тельный подход в лечении остеопороза.

В некоторых завершенных клинических исследованиях была предпринята попытка оценить эффект комбинированного применения двух антирезорбционных препаратов при постменопаузальном ОП. Хотя комбинация этих препаратов приводила к кумулятивному увеличению плотности кости, но статистически значимого уменьшения риска переломов отмечено не было.

Комбинированное применение антирезорбционных препаратов вызывает опасения в отношении безопасности, т. к. массированное подавление ремоделирования костной ткани может, теоретически, приводить к накоплению мелких повреждений и снижать прочность кости.

Дискуссия о преимуществах комбинации анаболического и антирезорбционного препарата продолжает вызывать большой интерес.

Таблица 3. Рекомендации рабочей группы ВОЗ по профилактике и лечению ОП

МПКТ (Т-критерий)	Диагноз	Риск переломов	Рекомендации
+2 до -1 SD	Норма	Низкий	Диета, упражнения
-1 до -2,5 SD	Остеопения	Умеренный	Препараты Са, витамина D
<-2,5 SD	Остеопороз	Высокий	Препараты патогенетического лечения
<-2,5 SD + переломы в анамнезе	Тяжелый остеопороз	Очень высокий	Препараты патогенетического лечения максимально интенсивно

Важно помнить, что любая терапия ОП должна проводиться длительный период времени, практически постоянно, поскольку при ее отмене или длительном перерыве снижается эффективность проведенного лечения. Основным критерием эффективности лечения является снижение (предупреждение) частоты переломов при 3-5 летнем (!) лечении. Определить динамику снижения или увеличения МПКТ возможно не ранее, чем через год от начала терапии.

Кроме того, для больного очень важно вести активный образ жизни, т.к. гиподинамия усугубляет патологический процесс.

И в заключение необходимо остановиться на вопросах профилактики ОП. В настоящее время принято выделять группы риска по возникновению ОП: лица с первичной эстрогеновой недостаточностью, наследственная предрасположенность, лица с недостатком кальция и белка в диете и др. Развитию ОП способствуют: иммобилизация, злоупотребление алкоголем, никотином и кофеином, заболевания, вызывающие разрушение костной ткани и прием медикаментов с аналогичным действием.

Таким образом, основой профилактики ОП является правильное питание с достаточным поступлением кальция и белка: 1000 мг/сут. и 0,5мг/кг в сутки соответственно, физическая активность, снижение употребления кофе и чая, отказ от курения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рахматуллина А. И. Метаболические болезни кости — современные представления об остеопорозе. / В кн.: Избранные лекции. — Казань 1995. — С. 125-134.

2. Беневоленская Л. И. Бивалос (стронция ранелат) — новое поколение препаратов в лечении остеопороза. / Л. И Беневоленская. // Научно-практическая ревматология. — 2007. — № 1. — С. 75-77.

3. Masud M. I. Osteoporosis: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. // South. Med. J. — 2000. — Vol. 93. — N 1. — P. 2-18.

4. Melton J. Osteoporosis: Magnitude of the problem. // Worldwide and Future 4th International Symposium. June 4-7. — 1997. — Washington. — P. 23.

5. Luz Villa M., Nelson L. Race, ethnicity, and osteoporosis. // In: Marcus R., Feldman D., Kelsey J., eds. Osteoporosis, San Diego: Academic Press, 1996: 435-448.

6. Melton L. J. 3-d. Differing patterns of osteoporosis across the world. // In: Chesnut CH, ed. New dimensions in osteoporosis in the 1990. — Hong Kong, Excerpta Medica Asia, 1991: 13-18.

7. Михайлов Е. Е., Беневоленская Л. И. Эпидемиология ОП и переломов. / В кн.: Руководство по остеопрозу. — М.: Бином, 2003. — С. 10-53.

8. Дыдыкина И. С. Денситометрическая оценка минеральной плотности костей у больных ревматоидным артритом. // Клин. Ревматол. — 1995. — № 5. — С. 22-39.

9. Гайбарян А. А. Количественная и качественная оценка минеральной плотности кости при некоторых терапевтических заболеваниях методом цифровой радиографической абсорбциометрии: Автореф. дис. к.м.н. / КГМА. — Казань, 2001. — 25 с.

10. Гедеванишвили Г., Муравьев Ю. В., Рассохин Б. М., Пуртова Г. С. Биэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия позвоночника у больных ревматоидным артритом с асептическими некрозами головок бедренных костей. // Терапевтический архив. — 1992. — № 5. — С. 23-25.

11. Скрипникова И. А., Насонов Е. Л. Остеопороз и ревматические заболевания. // Медицинские новости. — 1997. — № 2. — С. 9-10.

12. Насонов Е. Л. Стероидный остеопороз. // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 7, № 8. — С. 23-27.

13. Gough A., Lilley J., Eyre S., et al. Generalised bone loss in patients with early rheumatoid arthritis. // The Lancet. — 1994. — Vol. 344. — N 8914. — P. 23-27.

14. Kaldrimidis P., Trovas G., Gorou L., Skarantavos G. Остеопороз. Современные представления. — 2004.

13. Dennison E. Epidemiology of glucocorticoid-induced osteoporosis. // Osteoporosis Int. — 1999.

14. Srector T. D., Hall J. V., McClosky E. V., et al. Risk of vertebral fracture in women with rheumatoid arthritis. // Brit. med. J. — 1993. — V. 306. — P. 558.

15. Лесняк О. М. Остеопороз позвоночника. — Consilium medicum, том 06, 8, 2004.

Боль в нижней части спины в поликлинической практике

Ш. Ф. ЭРДЕС, профессор, д.м.н., проректор по научной работе
ГУ «Институт ревматологии РАМН»

Под термином «боль в нижней части спины» (БНС) понимают боль, мышечное напряжение и/или скованность, локализующиеся в области спины между XII парой ребер и нижнеягодичными складками с или без иррадиации в нижние конечности. БНС — это симптом, а не диагноз, который был включен в МКБ-10 как регистрационная категория (М54.5 — «Боль внизу спины») из-за высокой распространенности и частой невозможности установить конкретную нозологическую причину боли.

Следует отметить, что данная патология считается одной из наиболее распространенных и изученных, однако отсутствие общепринятой терминологии, классификации и показаний к назначению того или иного диагностического мероприятия, консультации специалиста и лечения вносит большую неразбериху в эту проблему.

Сложность изучения БНС заключается в мультидисциплинарности проблемы: боль в нижней части спины в качестве клинического проявления может встречаться при множестве заболеваний и патологических состояний. Это связано с тем, что источником болевой импульсации в эту область могут быть практически все анатомические структуры пояснично-крестцовой области, брюшной полости и органы малого таза. Такое положение приводит к тому, что больные обращаются к врачам разных специальностей, вследствие чего получают помощь в зависимости от специфики знаний и представлений последних, которые соответствют тому или иному медицинскому профилю.

В литературе имеется большое число публикаций, посвященных эпидемиологии БНС, однако представленные в них данные часто сильно разнятся между собой вследствие большой клинико-диагностической неопределенности данного состояния.

Боль именно в нижней части спины — одна из наиболее частых жалоб пациентов в общемедицинской практике. По нашим данным, 24,9% активных обращений за амбулаторной помощью лиц трудоспособного возраста связано с этим состоянием. Особый интерес к проблеме БНС обусловлен, прежде всего, его широкой распространенностью: хотя бы раз в жизни эти боли испытывают не менее 70-80% взрослого населения земного шара, примерно 1% популяции полностью теряет трудоспособность и в 2-3 раза больше — становятся временно нетрудоспособными в связи с этим состоянием. Снижение трудоспособности при наличии БНС отмечают более 50% пациентов. Суммарная нетрудоспособность пациентов — преимущественно лиц трудоспособного возраста, в свою очередь, приводит к выраженным материальным потерям и затратам на диагностику, лечение и реабилитацию и, как следствие, к значительным расходам на здравоохранение и негативному влиянию на национальную экономику.

В России к настоящему времени проведены лишь единичные эпидемиологические исследования БНС, которые, в основном, касались организованных коллективов. Так, изучение рабочих и служащих завода среднего машиностроения в 1994-95 гг. показало, что 48% опрошенных предъявляли жалобы на БНС в течение жизни, за последний год — 31,5%, а в момент обследования — 11,5%, без существенных различий между мужчинами и женщинами. Высокая распространенность БНС была выявлена у работников автотранспорта (2001 г.) и металлургического завода (2004 г.): 43,8% и 64,8% соответственно. При сравнении городских и сельских жителей оказалось, что среди первых распространенность хронических БНС достигает 57%, а среди последних — 40%. Было показано, что проблема БНС касается не только взрослой части населения. Так, БНС выявляется у 7-39% подростков.

Помимо высокой распространенности БНС большой проблемой для изучения данного состояния и как следствие — организации клинико-экономически оптимизированной помощи, является отсутствие в России общепринятой классификации.

В нашей стране наиболее принята схема разделения БНС на две категории: **перичную и вторичную**. Считается, что первичная БНС — это болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и/или функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата позвоночника (дугоотросчатые суставы, межпозвонковые диски, фасции, мышцы, сухожилия, связки) с возможным вовлечением смежных структур (корешок, нерв). Главными причинами первичного синдрома БНС являются механические факторы, определяемые у 90-95% больных: дисфункция мышечно-связочного аппарата; спондилез; грыжа межпозвонкового диска. Все остальное относится ко вторичной 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.) и заболевания мочеполовых органов.

С другой стороны, А. М. Вейн разделял причины боли в спине на 2 большие группы: **вертеброгенные и невертеброгенные**. К вертеброгенным причинам боли, по мере убывания частоты встречаемости, были отнесены: пролапс или протрузия межпозвонкового диска, спондилез, остеофиты, сакрализация и люмбализация, фасет-синдром, анкилозирущий спондилит, спинальный стеноз, нестабильность позвонково-двигательного сегмента, переломы позвонков, остеопороз, опухоли и функциональные нарушения. Среди невертеброгенных причин названы: миофасциальный болевой синдром, психогенные боли, отраженные боли при болезнях внутренних органов (сердца, легких, ЖКТ, мочеполовых органов), эпидуральный абсцесс, сирингомиелия и др.

В клиническом плане в зависимости от местоположения основного патологического очага выделяют 3 вида болей в спине:

— локальные;
— проецируемые (иногда — проекционные);
— отраженные.

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

Отраженные боли — боли, которые возникают при повреждении (патологии) внутренних органов (висцеральных соматогенных) и локализуются в брюшной полости, малом тазу, а порой и в грудной клетке. Эта боль ощущается в тех участках, которые иннервируются тем же сегментом спинного мозга, что и пораженный орган (например, боли в области поясницы при язве задней стенки желудка, расслаивающей аневризме брюшной аорты, панкреатитах и т. п.).

Проецируемые боли имеют как распространенный, так и точно локализованный характер и по механизму возникновения относятся к невропатическим. Возникают при повреждении нервных структур, проводящих импульсы в болевые центры мозга (например, фантомные боли, боли в иннервируемых сдавленным нервом областях тела). Радикулярные, или корешковые боли, обычно носят простреливающий характер и являются разновидностью проецируемых болей.

По длительности боль в нижней части спины может быть **острой** (до 12 нед.) (оБНС) и **хронической** (свыше 12 нед.) (хБНС). По определению Международной ассоциации по изучению боли (International association study of a pain, 1979) хронической считается «боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления поврежденных тканей». В свою очередь, острая боль — это возникшая в ответ на повреждение новая боль, неразрывно связанная с вызвавшим ее повреждением. Отдельно выделяют рецидивирующие боли в спине, возникающие с интервалом не менее 6 мес. с момента окончания предыдущего обострения, т. е. после полностью бессимптомного периода, а обострением хронической боли в спине — если указанный интервал составляет менее 6 мес., либо если боль до конца не купировалась. Иногда выделяют **подострую боль**, которая продолжается от 6 до 12 недель (пБНС), однако выделение данной категории особого значения как для диагностики, так и для лечения не имеет.

К сожалению, в Росии нет общепринятой тактики ведения пациентов с БНС в амбулаторной практике. В то же время, в других странах, где хорошо понимают масштабы медико-социальной нагрузки этого состояния на общество и размеры связанных с ней экономических потерь, за последние 10-15 лет разработано большое число клинических рекомендаций для врачей общей практики. Краеугольным камнем всех рекомендаций является проведение диагностической сортировки больных на три кате-

гории: пациенты со **специфической БНС, с радикулярной болью и с неспецифической БНС**.

В соответствии с этим, при первичном обращении пациента с БНС следует собрать анамнез и жалобы и провести общий осмотр пациента. Целью первичного осмотра является попытка выявления возможной серьезной специфической патологии или ишиалгического синдрома. Однако хорошо известно, что в большинстве случаев БНС на основании первично выявляемых клинических признаков это часто сделать сложно. Поэтому были попытки создания систем диагностики на основе разделения БНС в зависимости от распространенности боли, изменчивости болевых ощущений в течение дня, выраженности функционального нарушения, особенностей клинического течения и т. п. Однако ни одна из этих систем не стала общепризнанной. К тому же, как показывают последние данные, боль в спине слабо соотносится с результатами, полученными при использовании методов визуализации: в 85% случаев обнаруживаемые врачами патологические состояния и неврологические растройства не коррелируют с болью, в амбулаторной практике приблизительно у 4% лиц с БНС обнаруживается компрессионный перелом тел позвонков и менее 1% — опухолевое заболевание. Спондилоартриты и инфекции встречаются еще реже, а частота грыж МПД составляет 1-3%.

Как указывалось выше, простая и практичная классификация, которая получила международное признание, предлагает разделять БНС во время клинического осмотра пациента на три категории (так называемая диагностическая сортировка — diagnostic triage):

1) вероятные тяжелые специфические заболевания, т. е. злокачественная опухоль, инфекция, воспалительное системное заболевание, перелом позвоночника, синдром конского хвоста;

2) корешковые боли;

3) неспецифическая БНС.

Вероятные тяжелые специфические заболевания

Учитывая вышесказанное, уже при первом обращении пациента необходимо выявить признаки, которые могли бы указать на наличие «серьезной» патологии, которая может быть причиной этих болей. И хотя частота «серьезных» причин острой боли в спине при первом обращении за медицинской помощью составляет менее 1%, всем этим пациентам следует проводить обследование, направленное на выявление возможной серьезной, жизнеугрожающей патологии. В настоящее время к этой группе наиболее грозных заболеваний относят:

— онкологические заболевания (в т.ч. в анамнезе);

— переломы позвонков;

— инфекции (в т. ч. туберкулез);

— аневризма брюшной аорты;

— синдром «конского хвоста»;

— спондилоартриты.

Это те заболевания, при которых необходима срочная, порой, ургентная помощь пациенту.

Для того, чтобы заподозрить данные патологические состояния, во время опроса пациента и при осмотре следует обращать внимание на наличие лихорадки (выше 38°С в течение 3-х и более дней), локальной болезненности и повышения местной температуры в паравертебральной области, которые характерны для инфекционного поражения позвоночника. Его риск повышен у пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, любые внутривенные инфузии, страдающих ВИЧ-инфекцией и наркоманией. Лихорадочный синдром при острых БНС обнаруживается с частотой менее 2%. Вероятность инфекционной природы болевого синдрома в позвоночнике при этом увеличивается, если:

— в недавнем анамнезе пациента проводились в/в манипуляции (включая наркоманию);

— имеются инфекционные очаги в области

• мочевыводящих путей;

• легких;

• кожи.

Чувствительность синдрома лихорадки при инфекциях в области спины составляет от 27% при туберкулезном остеомиелите до 83% при эпидуральном абсцессе. Показано, что при бактериальных инфекциях повышенная чувствительность и напряжение в поясничной области при перкуссии составляет 86%, хотя специфичность этого теста не превышает 60%.

О наличии первичной или метастатической опухоли позвоночника может свидетельствовать беспричинное снижение массы тела, злокачественное новообразование любой локализации в анамнезе, сохранение боли в покое и ночью, а также возраст пациента старше 50 лет. Следует отметить, что менее 1% (0,2-0,3%) всех острых БНС является следствием новообразований, при этом приблизительно 80% больных со злокачественными опухолями — лица старше 50 лет. Наличие в анамнезе опухоли является высоко специфичным фактором для неопластической этиологии БНС, которая должна исключаться в первую очередь. Другими важными признаками, повышающими специфичность диагностики опухолевой природы БНС, являются:

— необъяснимая потеря массы тела (более 5 кг за 6 месяцев);

— отсутствие улучшения в течение одного месяца активного консервативного лечения;

— длительность выраженного болевого синдрома более одного месяца.

Для пациентов моложе 50 лет, без онкологического анамнеза и необъяснимой потери веса, у которых консервативная терапия в течение 4-6 недель оказалась эффективной — онкологическое заболевание может быть исключено практически со 100% вероятностью.

Компрессионный перелом позвоночника чаще возникает в результате травмы, при применении глюкокортикоидов и у пациентов старше 50 лет. Компрессионный перелом позвонка может быть заподозрен у пациента с БНС либо с недавней существенной травмой позвоночника, либо у имеющего установленный остеопороз, либо у лиц в возрасте старше 70 лет. Следует учесть, что большинство пациентов с остеопоротическим переломом не имеют травмы спины в анамнезе.

При наличии пульсирующего образования в животе, признаков атеросклеротического поражения сосудов и неослабевающей боли в спине ночью и в покое имеется большая вероятность того, что у пациента развилась аневризма брюшной аорты. Она является наиболее частой формой сосудистой аневризмой. Частота ее при аутопсии составляет 1-3%, причем среди мужчин она встречается в 6 раз чаще, чем среди женщин. Появление БНС может быть признаком нарастания аневризмы, предупреждающим о надвигающемся разрыве аорты. БНС при аневризме часто проявляется в покое, а сама боль может распространяться на переднюю и боковые поверхности живота, кроме того, там же может пальпироваться пульсирующее образование.

Если же пациент жалуется на наличие слабости в ногах, нарушение мочемспускания и у него отмечаются снижение чувствительности в аногенитальной области («седловидная анестезия») и тазовые нарушения, следует заподозрить компрессию структур конского хвоста. Синдром конского хвоста — очень редкое патологическое состояние, частота которого ниже 4/10000 пациентов с БНС. Если выше указанных симптомов нет, то вероятность данного синдрома снижается менее чем до 1 на 10000 пациентов с БНС.

При нарастающей мышечной слабости в конечностях больной немедленно должен быть проконсультирован нейрохирургом, т. к. этот симптом может быть связан с выраженной грыжей МПД.

Для того, чтобы при первом обращении больного с БНС заподозрить опасное для жизни заболевание, диагностический поиск должен быть сфокусирован именно на их выявлении. Для этого следует использовать «знаки угрозы».

«Знаки угрозы» (Red flags) — это клинические признаки возможных серьезных заболеваний, которые можно обнаружить при опросе и клиническом осмотре пациента. Естественно, что индивидуальные «знаки угрозы» необязательно связаны с опасной патологией, однако их обнаружение у больного указывает на большую вероятность наличия у него серьезного заболевания, чем у лиц, которые эти признаки не имеют. Обнаружение «знаков угрозы» у больного требует проведения дальнейших диагностических мероприятий. Однако эти мероприятия долж-

ны быть адекватными и специфичными по отношению к заподозренной патологии.

В сокращенном виде наиболее часто используемые «знаки угрозы» представлены так:

— возраст начала заболевания моложе 18 или старше 55 лет;

— связь начала заболевания с предшествующей травмой;

— неослабевающая ночью и/или постоянная прогрессирующая боль в спине;

— немеханическая боль (отсутствует облегчение после отдыха);

— онкологическое заболевание в настоящее время или в анамнезе;

— устойчивая лихорадка;

— необъяснимая потеря веса;

— длительное применение глюкокортикоидов;

— наркотическая зависимость, иммуносупрессия, ВИЧ;

— множественные и нарастающие неврологические симптомы (включая синдром конского хвоста);

— наличие системных заболеваний.

При обоснованном подозрении или выявлении одного из потенциально опасных состояний необходимо провести дальнейшее обследование пациента (с учетом подозреваемой патологии) для исключения серьезного заболевания.

Таким образом, пациенты, у которых при осмотре обнаружены «знаки угрозы», в обязательном порядке должны быть обследованы и направлены к соответствующему специалисту.

Следующую группу составляют пациенты с корешковыми болями.

Корешковык боли (ишиалгический синдром) наиболее часто возникает при ГМПД. У большинства больных с БНС они возникают при поражении одного корешка. Вовлечение больше чем одного корешка возможно в первую очередь при более распространенных неврологических заболеваниях. Эти боли обычно острые, четко локализованы, распространяются в ногу в пределах одного дерматома. Они иррадиируют ниже колена, обычно вплоть до ступни или пальцев стоп. Могут встречаться признаки раздражения нерва или неврологические симптомы компрессии нерва, хотя они не обязательны для его диагностики. Часто боли в ноге сильнее, чем в области поясницы. Прогноз при корешковых болях обычно хороший, в оперативном лечении необходимости нет. При правильном лечении восстановление, по крайней мере, удовлетворительное, наблюдается приблизительно у 50% больных в течение 6 недель и у 90% — в течение 3-х месяцев.

Неспецифическая боль в нижней части спины обычно носит локальный характер, т. е. четко ограничивается самим больным. По длительности она обычно (до 90%) является острой или подострой. Общее самочувствие пациентов может страдать только при выраженной интенсивности боли, в основном — вследствие ухудшения психоэмоционального состояния. Боль обычно костно-мышечного происхождения. Часто является следствием механической перегрузки или мышечно-скелетной дисфункции, хотя нередко возникает и без видимых причин. И хотя эти боли по интенсивности могут быть довольно интенсивными, однако это не играет никакой роли в установлении нозологического диагноза. Боль нередко захватывает одну или обе ягодицы и даже распространяется на бедра.

Естественно, что нБНС-собирательный термин, который включает в себя большое число разнообразных патологических состояний. Ранее было предпринято несколько попыток идентификации его субтипов, однако, к сожалению, они не привели к общепринятому и однозначному результату. В первую очередь это было связано с тем, что практически не была обнаружена корреляция между имеющейся патологией (анатомически обнаруживаемым вероятным генератором боли) и клинической картиной. Очевидно, что это является важной задачей на будущее, однако в настоящее время мы не имеем надежных признаков для проведения субклассификации нБНС.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев острая нБНС обусловлена скелетно-мышечными нарушениями и является доброкачественным самоограничивающимся состоянием, и поэтому не требующим проведения специальных лабораторно-инструментальных диагностических мероприятий. Как правило, у таких пациентов прогноз хороший: полное выздоровление в течение 6 недель отмечается более чем в 90% случаев. Однако следует особо подчеркнуть, что БНС, как это было отмечено выше, может вызываться множеством причин — как серьезных, угрожающих здоровью пациента, так и преходящих, функциональных, после исчезновения (ликвидации) которых человек вновь становится практически здоровым.

Следовательно, алгоритм диагностического поиска и ведения больного с БНС можно представить следующим образом:

Опрос и осмотр больного должен быть направлен на проведение диагностической сортировки пациента: приоритет должен быть отдан выявлению серьезной неспинальной или спинальной патологии на основании обнаружения «знаков угрозы».

Выявление «знаков угрозы» должно инициировать целенаправленное клинико-инструментальное обследование для подтверждения диагноза. При отсутствии после дополнительного обследования данных за наличие угрожающих состоянию пациента заболеваний больной классифицируется как имеющий неспецифическую БНС.

Следующий приоритет — выявление корешковой боли. При подозрении на наличие корешковой (радикулярной) боли, пациент должен быть направлен на консультацию к неврологу.

При отсутствии «знаков угрозы» и признаков радикулярной боли, больной классифицируется как имеющий неспецифическую БНС.

Следует подчеркнуть, что, согласно международно принятым стандартам, **если у больного с БНС не выявляются «знаки угрозы» либо корешковые боли, то нет необходимости проводить лабораторно-инструментальное обследование**, включая даже ренгенографию позвоночника или направлять на консультацию к узким специалистам.

Основная задача первичного обследования пациента с болями в спине — исключить серьезную патологию и выявить факторы риска неблагоприятного прогноза, а при возможности — способствовать постановке диагноза

Резюме рекомендаций по диагностике нБНС

Острая нБНС:

— должен быть собран анамнез и проведен краткий клинический осмотр;

— при наличии в анамнезе и/или при осмотре данных за наличие у пациента возможной серьезной патологии или признаки копрессии корешка нерва, следует проводить более детальное клиническое обследование;

— диагностические визуализирующие исследования (включая рентгенологическое обследование, КТ и МРТ) не показаны при острой нБНС;

— следует провести повторную оценку анамнестических и клинических данных у пациентов, у которых в течение нескольких недель не наступило улучшение.

Хроническая нБНС:

— рекомендуется использование диагностической сортировки для выявления тяжелого специфического заболевания или копрессии корешков и проводить оценку психосоциальных факторов, иногда рассматриваемых в качестве прогностических факторов хронизации. При хронической нБНС нет необходимости в проведении пальпации спины (позвоночника, мышц), функциональных тестов для определения подвижности позвоночника или тест поднятия прямой ноги (Ласега);

— не рекомендуются рентгенологические методы визуализации (рентгнеография, МРТ, КТ), сцинтиграфия, дискография и другие методы. Они строго показаны при подозрении на наличие серьезной патологии. МРТ — лучший метод визуализации при радикулярном синдроме, при дисците или онкологических заболеваниях. Рентенография рекомендуется для выявления структурных изменениях позвоночника (переломы, опухоли и др.).