

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования "Красноярский государственный  
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-  
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Реферат на тему:

«Боль в нижней части спины»

Выполнил:

Ординатор 1ого  
года обучения

Абдуллаев М.Б.

Красноярск  
2022

## ***Введение***

***Боль в нижней части спины (БНС)*** — боль, мышечное напряжение и/или скованность, локализованная в области спины между XII парой рёбер и нижними ягодичными складками с иррадиацией или без иррадиации в нижние конечности. По данным большинства зарубежных рекомендаций, нет четкой связи между выраженностью морфологических изменений позвоночника и наличием, а также выраженностью, боли в спине, что особенно касается неспецифической БНС. Например, асимптомные протрузии дисков выявляются в 35 % случаев в возрастной группе от 25 до 39 лет и в 100 % случаев у лиц старше 60 лет. Даже при наличии более грубых изменений позвоночного канала в виде поясничного стеноза клинические проявления этого состояния являются крайне гетерогенными — от асимптомности до синдрома нейрогенной (каудогенной) перемежающейся хромоты.

## ***Факторы риска***

Факторы риска развития дорсопатий изучены достаточно хорошо. Доказано, что избыточная масса тела многократно увеличивает нагрузку на опорно-двигательную систему, увеличение веса на одну единицу индекса массы тела (ИМТ) сверх нормы ведет к повышению нагрузки на поясничный отдел позвоночника до 40 кг. К факторам риска возникновения болевого синдрома также могут быть отнесены наследственность, статодинамические перегрузки, особенно в неудобных позах, с воздействием вибрации и неблагоприятных метеорологических факторов; чрезмерные повседневные физические нагрузки; малоподвижный образ жизни; слабость мышечного корсета. Все это может приводить к развитию как острой, так и хронической боли в спине.

## ***Эпидемиология***

По данным различных международных эпидемиологических исследований, неспецифическая БНС встречается у 75–89 % пациентов, обращающихся за медицинской

помощью с болью в спине. У 10–20 % пациентов трудоспособного возраста острая боль в спине трансформируется в хроническую, а у 25–30 % — рецидивирует в течение года.

Структура различных болевых синдромов в спине, следующая: 80–85 % — неспецифические боли в спине, 10–15 % — радикулопатии, 1–5 % — специфические боли в спине, обусловленные серьезной патологией.

По данным отечественных публикаций, боль в спине занимает второе место по количеству дней и третье место по случаям временной нетрудоспособности среди всех классов болезней. Около 42 % пациентов, имеющих I или II группу инвалидности, страдают хроническим болевым синдромом в спине.

Боли в нижней части спины занимают одно из ведущих мест среди причин обращаемости к врачу и получения нетрудоспособности у лиц различного возраста. С ними связаны громадные социально-экономические потери для общества в связи с временной утратой трудоспособности. В 2005 году в США прямые медицинские затраты по лечению пациентов, страдающих болями в нижней части спины, превысили 86 миллиардов долларов.

### ***Этиология***

Источниками скелетно-мышечных болей могут являться (Kuslich 1991, Chou D 2011):

- 1) Межпозвоночный диск - нервные окончания обнаружены в наружной 1/3 кольца
- 2) Капсулы суставов (дугоотрасчатых, крестцово-повздошных сочленений)
- 3) Связки и фасции
- 4) Позвонки - ноцицепторы обнаружены в надкостнице и в кровеносных сосудах.
- 5) Твердая мозговая оболочка, спинномозговые узлы, периневральная соединительная ткань
- 6) Мышцы

По данным Deyo R. (2001 г) самой частой причиной болей в спине (70%) является микротравматизация мышц. По данным других авторов, основанных на использовании малоинвазивных диагностических процедур в 25 - 42% случаев боли носили дискогенный характер, в 18-45% подтвержден фасеточный характер болей и в 10-18% источником боли являлось крестцово-подвздошное сочленение, при этом роль мышечного фактора вообще не упоминается (Manchikanti (2001,2009), Hansen (2007), DePalma (2011г).

### ***Классификация***

#### I. По длительности боли:

- 1) острая БНС (до 6 недель)
- 2) подострая БНС (от 6 до 12 недель)
- 3) хроническая БНС (свыше 12 недель)
- 4) рецидивирующая БНС возникает с интервалом не менее 6 месяцев с момента окончания предыдущего обострения, то есть после полностью бессимптомного периода;
- 5) обострение хронической БНС — если указанный интервал составляет менее 6 месяцев, либо если боль до конца не купировалась.

#### II. По этиопатогенезу боли:

- 1) первичная БНС — болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и/или функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата позвоночника (межпозвонковые суставы, межпозвонковые диски, фасции, мышцы, сухожилия) с возможным вовлечением смежных структур (корешок, нерв);
- 2) вторичная БНС, основными причинами которой являются: врожденные аномалии (люмбализация, spina bifida, и т. д.), травмы (переломы позвонков, протрузии межпозвонковых дисков и др.), артриты (анкилозирующий спондилит, реактивные артриты, ревматоидный артрит и др.), другие заболевания позвоночника (опухоли, инфекции, нарушения метаболизма и

др.), проекционные боли при заболеваниях внутренних органов (желудка, поджелудочной железы, кишечника, брюшной аорты и др.)

### III. По этиологии боли:

1. Вертеброгенные причины БНС: 1) грыжа (пролапс) или протрузия межпозвонкового диска; 2) спондилез; 3) остеофиты; 4) сакрализация или люмбализация; 5) спондилоартроз (фасет-синдром); 6) анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева); 7) спинальный стеноз (вторичный стеноз позвоночного канала, отмечающийся часто на фоне его врожденной узости); 8) нестабильность позвонково-двигательного сегмента (особенно рестроспондилолистез); 9) переломы позвонков (в том числе компрессионные на фоне остеопороза); 10) остеопороз; 11) первичные / вторичные опухоли позвоночника, спинного мозга и корешков; 12) врожденные или приобретенные деформации позвоночника (кифосколиоз, сколиоз, гиперлордоз); 13) функциональные биомеханические нарушения в межпозвонковых двигательных сегментах с нарушением двигательного стереотипа.

2. Невертеброгенные причины БНС: 1) миофасциальный болевой синдром; 2) психогенные боли; 3) отраженные боли в спине при болезнях внутренних органов (сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовых органов); 4) эпидуральный абсцесс; 5) сирингомиелия.

### IV. По отношению к локализации основного источника боли:

1. Локальные боли: 1) возникают в месте повреждения тканей (мышц, фасций, сухожилий, костей); 2) обычно характеризуются как диффузные и носят постоянный характер; 3) относятся к ноцицептивным (соматическим) болевым синдромам.

2. Отраженные боли: 1) возникают при повреждении (патологии) внутренних органов (висцеральные соматогенные) и локализуются, кроме области спины, в брюшной полости, малом тазу, в грудной клетке; 2) ощущаются в тех участках, которые иннервируются тем же сегментом спинного мозга, что и

пораженный орган; 3) например, БНС при язве задней стенки желудка, расслаивающей аневризме брюшной аорты, панкреатите.

3. Проецируемые (проекторные) боли: 1) имеют как распространенный, так и точно локализованный характер и по механизму относятся к невропатическим; 2) возникают при повреждении нервных структур, проводящих импульсы в болевые центры мозга; 3) радикулярные, или корешковые боли, обычно носят простреливающий характер и являются разновидностью проецируемых болей.

***«Красные флажки» при БНС:***

- 1) возраст более 50–55 лет или менее 18–20 лет;
- 2) боль не связана с движением, сочетается с болью другой локализации и/или носит распространенный характер (страдает более одного корешка);
- 3) серьезная травма позвоночника или связь начала заболевания с предшествующей травмой;
- 4) устойчивая лихорадка;
- 5) наличие онкологического заболевания в анамнезе;
- 6) необъяснимая потеря массы тела;
- 7) неослабевающая ночью или постоянно прогрессирующая боль в спине;
- 8) нарастающие неврологические симптомы, включая клинические признаки синдрома «конского хвоста» (недержание мочи или затрудненное мочеиспускание, «седловидная» анестезия с нарушением чувствительности в области анального отверстия и промежности, двусторонняя слабость и/или онемение нижних конечностей, импотенция);
- 9) пульсирующее образование в брюшной полости;
- 10) боль в спине, усиливающаяся в состоянии покоя;
- 11) иммуносупрессия, ВИЧ, наркотическая зависимость;
- 12) длительный прием глюкокортикоидов;
- 13) наличие системных заболеваний;
- 14) нарастание болевого синдрома с течением времени;

- 15) отсутствие облегчения и уменьшения боли в спине после пребывания в положении лежа;
- 16) интенсивная и ежедневная боль преимущественно в грудном отделе позвоночника;
- 17) деформация позвоночника, сформировавшаяся за короткий срок;
- 18) страдает общее состояние больного с длительным недомоганием.

### ***Лечение хронической БНС***

Согласно международным рекомендациям, в лечении хронической БНС наиболее эффективны: трициклические антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства, психотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия.

Пациентам с хронической болью в спине не рекомендуется назначение постельного режима и тракционной терапии (уровень доказательности В).

Также не рекомендуется ношение бандажей и корсетов (уровень доказательности В).

В ряде современных клинических рекомендаций физиотерапевтические воздействия (лазеротерапия, диатермия, лечение ультразвуком, термотерапия, чрескожная электрическая стимуляция) не рекомендуются в качестве методов лечения хронической боли в спине (уровень доказательности С).

Оценка их истинной эффективности крайне затруднена, так как качественные рандомизированные клинические исследования по изучению их эффективности отсутствуют (уровень доказательности D).

Метод ЛФК (лечебная гимнастика) назначается при уменьшении болевого синдрома. Постепенное увеличение нагрузки должно проводиться под контролем болевых ощущений. Эффективность метода повышается при адекватной состоянию больном физической нагрузке, систематизации и регулярности специальных упражнений.

Массаж включают в комплексное лечение с целью повышения функциональных возможностей нервно-мышечного аппарата, улучшения

центральной регуляции мышечного тонуса, активации нейроэндокринной системы, нормализации реактивности организма. Не рекомендуется проводить массаж при грыже МПД в зоне ее проекции.

### *Хирургическое лечение.*

Показания к хирургическому лечению делятся на относительные и абсолютные.

Абсолютным показанием к хирургическому лечению являются развитие каудального синдрома, наличие секвестрированной грыжи МПД, выраженный корешковый болевой синдром, не уменьшающийся, несмотря на проводимое лечение.

Относительными показаниями являются неэффективность консервативного лечения, рекуррентный ишиас.

Консервативная терапия по продолжительности не должна превышать 3 мес. и длиться как минимум 6 нед. Предполагается, что хирургический подход в случае острого корешкового синдрома и неэффективности консервативного лечения оправдывается в течение первых 3 мес. после появления боли для предотвращения хронических патологических изменений в корешке. Относительным показанием являются случаи крайне выраженного болевого синдрома, когда происходит смена болевой составляющей возрастающим неврологическим дефицитом.