


Клиника неврологии Башкирского медуниверситета
(директор клиники – проф. Ахмадеева Лейла Ринатовна)

Лечение и профилактика болей в спине. Медикаментозные и не медикаментозные методы лечения.

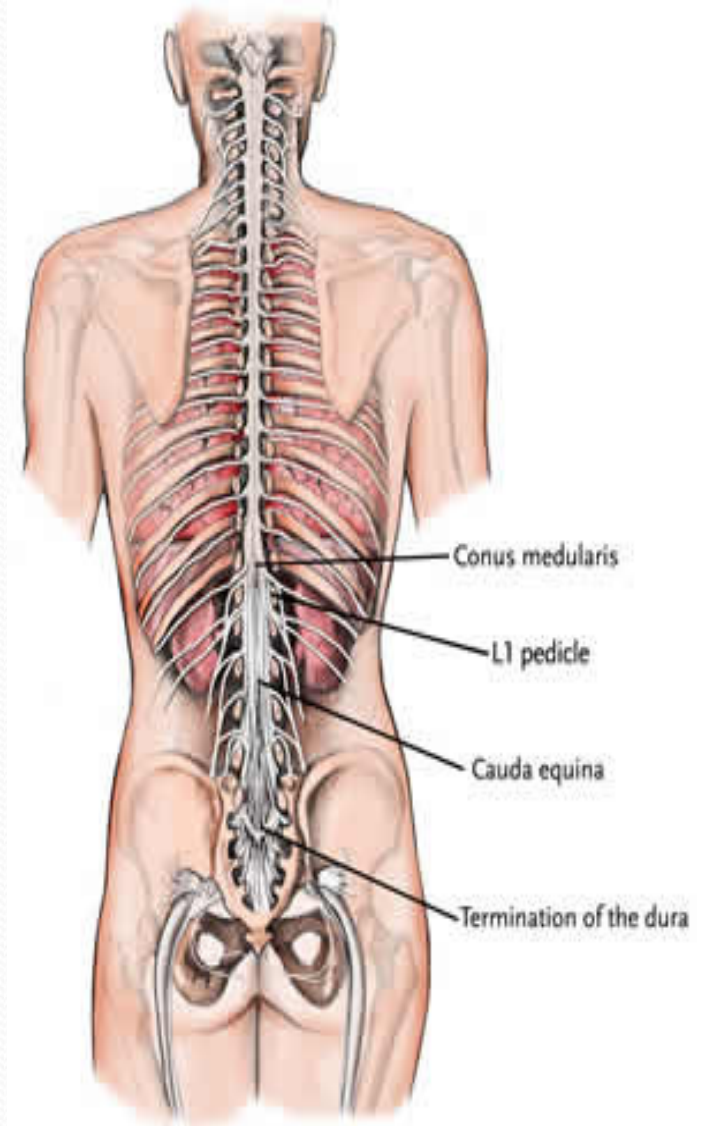
Раянова Г.Ш.

- 
- «Возможно, самой фундаментальной трудностью в отношении заболеваний опорно-двигательного аппарата является проблема их недостаточного понимания и оценки. Критическим звеном этой недостаточной оценки является дефицит информации».

Халфдан Маллер, ген.директор Ассамблей ВОЗ, 1976 г.

Боль в нижней части спины (Low back pain)

- -это боль, мышечное напряжение и/или скованность, локализующиеся в области между XII парой ребер и нижнеягодичными складками с или без иррадиации в нижние конечности.
- БНС- это симптом, а не диагноз. По МКБ-М54.5- «Боль внизу спины».



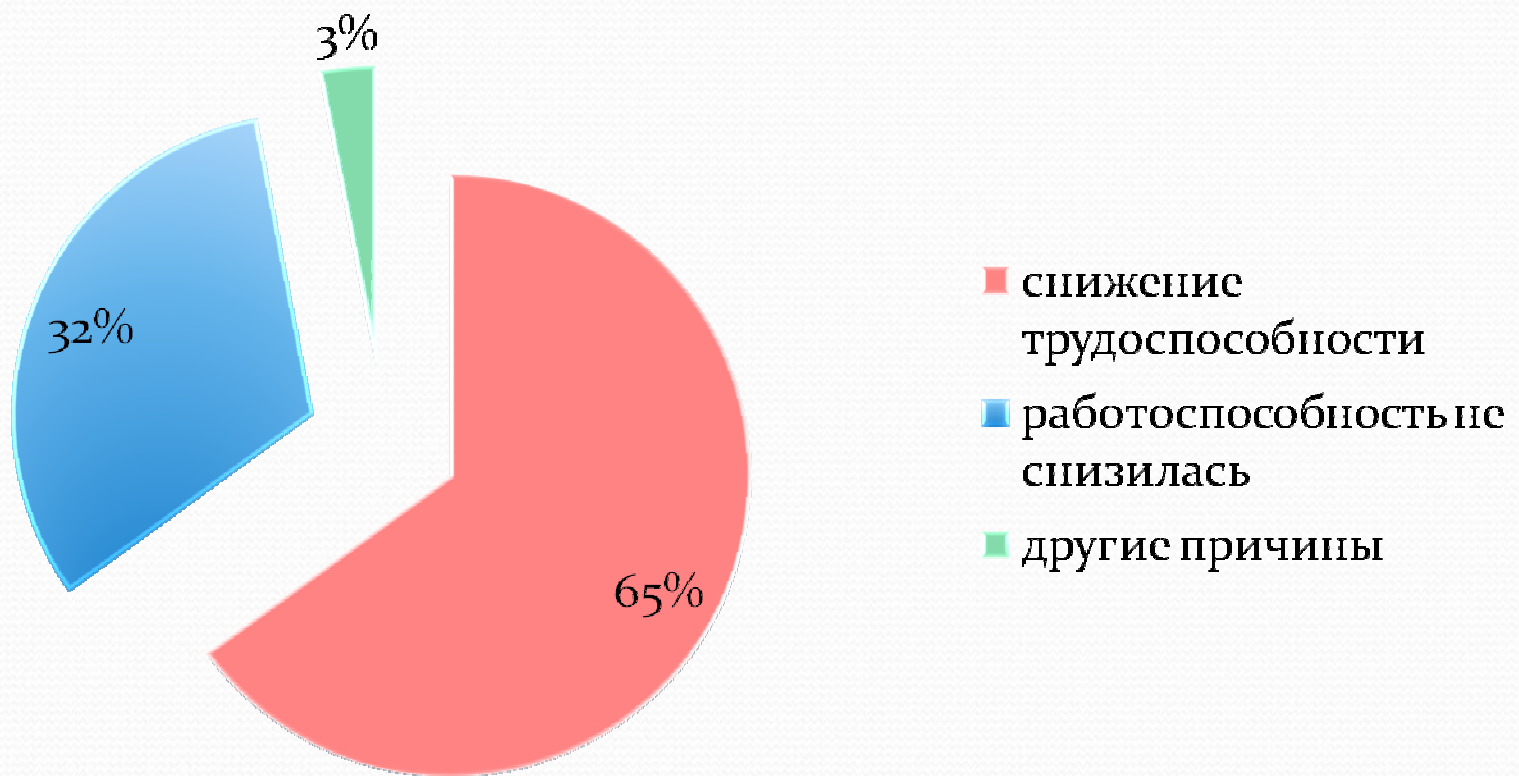
Актуальность проблемы.

- Боль в нижней части спины – одна из наиболее частых жалоб пациентов как в общей медицинской, так и в неврологической практике.
- Хотя бы раз в жизни эту боль испытывают не менее 70-80% взрослого населения,
- Материальные затраты, непосредственно связанные только с оказанием медицинской помощи пациентам с БНС, составляют 26,3 млрд. долларов, при том что огромные расходы сопряжены с временной утратой трудоспособности, невозможностью выполнять работу в полном объеме (2)

«Неспецифическая боль в нижней части спины.» Клинические рекомендации.
Москва-2008

2. Carey T., Evans A., Hadler N. et al. Acute severe low back pain. A populationbased study of prevalence and care-seeking. Spine 1996;21:339—44.

Трудоспособность у пациентов с БНЧС



Классификация БНС

- Острые – до 6 недель
- Подострые – от 6 недель до 3 месяцев
- Хронические – более 3 месяцев
- Рецидивирующий синдром



Факторы риска появления болей в нижней части спины

- Длительная статическая физическая нагрузка
- Физическая нагрузка связанная с скручиванием позвоночника или поднятием тяжести
- Ожирение
- Постарение
- Психофизиологические факторы (депрессии, стресс, беспокойство)

Ведение и лечение пациентов с БНС.

Лечение острых болей ВНС.

По рекомендациям ВОЗ лечение БНС должно включать.

- Устранение причины БНС.
- Отдых в течение 2-5 дней – при острых болях в первые дни возникновения. При хронических-
противопоказан!
- Назначение НПВС и анальгетиков.
- Назначение миорелаксантов
- Проведение локальной терапии (инъекции, мази, ИРТ)
- Физические упражнения.
- Физиотерапия.
- Психологическая коррекция
- Обучающая программа для работы с пациентами.

Нефармакологические методы лечения

1. Информирование пациента.

Суть в том, что прогноз при этом состоянии хороший, отсутствует необходимость в дополнительных лабораторно-инструментальных методах обследования. (С)

2. Физическая активность и постельный режим.

Пациентам с острой нБНС не рекомендуется назначение строгого постельного режима. (А)

«Неспецифическая боль в нижней части спины.» Клинические рекомендации. Москва-2008

Нефармакологические методы лечения

3. Сохранение повседневной активности.

Максимально раннее активизация пациента.

Оптимальной признаётся тактика поддержания привычного уровня физической активности (выполнение повседневных действий, ходьба по ровной поверхности и пр.).(А)

4. Лечебная физкультура.

В период обострения - не рекомендуется специальная лечебная физкультура. После купирования болевого синдрома.(А)

Нефармакологические методы лечения

5. Массаж.

После купирования острого болевого синдрома.(В)

Не является звеном первой помощи пациентам с оБНС.

6. Мануальная терапия.

Нет данных об эффективности данного метода. Он возможен только при исключении специфической патологии и компрессии спинного мозга и/или корешков.

«Неспецифическая боль в нижней части спины.» Клинические рекомендации. Москва-2008

Нефармакологические методы лечения

7. Физиотерапевтические методы – уровень доказательности плохой, не рекомендованы для пациентов с оБНС.
 - ДДТ;
 - Амплипульстерапия -СМТ;
 - лазерная терапия;
 - ультразвук и фонофорез;
 - ЧЭНС

Медикаментозная терапия.

- Препараты первого ряда **НПВС. (А)**

Максимальная эффективность НПВП.

- ✓ Назначение в средней- или в высокой терапевтической дозе;
- ✓ Индивидуальный подход;
- ✓ Непрерывный прием;
- ✓ Длительность приема соответствует длительности сохранения болевого синдрома;
- ✓ Прекращение приема- при полном купировании боли;
- ✓ Информирование пациента о возможных побочных действиях препарата;
- ✓ Нет разницы при применении НПВС перорально или внутримышечно.

Соотношение риска гастроинтестинальных и кардиоваскулярных осложнений при использовании НПВП



Ретроспективное когортное исследование (Квебек, Канада).
Больные, не принимавшие аспирин: парацетамол 75.761, целекоксиб 65.860, н-НПВП 37.495 пациент/лет
Ranme E., Nedjar H. Rheumatology, 2007, 46, 435-438

Вывод.

ЖКТ - осложнения

- На популяционном уровне, кетопрофен является препаратом, наиболее опасным в отношении патологии ЖКТ
- Диклофенак < ибупрофен < целекоксиб
- Мелоксикам < целекоксиб
- Нимесулид = ибупрофен и диклофенак

Кардиоваскулярные осложнения:

- диклофенак, мелоксикам, нимесулид < кетопрофен, ибупрофен ≤ целекоксиб

Медикаментозная терапия.

- Парацетамол – уровень доказательности(А), эффект –хороший.
- Миорелаксанты.
 - ❖ Уменьшают патологический гипертонус;
 - ❖ Снижают боль;
 - ❖ Уменьшают потребность в НПВП.

Остальные методы лечения.

- Эпидуральное введение глюкокортикоидов – не рекомендуются (C).
- Введение глюкокортикоидов в крестцово-подвздошное сочление – не рекомендуются.(C)
- Акупунктура – плохой уровень доказательности, пользу от применения нельзя оценить. (D)
- Применение жёстких матрасов для ночного сна, ношения в профилактических целях фиксирующих корсетов – уровень доказательности плохой (D), но можно рекомендовать их применение с учётом индивидуальных особенностей больного.

Jellema P., van Tulder M., van Poppel M., Nachemson A. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group // Spine. 2001; 26: 377-386 ;

«Неспецифическая боль в нижней части спины.» Клинические рекомендации. Москва-2008

Лечение Хронических НБНС

Хроническая БНС.

- функциональные ограничения на работе и в быту,
- хронический стресс ,
- депрессия.

Необходимо:

- ✓ следует постепенно расширять физическую активность,
- ✓ соблюдать правильные двигательные стереотипы на производстве и в быту,
- ✓ регулярно выполнять индивидуально разработанные комплексы физических упражнений, возможно, в сочетании с мануальной терапией
- ✓ при обострении необходимо короткие курсы использовать - парацетамол / НПВП / опиаты.

(Мультидисциплинарный консенсус, 2003).

Нефармакологические методы лечения

1. Информирование пациента – Школы для пациентов с болями в спине(С).
2. Физическая активность и постельный режим.
Пациентам не рекомендуется назначение постельного режима. (А)
3. Сохранение повседневной активности.(А)
4. **Лечебная физкультура.**
Занимает основное место в лечении хНБНС.(А)

Нефармакологические методы лечения

5. Массаж.

В сочетании с физическими упражнениями и образовательными программами.(С)

6. Мануальная терапия.

Короткие курсы могут быть рекомендованы (В).

7. Вытяжение.

Не рекомендуется в качестве лечебного мероприятия.(С)

Нефармакологические методы лечения

8. Поясничные ортезы (бандажи и корсеты).

Не рекомендуются для лечения хНБНС (С).

9. Физиотерапия- эффективность не ясна, не рекомендуются.(С)

- ДДТ;
- СМТ;
- лазерная терапия;
- ультразвук и фонофорез;
- ЧЭНС .

Инвазивные методы лечения.

- Акупунктура – (С), эффект неоднозначный, только в дополнении со стандартным лечением и ЛФК.
- Инъекции в триггерные точки и связки.(С). Польза от применения – противоречивая.
- Эпидуральные инъекции ГК (В). Данные о редукции боли противоречивы. Только при радикулопатии.
- Пролотерапия(А). Не доказана эффективность такой монотерапии, и пролотерапию рассматривают как *адъювантное* лечение.

Медикаментозная терапия.

- НПВС.(А)

Должны назначаться «по восходящей»: от высокой дозы более слабого к низкой дозе сильнодействующего.

- Опиоиды.(А)

При отсутствии эффекта от др. препаратов или при наличии противопоказаний.

- Антидепрессанты.(А)

- Миорелаксанты.(А)

В комбинации с другими анальгетиками, рекомендуются назначение короткими курсами (2-3 нед.)

Медикаментозная терапия.

- Аппликации перцового пластыря.

Рекомендуются с целью краткосрочного купирования боли (А).

- Витамины – не рекомендованы.
- Антikonвульсанты – не рекомендованы.
- Вазоактивная терапия : Пентоксифиллин, Эуфиллин – не рекомендованы.

- Абсолютными показаниями к оперативному вмешательству при неврологических осложнениях БНС являются: 1) острая компрессия спинного мозга или конского хвоста; 2) невриномная грыжа на фоне полного ликвородинамического и миелографического блока. Относительное показание — одно- или двусторонняя боль, резистентная к консервативной терапии и приводящая к нетрудоспособности больного.

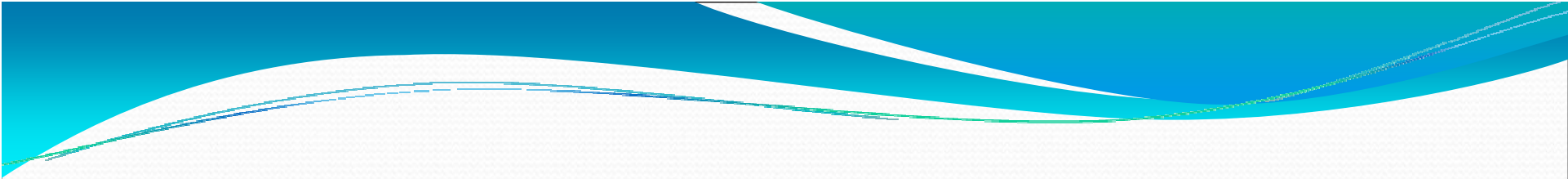
Выводы.

- Таким образом, на сегодня доказано, что при **острой** неспецифической БНС:
- 1) применение НПВП и миорелаксантов купирует боль;
- 2) соблюдении рекомендаций по сохранению двигательной активности.
- 3) нет доказательств эффективности других подходов (например, ношения поясничного бандажа, массажей, применения ультразвука, акупунктуры и т.д.).


Выводы.

Также доказано, что при **хронической БНС:**

- 1) эффективны физические упражнения и соблюдение правильных двигательных стереотипов в профессиональных и бытовых условиях, а также применение мультидисциплинарных лечебных программ;
- 2) нет доказательств долговременной эффективности фармакотерапии (НПВП, анальгетиков, миорелаксантов и антидепрессантов);
- 3) мультидисциплинарная терапия – эффективный подход;

- 
- 4) использование ортезов, применение ЧЭНС электромиостимуляции, тракций, акупунктуры, магнитотерапии, инъекций в триггерные точки и гидротерапии эффективность не доказана. Желательно применять в комплексном лечении.
 - 5) массаж и мануальная терапия – польза от применения умеренная.

Профилактика болей в спине.

- 
- Несмотря на то, что убедительно не подтверждена эффективность поведенческой терапии и посещения специализированных школ для пациентов с БНС, применение указанных способов профилактики обострения представляется целесообразным.

van Tulder M. Low back pain (chronic) // Clin Evid. 2004; 12: 1657–1682.

Лечение хНБНС с позиции доказательной медицины.

Лечение	Эффективно	Эффективность не доказана	Не эффективно
медикаментозное	НПВС	Кремы и мази	СИОЗС Антиконвульсанты (карбомазепин)
	Парацетамол Опиоиды топирамат	Камфора, мята перечная, алоэ, арника	Габапентин Рутинное использование опиоидов Миорелаксанты Системные ГКС Ингибиторы ФНО-а Витамины Пролотерапия Инъекции в фасеточные суставы

<p>Немедикаментозное</p>	<p>Изменение положения сна Нейрорефлексо-терапия Массаж+ЛФК ЧЭНС ИРТ ЛФК Йога Акватерапия Инъекции в триггерные точки Изменение условий работы Школы для пациентов</p>	<p>Жесткие матрасы и др. приспособления для сна Инфракрасная терапия для использования в дом.условиях Ультразвук Диагностические инъекции в фасеточные суставы Инъекции ботулотоксина</p>	<p>Постельный режим Стельки для обуви Корсеты, бандажи Магнитотерапия ДДТ Инфракрасная терапия Низкоуровневая лазеротерапия Механомассаж Вытяжение Агрессивные упражнения на вытяжение</p>

**Спасибо за
внимание**

