

ЛЕКЦИЯ

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Ш.Эрдес

ГУ Институт ревматологии РАМН

Боль — одна из основных причин обращения человека за медицинской помощью: более 40% больных первичного медицинского звена — это люди с болевыми синдромами различного происхождения.

Боль — это своеобразное психофизиологическое состояние, развивающееся при воздействии сверх-сильных или разрушительных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения. Боль является интегративным раздражителем, мобилизирующим различные функциональные системы организма для защиты от повреждающего фактора. Она проявляется вегето-соматическими реакциями и характеризуется определенными психоэмоциональными изменениями.

Среди основных условно выделяемых локализаций боли (головная, боль в спине, в груди и в области живота) именно боль в нижней части спины (БНС, локализуемая между двенадцатой парой ребер и ягодичными складками) находится на первом месте по частоте встречаемости, проценту вызываемой нетрудоспособности и величине экономических затрат, как личных, так и общественных. Для примера, при изучении эпидемиологии болевых синдромов в популяции взрослых жителей г.Новосибирска было установлено, что распространенность хронической боли в шее и спине составляет 56,7%, головной боли — 41,2%, боли в груди — 25,4%, в животе — 13,8%.

Известно, что не менее 80% людей испытывают боль в спине разной продолжительности и интенсивности хотя бы однажды в течение жизни. При этом на протяжении одного года 3-4% населения оказывается временно нетрудоспособным, а 1% лиц трудоспособного возраста становятся инвалидами вследствие хронизации БНС. Пик распространенности БНС приходится на наиболее работоспособный и профессионально зрелый возраст — 35-55 лет. В то же время она нередко встречается и в других возрастных группах населения, начиная с подросткового периода. Так, при обследовании более 1300 подростков в гг.Оренбурге и Орске распростра-

ненность синдрома БНС среди подростков составила 19% и 29% соответственно.

В течение длительного времени люмбагия рассматривалась практически только как проявление пояснично-крестцового радикулита, в связи с чем она была прерогативой невропатологов. Однако в дальнейшем было доказано, что вторичная вертебральная радикулопатия диагностируется менее чем у 8% больных с БНС. Постепенно сформировалось мнение, что это междисциплинарная проблема, в которой наряду с неврологическими, травматологическими и ортопедическими немалое место занимают и ревматологические аспекты. В МКБ X пересмотра синдром БНС находится в классе «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (XIII класс), что свидетельствует о правомочности отнесения данной патологии к компетенции врачей, занимающихся заболеваниями костно-мышечно-соединительнотканного аппарата, не в последнюю очередь — ревматологов.

Болевой синдром по длительности подразделяют на две категории: острый и хронический. Острым считается боль, продолжающаяся не более 3 мес (время, необходимое для восстановления тканевого повреждения), а более длительная боль расценивается как хроническая. В то же время ВОЗ в своей классификации БНС выделяет дополнительно и подострую форму — боль, длительностью от 4-х до 12 нед.

Клинически выделяют четыре вида болей в спине: локальные, проекционные, отраженные, радикулярные (корешковые), а также боли вследствие мышечного спазма.

Локальные соматические боли обычно постоянные, диффузные, с локализацией в области поражения позвоночника, вызываются воздействием на нервные окончания патологического процесса. Характер боли изменяется в зависимости от положения тела, нередко наблюдается «шинирование» позвоночника прилегающими мышцами.

Проецируемые боли имеют распространенный или точно локализованный характер. По механизму возникновения относятся к невропатическим болям. 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. Они могут быть тупыми и ноющими, однако движения, усиливающие раздражение корешков, значительно интенсифицируют боль, она становится острой, режущей. Почти всегда радикулярная боль иррадирует от позвоночника в какую-либо часть нижней конечности, чаще всего ниже коленного сустава. Наклон вперед или подъем прямых ног, другие провоцирующие факторы (кашель, чихание), приводящие к повышению внутрипозвоночного давления и смещению корешков, усиливают радикулярную боль.

Отраженные боли — боли, которые возникают при повреждении внутренних органов (висцеральные и соматогенные) и локализируются в отдаленных поверхностных областях тела. Эта боль ощущается в тех участках, который иннервируется тем же сегментом спинного мозга, что и пораженный орган (например, боли в левой руке при поражении сердца).

По механизму возникновения боль бывает:

- ноцицептивная — возникает в результате стимуляции поверхностных или глубоких тканевых рецепторов (ноцицепторов), обусловленной повреждением тканей (травмой, ишемией, воспалением и др.). По локализации она подразделяется на соматическую (поверхностную или глубокую) и висцеральную;
- невропатическая — возникает при повреждении нервных волокон в любой точке от первичной афферентной проводящей системы до кортикальных структур ЦНС. Подразделяется на корешковую (радикулопатия) и некорешковую (невропатия седалищного нерва, пояснично-крестцовая плексопатия);
- психогенная (психиалгия).

В настоящее время в генезе БНС большое значение придается миофасциальному болевому синдрому.

Последний проявляется не только спазмом, но и наличием в напряженных мышцах болезненных уплотнений (участков гипертонуса) и триггерных точек (myofascial trigger points) и обычно не связан с поражением позвоночника. Несмотря на то, что клиника миофасциального болевого синдрома описана многими авторами, до сих пор полного гистологического, биохимического или электрофизиологического объяснения природы триггерных точек не существует. В литературе высказывается предположение, что формирование этих точек обусловлено вторичной гипералгезией на фоне центральной сенситизации. В генезе триггерных точек не исключается и повреждение периферических нервных стволов, так как отмечена анатомическая близость между миофасциальными триггерными точками и периферическими нервными стволами.

Обобщая вышесказанное, следует еще раз обратить внимание на то, что при БНС принципиально важно различать: локальную боль, обусловленную различными патологическими изменениями мышечно-скелетных структур; отраженную, связанную с патологией внутренних органов, и проекционную — при патологии корешков спинного мозга или нерва, основы дифференцировки которых представлены в табл.1.

Следует особо подчеркнуть, что БНС может вызываться множеством причин — как серьезных, угрожающих для жизни и здоровья пациента, так преходящих, функциональных, после исчезновения (ликвидации) которых человек вновь становится практически здоровым.

К счастью и для пациента, и для врача, к которому он обращается в связи с острой или хронической БНС, в абсолютном большинстве — более чем в 90% случаев — она является так называемой первичной, или доброкачественной (benign — в англоязычной литературе). Значительно реже этот синдром оказывается вторичным по отношению к другой, иногда весьма серьезной патологии.

Таблица 1

ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ЛОКАЛЬНЫХ, ОТРАЖЕННЫХ И ПРОЕКЦИОННЫХ БОЛЕЙ В СПИНЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛОКАЛЬНАЯ ОТРАЖЕННАЯ ПРОЕКЦИОННАЯ

Характеристики	Локальная	Отраженная	Проекционная
Характер ощущения	Точное указание области боли	Нечеткое ощущение, идущее изнутри кнаружи	Распространение боли по ходу корешка или нерва
Двигательные нарушения	Ограничение объема движений шеи, туловища, конечностей	Движения не ограничены	Ограничение объема движений шеи, туловища, конечностей
Провоцирующие факторы	Движение усиливает боль	Движение не влияет на боль	Движение головы, туловища усиливает боль, осевая нагрузка вызывает стреляющую боль по ходу корешка
Пальпация области болевых ощущений	В тканях опорно-двигательного аппарата выявляются источники боли; надавливание на них усиливает боль	Источники боли не выявляются	Выявляются источники боли в спине, в конечностях отсутствуют

Первичный синдром БНС характеризуется как самоограничивающийся, способный часто к само-разрешению в течение 4-6 нед, хотя и склонный к рецидивированию. При этом факторы, способствующие пролонгации болевого синдрома и его переходу в хроническую форму, остаются до конца не определенными, хотя основную роль при этом отводят механизмам центральной сенситизации и невралной эктопии. (Центральная сенситизация — увеличение функциональных цепей в спинном и головном мозге. Всякий раз, когда возникает болевое раздражение, оно усиливается в спинном мозге, в результате чего боль усиливается. Невралная эктопия — развитие боли вследствие повреждения нерва или корешка (травма, компрессия, ишемия), следствием чего является снижение порога возбудимости сенсорных нейронов, появление эктопических источников спонтанной импульсации. В результате возникает так называемая невропатическая или радикулярная боль, которая трудно поддается лечению.)

Врачу, к которому обратился пациент по поводу БНС, в первую очередь, необходимо решить 2 задачи: прежде всего, попытаться уменьшить болевые ощущения, и, во-вторых, — разобраться в причине и характере возникшего (или усилившегося) болевого синдрома. Врач, как минимум, должен понять, имеет ли он дело с первичным (доброкачественным) синдромом БНС, либо с потенциально опасной для здоровья и жизни больного патологией, первым клинически проявившимся признаком которого явилась боль в спине.

К потенциально опасным патологическим состояниям спины относятся в первую очередь: опухоли и метастазы злокачественных новообразований, инфекции, переломы, аневризма брюшной аорты и синдром сдавливания конского хвоста.

Как же распознать потенциально опасные для больного состояния? В англоязычной литературе при ряде синдромов, таких как диспепсия, некоторые психические заболевания, а также БНС, разработана система *red flags* «красных флагов», — названных нами «знаками угрозы». Эти «знаки угрозы» позволяют заподозрить во время опроса и первичного осмотра пациента потенциально опасные состояния без дополнительного лабораторно-инструментального обследования.

При наличии или обоснованном подозрении на наличие у пациента одного из потенциально опасных состояний на основании выявленных «знаков угрозы» врач общей практики должен начать всестороннее обследование и направить больного незамедлительно к соответствующему специалисту.

Основные «знаки угрозы» следующие:

- Предшествующая травма
- Возраст старше 50 лет и моложе 20 лет
- Устойчивая лихорадка
- Онкологическое заболевание в анамнезе

- Метаболические заболевания
- Выраженная мышечная слабость
- Дисфункция мочевыводящих путей или кишечника
 - Выпадение болевой чувствительности в области промежности
 - Снижение тонуса сфинктеров
 - Не ослабевающая ночью и/или в покое боль в спине.

При разных потенциально опасных состояниях и заболеваниях имеются разный набор «знаков угрозы», а также некоторые дополнительные симптомы, которые приведены в табл.2.

Еще раз следует подчеркнуть, что первоначальное обследование пациента с БНС должно быть сфокусировано на обнаружении во время первичного осмотра «знаков угрозы», и только после их выявления следует назначать дополнительные методы обследования. *Если у больного не выявляются «знаки угрозы», то ему нет необходимости проводить лабораторно-инструментальное обследование, включая даже рентгенографию позвоночника.*

Следует отметить, что менее 1% (0,2-0,3%) всех острых БНС является следствием новообразований. В свою очередь, 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 веса (5 кг в течение 6 мес).
- Отсутствие улучшения в течение месяца консервативного лечения.
- Длительность выраженного болевого синдрома более одного месяца.

У пациентов моложе 50 лет, без онкологического анамнеза и необъяснимой потери веса, которым помогла консервативная терапия в течение 4-6 нед, — онкологическое заболевание может быть исключено практически со 100% вероятностью.

Лихорадочный синдром при острых БНС обнаруживается с частотой менее 2%. Вероятность инфекционной природы болевого синдрома при этом увеличивается, если:

- В недавнем анамнезе проводились в\в манипуляции (включая наркоманию)
- Имеется инфекция:
 - мочевыводящих путей
 - легких
 - кожи.

Чувствительность синдрома лихорадки при инфекциях в области позвоночника составляет от 27% при туберкулезном остеомиелите до 83% при эпидуральном абсцессе. Показано, что при бактериальных инфекциях повышенная чувствительность и наприя-

Таблица 2

«ЗНАКИ УГРОЗЫ» ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Состояние	"Знаки угрозы"	Диагностические мероприятия
Опухоль	- Онкологическое заболевание в анамнезе - Необъяснимая потеря веса - Возраст старше 50 лет - Отсутствие успеха терапии - Боль длительностью > 4-6 недель - Боли ночью/в покое	Если предполагается опухолевое заболевание позвоночника, рекомендуется использование визуализирующих методов и общ.анализа крови. Для выявления первичной опухоли подключаются дополнительные методы: ПСА, маммография и др.
Инфекция	- Лихорадка - В\в введение лекарств (в т.ч. наркотиков) в анамнезе - Имеющийся инфекционный процесс: мочевыводящих, дыхательных путей, кожи - Иммунодефицитные состояния (глюкокортикоиды, ВИЧ, диабет, трансплантация органов) - Боли в покое	Если предполагается наличие инфекционного процесса в спине необходимы: общ.анализ крови и мочи, МРТ; туберкулиновая проба или другие специфические тесты
Синдром конского хвоста	- Анестезия и/или парестезии в аногенитальной области - Нарушения мочеотделения и дефекации, потенции у мужчин, - Вялый парез стоп с угнетением ахиллового рефлекса - Прогрессирующая неврологическая картина	Срочная консультация нейрохирурга
Перелом (компрессионный)	- Использование глюкокортикоидов - Возраст старше 70 лет или данные о наличии остеопороза - Недавняя существенная травма позвоночника	Соответствующие методы визуализации и консультация нейрохирурга
Острая абдоминальная аневризма	- Пulsирующее образование в животе - Другие атеросклеротические поражения сосудов - Боли в покое\ночью - Возраст старше 60 лет	Соответствующие методы визуализации (УЗИ) и консультация хирурга
Выраженная грыжа диска	Выраженная мышечная слабость в конечностях	Соответствующие методы визуализации и консультация нейрохирурга

жение в поясничной области при перкуссии составляет 86%, хотя их специфичность не превышает 60%.

Синдром конского хвоста — очень редкое патологическое состояние, частота которого менее 4/10 000 пациентов с БНС. Наиболее частым клиническим синдромом при нем является нарушение мочеиспускания. Если его нет, то вероятность данного синдрома становится меньше 1 на 10 000 пациентов с БНС.

Компрессионный перелом позвонка может быть заподозрен у пациента с БНС либо с недавней су-

щественной травмой позвоночника, либо у имеющего установленный остеопороз, либо у лиц в возрасте старше 70 лет. Однако следует учесть, что большинство пациентов с остеопоротическим переломом не имеют травмы в анамнезе.

Наиболее частой формой сосудистой аневризмы является аневризма брюшной аорты. Частота ее при аутопсии составляет 1-3%, причем среди мужчин она встречается в 6 раз чаще, чем среди женщин. Синдром БНС может быть признаком увеличения аневризмы, предупреждающим о надвигаю-

щемся разрыве аорты. БНС при аневризме часто проявляется в покое, а сама боль может распространяться на переднюю и боковые поверхности живота.

При выраженной мышечной слабости в нижних конечностях больной немедленно должен быть проконсультирован нейрохирургом, т.к. этот симптом может быть показателем выраженной грыжи диска, при котором раннее оперативное лечение приводит к более благоприятному исходу.

Таким образом, учитывая вышесказанное, алгоритм диагностического поиска можно представить следующим образом:

- Осмотр больного с учетом клинических признаков заболевания и с особым упором на обнаружение «знаков угрозы»
- При отсутствии «знаков угрозы», больному назначается симптоматическая — обезболивающая терапия
- Выявление «знаков угрозы» требует дальнейшего лабораторно-инструментального обследования, консультации специалистов
- При отсутствии после дополнительного обследования данных за наличие угрожающих состоянию пациента заболеваний — назначается неспецифическая обезболивающая терапия
- При выявлении потенциально опасного состояния — специфические терапевтические или хирургические мероприятия.

Какие же дополнительные методы обследования используются наиболее часто при БНС со «знаками угрозы» и каковы показания для их применения?

1. Рентгенография — наиболее часто используемый при БНС метод инструментального обследования. Является основным в диагностике переломов позвонков. Косвенное значение может иметь снижение высоты межпозвонкового промежутка или его угловая деформация при грыжах диска. При сопутствующих грыже межпозвонкового диска (МПД) дегенеративных изменениях позвоночника последние видны на рентгенограмме. Следует сразу отметить, что по наличию и выраженности этих изменений никакого вывода о локализации грыжи делать нельзя. В ряде случаев необходимо использовать функциональные рентгенологические тесты в состоянии максимального сгибания и разгибания позвоночника. Они позволяют выявить ранние признаки артроза или нестабильность позвоночно-двигательного сегмента. Рентгенография является также основным инструментальным методом диагностики поражения позвоночника при разных формах серонегативных спондилоартропатий. Итак, этот метод, в первую очередь, рекомендован при подозрении на наличие переломов, инфекционных процессов и опухолей, а также заболеваний, сопровождающихся развитием спондилита, серонегативных спондилоартритов.

2. Электромиография — показана не всем больным, а проводится при наличии симптомов радикулопатии, для определения функциональных возможностей нервного ствола, при неясном диагнозе, перед хирургическим вмешательством.

3. Денситометрия — в настоящее время — основной метод диагностики остеопороза, который является одной из наиболее частых причин БНС и причин компрессионных переломов позвонков, в основном у пожилых лиц.

4. Компьютерная томография (КТ) — позволяет визуализировать патологию костной ткани. Метод незаменим при диагностике поражений костных структур позвоночника и позвоночного стеноза. Степень визуализации грыж дисков незначительна и уступает магнитно-резонансной томографии. Информативность метода снижается также тем, что производятся только поперечные срезы, поэтому необходимо знать уровень поражения для уменьшения лучевой нагрузки на пациента.

5. Магнитно-резонансная томография (МРТ) — позволяет получить изображение в любой проекции. При этом МРТ исследует не только позвоночник, но и сам спинной мозг и окружающие мягкие ткани. Поэтому при подозрении на опухоль спинного мозга или патологию его оболочек лучше не тратить время на КТ, а назначить сразу МРТ. МРТ является методом выбора для выявления грыж МПД и в отличие от КТ не связана с лучевой нагрузкой. Следует помнить, что абсолютным противопоказанием к проведению этого исследования является наличие имплантированного искусственного водителя ритма.

6. Сцинтиграфия — после внутривенного введения радиоизотопного вещества оно накапливается в определенных областях костей — «горячих точках». Может использоваться для диагностики костных опухолей, прежде всего — метастазов, реже — компрессионных переломов. После локализации с ее помощью проблемной области рекомендуется использовать другие методы для визуализации и уточнения характера поражения.

7. Миелография — инвазивная методика, при которой контрастное вещество вводится эндolumбально. Выпячивание грыжи диска в просвет позвоночного канала деформирует дуральный мешок или полностью перекрывает его контур. Особенно отчетливо выявляются центральные грыжи МПД и грыжи с незначительной латерализацией. Кроме того, метод позволяет выявить динамические изменения размеров позвоночного канала при движениях в поясничном отделе. Миелография неинформативна при латеральных грыжах МПД. Полученный при миелографии ликвор обязательно исследуется. Миелография делается только когда КТ или МРТ по каким-то причинам недоступны. Ее нередко назначают нейрохирурги перед оперативным вмешательством в комбинации с КТ.

7. **Дискография** — введение контрастного вещества непосредственно в диск. Относится к инвазивным методам исследования. В настоящее время практически не применяется благодаря появлению современных методов визуализации. Дискография технически более сложна, чем миелография, а частота побочных проявлений (в том числе травм корешков) значительно выше.

Лабораторное обследование больных БНС обычно включает общий анализ крови (величина СОЭ имеет значение для диагностики инфекции или миеломной болезни), определение уровней кальция и фосфора, щелочной фосфатазы; по показаниям HLA-B27, ревматоидного фактора и др. При подозрении на метастазы рака простаты необходимо исследование кислой фосфатазы и простатспецифического антигена. Кроме этого, по показаниям проводят рентгенографию легких, УЗИ органов брюшной полости, маммографию и т.д.

К счастью, это многообразие диагностических методов на практике может использоваться нечасто. Как упоминалось выше, они нужны только для дифференциальной диагностики угрожающих здоровью или жизни пациента состояний, которые составляют менее 10% случаев острой БНС. Следует отметить, что, хотя рентгенологическое обследование является наиболее часто используемым методом, однако получаемые с его помощью данные редко приводят к постановке окончательного диагноза, за исключением серьезной травмы или онкопатологии. С другой стороны, КТ и МРТ, являясь лучшими визуализирующими методами, нередко дают ложноположительные результаты.

Но, и это следует повторно подчеркнуть, даже на этапе первичного обследования, когда природа БНС неясна, пациенту с болевым синдромом должна быть оказана первая симптоматическая помощь, направленная на ликвидацию (уменьшение интенсивности) боли.

После обсуждения вопросов диагностики БНС необходимо обратиться к вопросам лечения.

Как указывалось выше, абсолютному большинству больных с БНС требуется только симптоматическая терапия. По данным зарубежных исследователей, фактически 60% пациентов на фоне простого консервативного лечения восстанавливают трудоспособность уже в течение первой недели, а 90% — в течение 4-х нед. Если же на фоне симптоматической терапии у больного с потенциально «несерьезными» поражениями спины нарастают боли, ухудшается двигательная функция позвоночника или нижних конечностей, либо нарушается функция мочевого пузыря и кишечника, появляются расстройства чувствительности, его следует в срочном порядке дообследовать.

Лечение БНС складывается из:

1. рекомендаций по поведению и двигательному режиму пациента

2. системного применения медикаментов (перорально и/или парентерально)

3. локальной терапии

4. физио- и мануального лечения, тракционной терапии

5. и, наконец, хирургического лечения.

По рекомендациям ВОЗ, лечение БНС должно включать (цит. по Н.А.Шостак с дополнениями):

- Устранение причины БНС, если это возможно. Условно факторы, вызывающие или обостряющие болевой синдром в спине, можно подразделить на две категории: некорректируемые (наследственность, возраст и пол) и корректируемые, с которыми можно бороться; к ним относятся:

- о производственные статодинамические перегрузки, особенно в неудобных позах, с воздействием вибрации и неблагоприятных метеофакторов. Незнание элементарных эргономических обоснованных приемов производственных операций, а также правил гигиены, положений тела и движений в быту;

- о отсутствие регулярных занятий физкультурой, умеренной физической активности; резкие изменения физических нагрузок;

- о эпизодические значительные физические нагрузки у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни;

- о нарушение осанки (сколиоз, кифосколиоз, сутулость);

- о частые простудные заболевания, ожирение, болезни желудочно-кишечного тракта и печени.

По данным ряда авторов, частота возникновения БНС увеличивается пропорционально увеличению индекса массы тела ($>25 \text{ кг/м}^2$), хотя по данным других, масса тела и рост не влияют на появление болевого синдрома в спине.

- Отдых в течение нескольких дней рекомендован только при острых БНС и только в первые дни их возникновения. При хронических формах он противопоказан.

- Ношение бандажа или корсета являлось очень распространенной рекомендацией, но с позиций доказательной медицины в 2000 г это положение было пересмотрено, т.к. не было получено объективных доказательств его пользы. Поэтому в настоящее время считается, что ношение бандажа может быть назначено только по желанию самого пациента. Корсет может вызвать ослабление связочного аппарата и мышц брюшного пресса, что только усилит нестабильность позвоночно-двигательного сегмента. Поэтому корсет носят не более 2-х часов в день в период максимальных нагрузок. Больной с БНС должен быть обучен и знать, когда и как долго он может носить корсет.

- Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) относится к первому ряду терапевтических мероприятий при БНС. При этом, по данным многочисленных контроли-

руемых исследований, нет убедительных данных в пользу большей эффективности какого-либо отдельно взятого лекарственного средства из этой группы при БНС.

- Назначение миорелаксантов.
- Проведение локальной терапии (инъекции, мази, акупунктура).

- Мануальная терапия, отношение к которой в настоящее время во многих работах пересматривается. В некоторых случаях она может принести вред, особенно если лечение проводится недостаточно квалифицированным специалистом. Терапевт должен помнить о том, что существуют четкие противопоказания для проведения мануальной терапии:

- о подозрение на опухоль позвоночника (как первичную, так и метастатическую);

- о спондилит;
- о остеопороз;

- о относительные противопоказания для мануальной терапии:

- грыжи дисков;
- гиперлордоз поясничного и шейного отдела позвоночника;

«плоская спина», т.е. отсутствие физиологического кифоза в грудном отделе позвоночника;

врожденная дисплазия костно-хрящевой части позвоночника.

- Тракция (эффективность тракции также пересмотрена в 2000 г., т.к. с позиций доказательной медицины не получено убедительных данных о целесообразности ее проведения).

- Электрическая чрезкожная нервная стимуляция.

- Физические упражнения.

- Хирургическая декомпрессия (в настоящее время резко сужены показания к хирургическому лечению, т.к. у очень большого числа больных наблюдается рецидивы болей через 2,5-3 года).

- Физиотерапия.

- Обучающие программы для работы с пациентами в ревмошколах. Этому вопросу сейчас отводится существенная роль, особенно при лечении хронических болевых синдромов в спине.

- Психологическая коррекция в первую очередь касается больных с хроническим течением БНС, т.к. при хронизации болевого синдрома у человека развиваются новые поведенческие реакции, которые пагубно отражаются на психике.

Если сравнить рекомендации ВОЗ, которые были даны в 1998 и в 2000 гг, то станет ясно, что практически половина лечебных направлений при БНС пересмотрена с позиций доказательной медицины. При этом лишь некоторые из них укрепили своё положение. Если рассмотреть лекарственные препараты, назначение которых считается сегодня целесообразным и необходимым, то к ним следует отнести, в первую очередь, НПВП. В настоящее время они выделены в отдельную группу условно пато-

генетических средств лечения БНС, т.к. они необходимы, чтобы прервать на уровне синапса формирование простагландинового и цитокинового каскадов и не допустить развития неврогенного асептического воспаления и хронизации его.

В табл.3 приведены рекомендации Агентства по здравоохранению и научным исследованиям США по курации БНС. Следует обратить внимание на то, что для острых и хронических болей в спине эти рекомендации разбиты на несколько граф, в зависимости от того, насколько результаты проведенных исследований для подтверждения их эффективности отвечают принципам доказательной медицины.

Американские рекомендации несколько отличаются от рекомендаций ВОЗ. Во-первых, они фокусируют внимание на широко распространенном в практике назначении постельного режима. Американские врачи, основываясь на клинических испытаниях, рекомендуют по-возможности сразу активизировать пациента, а назначение покоя, особенно при острой БНС, считают вредным. С другой стороны, польза широко применяемых отечественными врачами и рекомендуемых ВОЗ миорелаксантов в американских рекомендациях ставится под определенное сомнение.

Особо следует остановиться на НПВП. Эти лекарственные средства всеми специалистами признаются препаратами выбора при БНС, и поэтому они назначаются наиболее часто. Однако, учитывая многочисленные осложнения, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта, при их назначении следует придерживаться некоторых правил:

- НПВП должны включаться в программу лечения как можно раньше — уже в 1-2-й день заболевания

- Лечение по возможности следует начинать с более безопасных препаратов короткого действия (ибупрофен, кетопрофен, диклофенак, кетарол), в минимально эффективной дозе (побочные эффекты имеют дозозависимый характер)

- У пожилых больных, особенно у пациентов с факторами риска, целесообразно, вероятно, сразу начинать лечение с селективных ингибиторов ЦОГ-2

- Форма введения (мази, таблетки, инъекции) зависит от клинических особенностей и предпочтений больного

- Применение индометацина следует ограничить лечением серонегативных спондилоартропатий у лиц молодого возраста без факторов риска развития гастропатий и патологии сердечно-сосудистой системы

- Следует убедиться, что больной информирован о возможных побочных реакциях и их последствиях.

Таким образом:

- Боли в нижней части спины — это не заболевание, а симптомокомплекс.

Таблица 3

РЕКОМЕНДАЦИИ АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И НАУЧНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ США
ПО КУРАЦИИ БНС

Лечение острых БНС	Лечение хронических БНС
<u>Показанная эффективность</u>	<u>Показанная эффективность</u>
НПВП	Лечебная физкультура
Сохранение физической активности	Междисциплинарные лечебные программы
<u>Вероятная эффективность</u>	<u>Вероятная эффективность</u>
Изменение поведенческих реакций	Анальгетики (парацетамол, опиаты)
Междисциплинарные лечебные программы	НПВП
<u>Неизвестно соотношение между пользой и вредом</u>	Инъекции в триггерные точки и связки
Миорелаксанты	Школы для больных
<u>Неизвестная эффективность</u>	Изменение поведенческих реакций
Анальгетики (парацетамол, опиаты)	<u>Неизвестная эффективность</u>
Антидепрессанты	Антидепрессанты
Колхицин	Колхицин
Эпидуральные стероидные инъекции	Миорелаксанты
Инъекции в фасеточные суставы	Эпидуральные стероидные инъекции
Инъекции в триггерные точки и связки	Сохранение активности
Школы для больных	Постельный режим
Электромиография	Электромиография
Лечебная физкультура/упражнения для спины	Поддерживание поясницы
Поддерживание поясницы (бандаж)	Лечение холодом или теплом
Лечение холодом или теплом	Массаж
Массаж	Манипуляции на позвоночнике
Манипуляции на позвоночнике	Черезкожная стимуляция нерва
Вытяжение	<u>Неэффективно или даже вредно</u>
Черезкожная стимуляция нерва	Инъекции в фасеточные суставы
Акупунктура	Вытяжение
<u>Неэффективно или даже вредно</u>	
Постельный режим	

- Более 90% больных с БНС не требуют проведения сложных диагностических исследований и быстро поддаются лечению.

- У части пациентов боль в спине является первым клиническим признаком потенциально

опасного, серьезного заболевания.

- В настоящее время используется большое число разных методов лечения БНС, однако только очень немногие из них отвечают требованиям доказательной медицины.

Поступила 03.03.06