

Синдром боли в нижней части спины в условиях поликлиники

А.Е. Михайлова^{1,3}, Р.Н. Захарова¹, Ш.Ф. Эрдес²,
В.Г. Кривошапкин¹, Т.А. Романова³, О.Л. Сидорова³

¹Научно-исследовательский институт здоровья ФГАОН ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»,
²ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва,
³ГУ «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины», Якутск

¹Research Institute of Health, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University

²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow
³Republican Hospital One – National Center of Medicine, Yakutsk

Контакты: Анна Ефремовна Михайлова
nsvnsr.66@mail.ru

Contact: Anna Efremovna Mikhailovna
nsvnsr.66@mail.ru

Поступила 19.09.2012

Цель – определить частоту и характер болей в нижней части спины (БНС) у амбулаторных больных, обратившихся в республиканскую больницу №1 – Национальный центр медицины в Якутске.

Материал и методы. Проведено анкетирование пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью. Всего было опрошено 1072 больных, в том числе 343 (32%) мужчины (средний возраст 44,9±14,9 года) и 729 (68%) женщин (средний возраст 49,8±12,2 года).

Результаты. Из 1072 опрошенных 415 пациентов имели жалобы на БНС. У 27 пациентов были выявлены вероятные специфические заболевания, а у 47 – корешковые боли. У 341 из 415 пациентов БНС была хронической.

Заключение. БНС является частой причиной обращения больных за амбулаторной помощью. В большинстве случаев пациенты обращались по поводу хронической неспецифической боли.

Ключевые слова: синдром боли в нижней части спины, диагностическая сортировка, «знаки угрозы».

LOWER BACK PAIN SYNDROME UNDER POLYCLINIC CONDITIONS

A.E. Mikhailova^{1,3}, R.N. Zakharova¹, Sh.F. Erdes², V.G. Krivoshapkin¹, T.A. Romanova³, O.L. Sidorova³

Objective: to define the rate and nature of lower back pain (LBP) in outpatients seeking medical care at Republican Hospital One – National Center of Medicine in Yakutsk.

Subjects and methods. A total of 1072 patients (343 (32%) males (mean age 44.9±14.9 years) and 729 (68%) females (mean age 49.8±12.2 years)) seeking medical assistance were asked using questionnaires.

Results. Out of the 1072 respondents, 415 patients complained about LBP. Twenty-seven patients were found to have probable specific diseases and 47 had nerve root pains. LBP was chronic in 341 of the 415 patients.

Conclusion. LBP is a common reason for patients seeking outpatient care. In the majority of cases, they sought medical assistance for chronic nonspecific pain.

Key words: lower back pain, diagnostic sorting, warning signs.

Боль в нижней части спины (БНС) – распространенный симптом, под которым понимают боль, локализирующуюся между XII парой ребер и ягодичными складками. Неврологи, терапевты и семейные врачи сталкиваются с ней практически ежедневно [1–3].

Актуальность изучения БНС обусловлена не только ее широкой распространенностью и экономическим ущербом, который она наносит обществу, но и многими нерешенными проблемами диагностики и лечения этого синдрома [4, 5].

Известно, что в России нет общепринятой концепции диагностики и лечения этой категории пациентов. В то же время в других странах на основе принципов доказательной медицины разработаны клинические рекомендации как для острой, так и для хронической БНС, которые широко используются врачами общей практики. Согласно этим рекомендациям диагностический поиск при острой БНС в первую очередь должен быть сфокусирован на выявлении потенциально опасной специфической патологии.

Признаки таких изменений обозначают как «знаки угрозы» (red flags) – анамнестические и/или клинические проявления, при наличии которых имеется повышенная вероятность развития или наличия тяжелого заболевания, являющегося причиной БНС.

При БНС основными «знаками угрозы» считают: серьезную травму позвоночника, возраст старше 50 или моложе 20 лет, устойчивую лихорадку, онкологическое заболевание в анамнезе, необъяснимую потерю массы тела, ослабевающую ночную боль в спине, прогрессирующий неврологический дефицит, клинические признаки синдрома конского хвоста (недержание мочи или затрудненное мочеиспускание, «седловидная» анестезия, нарушение чувствительности в области анального отверстия и промежности, двусторонняя слабость и/или онемение нижних конечностей), иммуносупрессию, длительный прием глюкокортикоидов (ГК).

При обнаружении «знаков угрозы» врач должен направить пациента к соответствующему специалисту для дальнейшего обследования с использованием клинико-инструментальных методов [4, 5].

Согласно Европейским рекомендациям по диагностике и лечению острой неспецифической БНС в случае отсутствия «знаков угрозы» обследование пациента может быть отсрочено по крайней мере на 4–6 нед, которые обычно необходимы для купирования боли [2, 3, 5, 6].

Среди диагностических методов обследования при БНС наиболее часто в амбулаторной практике используют рентгенографию, компьютерную томографию, магнит-

Таблица 1 Характеристика больных

Возраст, годы	Мужчины (n=343)		Женщины (n=729)		Всего (n=1072)	
	n	%	n	%	n	%
18–24	50	14,6	28	3,8	78	7,3
25–34	52	15,2	73	10	125	11,7
35–44	34	9,9	102	13,9	136	12,7
45–54	95	27,7	246	33,7	341	31,8
55–64	91	26,5	217	30	308	28,7
>65	21	6,1	63	8,6	84	7,8

но-резонансную томографию позвоночника. При БНС назначение данных исследований позвоночника обоснованно при подозрении на перелом позвонка, инфекционный процесс, опухоль позвоночника или развитие спондилита. В случае отсутствия опасных или угрожающих жизни пациента состояний не следует проводить многочисленные лабораторные и инструментальные исследования, приводящие к необоснованным экономическим расходам, увеличивающие стоимость и длительность лечения [4–7].

Цель – изучить частоту и характер БНС среди амбулаторных больных.

Материал и методы

Исследование было проведено в Республиканской больнице №1 – Национальном центре медицины (РБ №1 – НЦМ) Якутска. В его основу было положено анкетирование взрослых людей, обратившихся за медицинской помощью (табл. 1).

Анкета заполнялась на всех первичных пациентов вне зависимости от жалоб, с которыми они обратились на прием. Всего было опрошено 1072 больных, 318 из них обратились по поводу БНС, а 754 пациента – по другим причинам. В этой группе было 343 мужчины (32%, средний возраст $44,9 \pm 14,9$ года) и 729 женщин (68%, средний возраст $49,8 \pm 12,2$ года).

Анкетирование больных проводили терапевт, невролог, ревматолог. Анкета включала паспортные, демографические данные, вопросы о причине обращения к врачу, жа-

лобы, анамнез, результаты объективного осмотра и лабораторно-инструментального исследования. В целях выявления вероятной серьезной патологии анкета содержала список «знаков угрозы».

Результаты и обсуждение

По поводу БНС обратились 318 человек: 108 (34%) мужчин и 210 (66%) женщин. Среди них преобладали пациенты с хронической болью, которая отмечалась в 226 (71%) случаях (155 женщин и 71 мужчина). Острую боль имели 14 (4,4%) человек.

Из 754 пациентов, обратившихся не по поводу БНС, у 97 она была выявлена. Хроническую боль имели 85 (87%) из них (39 мужчин и 46 женщин). Подострая боль выявлена у 12 (12,4%) человек.

Таким образом, у 415 из 1072 (38,7%) пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью, имелись жалобы на БНС.

Как отмечалось выше, первичный врачебный осмотр был ориентирован на выявление вероятного специфического заболевания. Для этого тщательно изучали анамнестические данные, оценивали походку, осанку, объем движений, болезненность при пальпации и перкуссии позвоночника, мышц, сухожилий и суставов, состояние видимых слизистых оболочек, кожных покровов, проводили аускультацию легких и сердца, пальпацию периферических лимфатических узлов, живота, молочных желез у женщин.

У 341 (82,2%) пациента с БНС признаки «серьезной патологии» отсутствовали. Эти лица были проин-

Таблица 2 «Знаки угрозы», выявленные у пациентов с БНС

№	«Знаки угрозы»	Число больных	
		n	%
1	Травма позвоночника в анамнезе	10	2,4
2	Устойчивая лихорадка, связанная с БНС	4	0,9
3	Инфекции мочеполового тракта	7	1,6
4	Туберкулез в анамнезе	1	0,2
5	Онкологическое заболевание в анамнезе	10	2,4
6	Необъяснимая потеря массы тела	12	2,8
7	Неослабевающая боль в спине	20	4,8
8	Сахарный диабет	–	–
9	Системное лечение ГК	6	1,4
10	Нарушение чувствительности в нижних конечностях	16	3,8
11	Нарастающее онемение в нижних конечностях	6	1,4
12	Мышечная слабость в нижних конечностях	3	0,7
13	Нарушение функции тазовых органов	8	1,9
14	Отсутствие эффекта от терапии	33	7,9
15	Утренняя скованность в позвоночнике	10	2,4

Таблица 3 Результаты диагностической сортировки пациентов с болями в нижней части спины

Категории	Число больных	
	п	%
Неспецифическая БНС	341	82,2
Вероятные специфические заболевания	27	6,5
Корешковые боли	47	11,3

формированы, что у них отсутствуют признаки «опасного заболевания» и нет необходимости в проведении дополнительного обследования. Таким больным назначались обезболивающие средства, лечебная физкультура, массаж. При наличии информированного согласия их включали в дальнейшее исследование по изучению качества жизни и эффективности назначенной терапии в течение года.

У 74 больных выявлены «знаки угрозы» (табл. 2). В одном случае отмечалось сочетание нескольких таких знаков.

Наиболее частыми «знаками угрозы» были отсутствие эффекта от проводимой терапии (7,9%), неослабевающая боль в спине (4,8%) и нарушение чувствительности в нижних конечностях (3,8%). Реже выявлялись: онкологическое заболевание в анамнезе, необъяснимая потеря массы тела, травма позвоночника в анамнезе, утренняя скованность. Еще реже встречались инфекция мочеполового тракта, системное лечение ГК, нарастающее онемение в нижних конечностях и нарушение функции тазовых органов. Менее чем у 1% отмечались устойчивая лихорадка, связанная с болью в спине, туберкулез в анамнезе, мышечная слабость в нижних конечностях.

По результатам исследования выделено три категории пациентов с БНС (табл. 3).

Большинство пациентов (n=341) имели неспецифическую БНС (82,2%), у 27 выявлены вероятные специфические заболевания (6,5%), у 47 – корешковые боли (11,3%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мясоедова С.Е., Кожевникова Е.А., Корягина Н.В. и др. Распространенность суставных жалоб среди населения г. Иванова. Науч-практич ревматол 2006; 2:18–21.
2. Шостак Н.А., Насонова В.А., Шеметов Д.А. и др. Боль в нижней части спины, как многодисциплинарная проблема (обзор). Тер арх 2000;10:57–60.
3. Эрдес Ш., Галушко Е.А., Бахтина Л.А. и др. Частота болей в суставах у городских и сельских жителей России (предварительные результаты). Тер арх 2005;5:65–9.
4. Refshauge K.M., Maher C.G. Low back pain investigations and prognosis: a review. Br J Sports Med 2006;40:494–8.
5. Kinkade S. Evaluation and treatment of low back pain. Am Fam Phys 2007;8:1181–92.
6. Эрдес Ш. Принципы диагностики и лечения болей в нижней части спины. Науч-практич ревматол 2006;2: 37–44.
7. Deyo R.A., Weinstein J.N. Low back pain. N Engl J Med 2001;344:363–70.

Пациентов, имеющих «знаки угрозы», направили на дальнейшее обследование. Так, к ревматологу направлены 15 пациентов при наличии хотя бы одного из следующих признаков: устойчивая лихорадка, инфекция мочеполового тракта, неослабевающая боль в спине, утренняя скованность в позвоночнике, отсутствие эффекта от лечения, системное лечение ГК, нарушение чувствительности в нижних конечностях.

К онкологу направлены 8 пациентов с онкологическими заболеваниями в анамнезе, необъяснимой потерей массы тела, отсутствием эффекта от проводимого лечения.

Один пациент с туберкулезом легких в анамнезе, необъяснимой потерей массы тела, отсутствием эффекта от терапии получил направление к пульмонологу, фтизиатру.

К урологу, гинекологу направлены три пациента с онкологическими заболеваниями в анамнезе, инфекцией мочеполового тракта, отсутствием эффекта от лечения.

Пациенты с травмой позвоночника, нарушением чувствительности в нижних конечностях, неослабевающей болью в спине, нарастающим онемением в нижних конечностях, мышечной слабостью в нижних конечностях, нарушением функции тазовых органов были направлены к неврологу.

Заключение

Частота БНС среди пациентов, обратившихся в клинико-консультативное отделение РБ №1 – НЦМ, составила 38,7%.

В большинстве случаев выявлялась хроническая неспецифическая БНС, которая не требовала дальнейшего лабораторно-инструментального исследования.

Однако у 1/5 пациентов, имеющих жалобы на БНС, обнаружены «знаки угрозы», свидетельствующие о необходимости дополнительного обследования.

Таким образом, проведение диагностической сортировки с выявлением «знаков угрозы» на первичном амбулаторном этапе среди больных с жалобами на БНС может способствовать снижению потребности в применении инструментальных методов обследования больных и уменьшению стоимости диагностических мероприятий.