации, выраженности и продолжительности. Многие пациенты испытывают острую боль в спине, другие выздоравливают в течение года, но у части больных развивается длительно существующий хронический болевой синдром, характеризующийся периодической или постоянной болью низкой или средней интенсивности, чередующийся с периодами отсутствия боли или ее обострения. Хроническая боль в спине может ограничивать способность к труду и самообслуживанию вплоть до инвалидизации, тем самым снижая качество жизни.

Боль в спине является серьезной проблемой как для пациентов, так и для общества в целом. В исследовании Global Burden Disease 2016 года было выяснено, что дорсалгия поясничной локализации — главная причина инвалидности, входящая

в список 10 основных нозологий, приводящих к стойкой потере трудоспособности во всех 188 анализируемых странах.

Социальные и экономические затраты на пациентов с болью в спине крайне высоки, а косвенные в связи с временной или стойкой утратой трудоспособности обычно выше, чем прямые медицинские расходы.

Наибольшая распространенность болей в пояснице отмечена в странах с высоким уровнем дохода (32,9%), хотя в некоторых исследованиях этот показатель ниже, чем в странах со средним (25,4%) и низким уровнем дохода (16,7%) [12].

Хроническая первичная боль — это боль в одной или нескольких анатомических областях, которая сохраняется или повторяется в течение более чем трех месяцев и связана с выраженным нарушением функций или эмоциональным расстройством, отсутствием какого-либо другого

объяснения этого болевого синдрома. Страдающих хронической болью в спине в качестве симптома другого заболевания, например, эндометриоза, панкреатита, почечной колики, энтероколита и т.п., относят к категории пациентов с хронической вторичной мышечно-скелетной болью.

Боль в спине, длящаяся более трех месяцев, должна рассматриваться не как симптом, а как отдельное заболевание, которое поддерживается рядом факторов. Боль множественной локализации может свидетельствовать о тревожных или депрессивных расстройствах у пациента.

Боли в спине, начинаясь в раннем детстве, продолжают во взрослом возрасте и сохраняются у пожилых людей [2, 12].

Максимальная распространенность болей в спине наблюдается у людей в возрасте от 40 до 69 лет.

В настоящее время ведущей признана биопсихосоциальная модель

Таблица 1  
Распределение обследованных больных по полу и возрасту\*

Возрастная группа, лет	Женщины	Мужчины	Оба пола
18–44	28 (43,8%)	19 (44,2%)	47 (43,9%)
45–59	21 (32,8%)	15 (34,9%)	36 (33,7%)
60–75	15 (23,4%)	9 (20,9%)	24 (22,4%)
Всего	64	43	107

Примечание: \* — в соответствии с возрастной классификацией ВОЗ.

Таблица 2  
Место проживания обследованных пациентов

Место проживания	Женщины	Мужчины	Оба пола
Сельская местность	56 (87,5%)	34 (79%)	90 (84,7%)
Город	8 (12,5%)	9 (21%)	17 (15,9%)

боли в спине. Согласно ей факторы, имеющие на первый взгляд незначительное влияние на возникновение болевого синдрома, взаимодействуя с другими факторами риска, могут способствовать развитию хронической боли в спине. К таким незначительным факторам риска относятся негативные ожидания в отношении боли и ее лечения, эмоциональные реакции, болевое поведение, представления о взаимосвязи между болью, здоровьем, работой и общественной жизнью [3].

Основной жалобой многих пациентов с дорсопатией поясничной локализации является боль в положении сидя. В настоящее время проведено незначительное число исследований, посвященных влиянию позиционирования при сидении на позвоночник. Возможно, дальнейшие клинические исследования сформируют более полные представления о различной нагрузке на позвоночник при сидении в зависимости от принятой позы и конфигурации мебели, что позволит снизить провоцирование болевого синдрома [8].

**Целью нашего исследования** являлось определение эффективности терапии дорсопатий. Исследование проводилось у больных, находившихся на стационарном лечении. Применялись методы наблюдения и клинко-инструментального обследования.

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе специализированных неврологических отделений многопрофильного стационара. Основным критерием включения в исследование было наличие у пациента регионарного болевого синдрома. В исследование были включены 107 человек, из них 64 женщины (60%) и 43 мужчины (40%). Средний возраст пациентов для женщин составил  $46,0 \pm 1,6$  года, для мужчин —  $44,0 \pm 2,1$  года.

Каждому пациенту был выполнен комплекс клинко-инструментальных методов обследования, результаты которого заносили в специально разработанную индивидуальную карту пациента.

Клиническая часть включала оценку соматического профиля пациентов и неврологического статуса с определением глубоких и поверхностных рефлексов, симптомов натяжения нервных стволов, оценки состояния тонуса паравертебральных мышц, нарушения поверхностной чувствительности с определением их границ, пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков позвонков для определения локализации болевого синдрома. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале боли.

Инструментальная часть включала также проведение нейровизуализационного исследования — магнит-

норезонансной, реже рентгеновской компьютерной томографии, которое по показаниям дополняли электронейромиографическим исследованием.

При анализе места жительства пациентов было установлено, что дорсопатии встречались чаще у больных, проживающих в сельской местности.

### Результаты

У 83,7% мужчин (36 больных) и 85,9% женщин (55 пациенток) дорсопатия локализовалась в пояснично-крестцовой области, у остальных пациентов имела место дорсопатия шейной локализации.

Во время опроса и при осмотре наиболее частыми жалобами при поражении шейного отдела были головные боли и шум в ушах, а при поражении поясничного отдела — иррадиация боли по задне-наружной поверхности нижней конечности (обеих или одной без статистических различий в отношении стороны латерализации) и функциональный блок.

При неврологическом обследовании наиболее часто у пациентов выявлялись: ограничение подвижности в соответствующем отделе позвоночника; напряжение прямых мышц спины и длинных мышц шеи; локальная болезненность при пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков позвонков, зачастую соответствовавшая зоне регионарного болевого синдрома, отмечаемая пациентами

	Шейный отдел	Грудной отдел	Поясничный отдел	Итого
Изолированная протрузия МПД	3	–	17	20
Изолированная грыжа МПД	9	–	63	72
Протрузия МПД + грыжа МПД	13	–	12	25
Грыжа Шморля	–	8	5	13

субъективно; гипестезия (крайне редко гиперестезия) в зоне иннервации корешков спинного мозга, а также парестезии. Функциональный блок присутствовал у 22 мужчин и 17 женщин, парез мышц нижней (редко верхней) конечности разной степени выраженности — у 6 пациентов каждого пола.

Клинический диагноз дорсопатии был подтвержден инструментально: у 42,1 % (45) больных были выявлены протрузии межпозвоночных дисков (МПД), из них у 55,6 % (25) они сочетались с одной или несколькими грыжами. У 12,1 % (13) пациентов диагностическими находками явились грыжи Шморля, локализация которых не совпадала с зоной, характерной для болевого синдрома.

Из 50 обследованных в 86 % (92) случаев дорсопатия имела хроническое течение. Из них лечение в анамнезе получали 37 % (34) пациентов. В 62 % (57) случаев пациенты с хроническим болевым синдромом никогда не получали стационарного лечения, зачастую вовсе не обращались ранее за медицинской помощью, прибегая к лечению методами народной медицины. Причиной столь позднего обращения за специализированной помощью, по словам пациентов, явилось недоверие к проводимой терапии.

### Обсуждение

Лечение дорсопатий остается на сегодняшний день актуальной проблемой. Использование наркотических анальгетиков для снятия боли стало весьма популярным в начале XXI века, но в последних руководствах рекомендовано отказаться от них в связи с возникающей зависимостью и другими неблагоприятными последствиями. В последних

исследованиях не обнаружено убедительных доказательств в пользу применения опиоидов при боли в спине. В связи с этим медицинское сообщество продолжает поиск эффективных препаратов для консервативного лечения, чтобы обеспечить лучшие результаты для пациентов, которые не подходят под критерии хирургического лечения или назначения наркотических анальгетиков [9].

Альтернативные методы лечения, такие как йога и поведенческие установки, не демонстрируют явную положительную динамику в сравнении с другими формами терапии и лечением нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) обеспечивая лишь небольшое улучшение состояния, почти такое же, как и при отсутствии лечения [11].

Другими вариантами лечения при дорсалгиях являются мануальная терапия и физиолечение. При этом мануальная терапия дает худшие результаты в сравнении с физиотерапией [14].

Среди наших пациентов в результате проведенного комплексного лечения, сочетавшего в себе применение медикаментозных и немедикаментозных методов, было отмечено значительное уменьшение болевого синдрома и восстановление двигательной активности у 38,3 % (41), уменьшение боли в состоянии покоя у 36,4 % (39), без эффекта в результате лечения остались 25,3 % (27) больных.

Наиболее часто используемыми группами препаратов были (по убыванию): НПВП, витамины группы В (как чередование инъекций отдельных витаминов, так и применение мультивитаминных комплексов), антихолинэстеразные препараты, миорелаксанты, трициклические антидепрессанты,

глюкокортикоиды (ГК), анальгетики, спазмолитики, антиагрегантные препараты, хондропротекторы.

Максимальную эффективность продемонстрировало комплексное лечение сочетанием препаратов групп НПВП, витаминов группы В, трициклических антидепрессантов.

При анализе результатов применения в схемах стационарного лечения дорсалгии противовоспалительных препаратов нами установлено, что применение НПВП дало положительный эффект в виде снижения болевого синдрома в 80,8 % из 101 случая, ГК — в 60,3 % из 68 случаев, причем эти пациенты получали в большинстве случаев комбинированную терапию ГК + НПВП.

Применение НПВП является стандартом лечения острой боли, а также входит в схему терапии хронической дорсалгии. Несмотря на длительную историю их применения, они по-прежнему остаются одним из наиболее часто используемых классов обезболивающих препаратов [1, 6, 10].

Клинический опыт применения НПВП и коксибов обширен. НПВП более эффективны, чем многие другие широко используемые анальгетики [7].

Кроме того, анестезиологическая лестница ВОЗ, которая поддерживает поэтапный подход к применению обезболивающих средств из различных анальгетических групп нарастающим образом, включает парацетамол и другие НПВП.

НПВП представляют собой вещества, обладающие противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием. Основным механизмом действия НПВП заключается в селективном и неселективном ингибировании фермента циклооксигеназы

(ЦОГ) и последующем снижении продукции простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов. Ингибирование ЦОГ-изофермента у некоторых НПВП дополняется заметным подавлением продукции интерлейкина-6 (ИЛ-6) и индуцируемой синтазы оксида азота (iNOS) [4, 5].

При назначении НПВП следует учитывать характер болевого синдрома. Например, их не следует назначать пациентам с нейропатической болью, на которых препараты данной группы не окажут ожидаемого анальгезирующего эффекта.

### Выводы

В целом терапия дорсалгий остается трудно решаемой проблемой. Наше исследование подтверждает необходимость комплексного индивидуализированного подхода к лечению боли в спине и доказывает обоснованность включения в схемы лечения нестероидных противовоспалительных препаратов, которые по-прежнему демонстрируют высокую эффективность.

### Список литературы

1. Алексеев В. В. Современные возможности терапии острых болевых синдромов // *Нервные болезни*. — 2012. № 4. — С. 21–25.
2. Ахмадов Т. З., Абусуева Б. А., Манышева К. Б. Современные аспекты диагностики и лечения поясничных болей у подростков и юношей в регионе Северо-Восточного Кавказа // *Медицинский алфавит*. — Т. 2. № 17. — С. 29–32.
3. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. — М., 2012.
4. Ковальчук В. В. Возможности повышения эффективности терапии пациентов с дорсалгиями // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2012. Т. 114. № 6. — С. 26–30.
5. Ковальчук В. В., Ефимов М. А. Сравнительная характеристика эффективности и переносимости кратких курсов терапии различными нестероидными противовоспалительными препаратами при лечении пациентов с дорсалгиями // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2010. Т. 110. № 1. — С. 55–58.
6. Перегонцева Н. В., Дехнич С. Н., Хамцова Е. И. Значение стандартов диагностики и лечения для оптимизации качества медицинской помощи пациентам с дорсопатиями // *Бюллетень сибирской медицины*. — 2011. № 2. — С. 169–172.
7. Шостак Н. А., Правдюк Н. Г. Дорсопатии — новый взгляд на проблему диагностики и лечения // *Современная ревматология*. — 2010. Т. 4. № 1. — С. 28–31. DOI: 10.14412/1996-7012-2010-583.
8. Alamin T. F., Agarwal V., Zigel A., Qeli A. The effect of standing vs. variants of the seated position on lumbar intersegmental angulation and spacing: a radiographic study of 20 asymptomatic subjects // *Journal of Spine Surgery*. — 2018. Vol. 4 (3). — P. 509–515. DOI: 10.21037/jss.2018.08.03.
9. Bemet B. A., Peskura E. T., Meyer S. T. et al. The effects of hip-targeted physical therapy interventions on low back pain: A systematic review and meta-analysis // *Musculoskeletal Science and Practice*. — 2019. Vol. 39. — P. 91–100. DOI: 10.1016/j.msksp.2018.11.016.
10. Bushnell M. C., Case L. K., Ceko M. et al. Effect of environment on the long-term consequences of chronic pain // *Pain*. — 2015. Vol. 156. Suppl. 1. — P. 42–49. DOI: 0.1097/01.j.pain.0000460347.77341.bd.
11. Herrmann W. A., Geertens M. S. Efficacy and safety of lornoxicam compared with placebo and diclofenac in acute sciatica/lumbo-sciatica: an analysis from a randomised, double-blind, multicenter, parallel-group study // *International Journal of Clinical Practice*. — 2009. Vol. 63 (11). — P. 1613–1621. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2009.02187.
12. Vlayen J. W. S., Maher C. G., Wiech K. et al. Low back pain // *Nature reviews. Disease primers*. — 2018. Vol. 4 (1): 52. Published online 13.12.18. DOI: 10.1038/s41572-018-0052-1.

## Дерматологи и ревматологи считают необходимым обеспечить непрерывность терапии и внесение дополнительных критериев инвалидности для пациентов с аутоиммунными заболеваниями

В рамках IX Всероссийского конгресса пациентов, прошедшего 4 декабря 2018 года., состоялся Круглый стол «Как изменить систему», посвященный ключевым проблемам лекарственного обеспечения людей с хроническими иммуноопосредованными заболеваниями. Медицинские эксперты и представители пациентских организаций обращают внимание органов государственной власти, широкой общественности и средств массовой информации на необходимость непрерывности терапии для этой группы пациентов.

Для достижения лучших результатов контроля над заболеванием терапия должна быть начата как можно раньше после постановки диагноза. Однако пациенты, страдающие воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и псориазом (без артрита), даже на поздних стадиях болезни часто не признаются инвалидами и не относятся к льготным категориям населения, имеющим приоритетное право на получение дорогостоящих лекарственных препаратов. Для решения данной ситуации необходимо провести анализ текущих критериев нетрудоспособности, установленных приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н для пациентов с ВЗК и пациентов с псориазом (без артрита) при присвоении им статуса инвалида. Участники круглого стола считают, что необходимы экспертное обсуждение и внесение дополнительных критериев установления инвалидности у пациентов с иммуноопосредованными заболеваниями.

Второй аспект непрерывного доступа к лекарственным препаратам касается медико-социального переосвидетельствования пациентов с ВЗК и псориазом. У пациентов, получающих льготное лекарственное обеспечение, ожидаемо наблюдается

улучшение клинко-функционального статуса. Это приводит к тому, что при проведении очередной медико-социальной экспертизы им снимают статус инвалидности, и в результате они теряют доступ к необходимой им терапии, что приводит к возвращению болезни и ухудшению состояния здоровья<sup>1</sup>. Участники круглого стола считают необходимым внести дополнение в порядок переосвидетельствования инвалидности у пациентов, получающих терапию, в целях непрерывности обеспечения стабильных пациентов препаратами и повышения качества оказания медицинской помощи. Также следует уделить особое внимание вопросам перехода пациентов из детского во взрослый возраст, чтобы обеспечить преемственность лечения и непрерывность получаемой лекарственной терапии.

«Необходимость внесения дополнительных критериев в медико-социальное освидетельствование пациентов с псориазом и ВЗК — один из наиболее актуальных вопросов, которые мы планируем адресовать медицинскому сообществу и ключевым ведомствам. От их решения зависит реализация прав пациентов на получение эффективного лечения и снижение инвалидизации пациентов детского и трудоспособного возраста», — отмечает Олеся Мишина, президент Межрегиональной благотворительной общественной организации «Кожные и аллергические болезни».

<sup>1</sup>Исключение составляют пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника, имеющие статус «ребенок-инвалид» и пациенты с тяжелыми формами псориаза со значительно выраженными нарушениями функций организма, не контролируемые иммуносупрессивными препаратами.