

# В зоне особого внимания: боль в спине

На протяжении последних десятилетий боль в спине (дорсалгия), преимущественно в пояснице, является наиболее частой жалобой, с которой пациенты обращаются к терапевту или неврологу. По данным экспертов ВОЗ, почти 90% людей хотя бы раз в жизни испытывали боль в спине. Согласно статистике около четверти взрослого населения США испытывали боль в спине на протяжении дня в течение 3-месячного периода и 7,6% отмечали эпизод острой боли на протяжении последнего года [1].

Широкое распространение боли в спине, в том числе у лиц молодого и среднего трудоспособного возраста, придает большое социально-экономическое значение этой проблеме. Люди с повторными эпизодами боли в спине в течение более длительного времени остаются нетрудоспособными, а затраты на их лечение возрастают в несколько раз [2].

С наступлением весны количество жалоб на боль в спине традиционно возрастает в связи с началом «дачно-огородного» сезона, а также вследствие увеличения числа желающих улучшить физическую форму с помощью спортивных упражнений



## НЕПРИЯТНОЕ ОЩУЩЕНИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ

В зарубежной литературе часто используют термин «боль в спине» («backpain»), причем одни специалисты ассоциируют ее возникновение с остеопорозом, в то время как другие — с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника либо с гормональными изменениями у женщин в климактерический период. Боль в шейном отделе позвоночника преимущественно описывают как «neckpain», в пояснично-грудном отделе — «backpain», в нижней части спины — «lowbackpain».

Под синдромом боли в нижней части спины понимают боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками. На основании современных представлений о сути болевого синдрома можно сказать, что боль представляет собой феномен, в генезе которого переплетаются анатомический, физиологический, психологический и социальный компоненты. Согласно официальной номенклатуре Международной ассоциации по изучению боли «боль является неприятным ощущением и эмоциональным переживанием, возникаю-

щими в связи с существующей или потенциальной угрозой повреждения тканей» [3].

Представление о боли берет свое начало со времен Аристотеля, который считал, что в результате внутренних процессов, происходящих в сердце, интенсивное восприятие света, звука или прикосновения порождает болевое ощущение. Платон утверждал, что ощущения боли и удовольствия локализируются в сердце и печени, возникая вследствие сильного взаимодействия между атомами тела. Французский философ, математик и физиолог Рене Декарт предполагал, что болевая импульсация образует прямой канал из кожных покровов в головной мозг.

Среди современных взглядов следует особо выделить теорию так называемого воротного контроля боли. В соответствии с ней нейронный механизм, локализирующийся в задних рогах спинного мозга, работает как ворота, которые способны увеличивать или уменьшать поток нервных импульсов, идущих от периферических волокон в центральную нервную систему. Когда количество информации, которая прошла через ворота, превышает критический уровень, возбуждаются нейронные области, принимающие

участие в возникновении ощущения боли и соответствующей реакции на нее.

### ФАКТОРЫ РИСКА

Факторы риска боли в спине можно разделить на корригируемые и некорригируемые. К некорригируемым относят неблагоприятную наследственность, средний и пожилой возраст, а также женский пол [3].

Среди корригируемых факторов выделяют:

- производственные статико-динамические перегрузки, особенно в неудобных позах, с вибрацией и воздействием неблагоприятных метеорологических факторов;
- отсутствие регулярной физической активности, малоподвижный образ жизни;
- эпизодические большие физические нагрузки у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, а также спортивные перегрузки;
- нарушение осанки (сколиоз, кифосколиоз, сутулость);
- частые простудные заболевания, ожирение, заболевания пищеварительного тракта и печени;
- факторы образа жизни (алкоголь, курение, увлечение жареной пищей, копченостями, соленьями, пряностями, а также продуктами, которые содержат большое количество пуриновых оснований: мясные субпродукты, раки, крабы, анчоусы, бекон и др.).

Все случаи боли в спине делят на первичные и вторичные. Первичный синдром боли в спине обусловлен дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательных сегментов (дугоотростчатых суставах позвонков, межпозвонковом диске, фасциях, мышцах, сухожилиях, связках). Вторичный синдром боли в спине может быть связан с врожденными аномалиями, травматическими поражениями позвоночника, опухолевыми и инфекционными процессами, остеопорозом, а также заболеваниями внутренних органов.

Боль длительностью менее 6 нед считается острой, от 6 до 12 нед — подострой и более 12 нед — хронической. Пациенты с острой, подострой и хронической болью в спине отличаются прогнозом в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности. Кроме того, у них используют разные подходы к диагностике и лечению.

### ДИАГНОСТИКА

В настоящее время для диагностики заболеваний позвоночника применяют такие

методы, как компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Большинство врачей предпочитают проведение МРТ, однако ряд заболеваний позвоночника столь же эффективно (а некоторые и более эффективно) можно диагностировать с помощью КТ.

Как правило, в основе боли в спине лежат два основных механизма, которые и определяют тактику ведения пациента, а именно:

- поражение позвоночника (спондилез, спондилоартроз, дисфункция мышечно-связочного аппарата спины, грыжи диска);
- спазм и растяжение мышц, спазм и растяжение связок.

### ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Среди основных принципов лечения первичной боли в спине следует выделить отдых в течение нескольких дней, использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в том числе для местного применения, а также миорелаксантов (при необходимости). При этом основным методом лечения дорсалгии являются НПВП, которые



**Выбор лекарственной формы НПВП и конкретного препарата определяется клинической ситуацией. В частности, локальные формы НПВП (гели, мази) можно использовать в качестве дополнительного анальгетика или самостоятельного обезболивающего средства при слабой или умеренно выраженной боли, а также в случае невозможности системного применения этих препаратов из-за высокого риска осложнений**

назначают с первого дня заболевания. Учитывая важную роль мышечного спазма в клинической картине болевых синдромов при ревматических заболеваниях, в комплексную терапию целесообразно включать миорелаксанты.

При острой или обострении хронической боли еженедельно оценивают состояние больного.

Выбор лекарственной формы НПВП и конкретного препарата определяется клинической ситуацией. В частности, локальные формы НПВП (гели, мази) можно использовать в качестве дополнительного анальгетика или самостоятельного обезболивающего средства при слабой или умеренно выраженной боли, а также в случае невозможности системного применения этих препаратов из-за высокого риска осложнений [4].

В большинстве случаев на фоне медикаментозного лечения отмечается положительный эффект и большинство больных восстанавливаются к концу первого месяца лечения. В частности, 90% пациентов с неспецифической болью в спине восстанавливаются за второй неделе (в случае обращения за помощью в течение первых 3 дней с момента появления симптомов). Если болевой синдром сохраняется в течение более 1 мес, проводят переоценку жалоб больного и дополнительное обследование для уточнения генеза боли и пересмотра тактики лечения.

Таким образом, своевременно начатая медикаментозная терапия способствует более благоприятному прогнозу в отношении восстановления. Основным направлением терапии у больных с острой болью в поясничной области является купирование боли преимущественно НПВП. Комбинации препаратов вышеуказанных групп позволяют потенцировать эффект НПВП и добиться более быстрого устранения болевого синдрома [1].

**Подготовила Александра Демецкая,  
канд. биол. наук**

### Литература

1. Шмырев В.И., Крыжановский С.М. Лечение острой боли в спине // Трудный пациент. – 2010.
2. Шостак Н.А., Клименко А.А. Боль в спине: некоторые аспекты диагностики и лечения // РМЖ. – 2006. – № 2. – С. 87.
3. Поворознюк В.В. Боль в нижней части спины. Распространенность, причины, механизмы развития и особенности диагностики // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2001. – № 1.
4. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Тимофеев В.Т., Шеметов Д.А. Боль в спине в практике терапевта: тактика ведения, лечение // Лечебное дело. – 2017. – № 1. – С. 16–22.