

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

П.Р. Камчатнов

Кафедра неврологии и нейрохирургии №1 ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Контакты: Павел Рудольфович Камчатнов skamp@inbox.ru

Синдром боли в нижней части спины (БНС) широко распространен и является одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности. В обзоре рассматриваются основные причины возникновения БНС, факторы, способствующие ее развитию. Приведены основные признаки, требующие углубленного обследования пациента с БНС для исключения специфической природы заболевания. В соответствии с современными взглядами на проблему анализируются основные направления лечения пациентов с БНС. Подчеркивается необходимость активного участия самого больного в лечебном процессе. Приводятся рекомендации по медикаментозному лечению данного контингента пациентов.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, антиконвульсанты, ингибиторы обратного захвата серотонина

CURRENT PRINCIPLES IN THE MANAGEMENT OF LOW BACK PAIN

P.R. Kamchatnov

Neurology and Neurosurgery Department One, Russian State Medical University, Moscow

Lumbago occurs widely and it is one of the leading causes of temporary disability. The review considers the principle causes of lumbago and its predictors. It also gives the major signs requiring that the patient with this condition should be meticulously examined to exclude the specific nature of the disease. The basic lines of treatment of patients with lumbago are analyzed in accordance with present view of the problem. Emphasis is laid on that the patient should himself take an active part in a treatment process. Recommendations are given on the drug treatment of this contingent of patients.

Key words: lumbago, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, myorelaxants, anticonvulsants, serotonin reuptake inhibitors

Введение

Синдром боли в нижней части спины (БНС) характеризуется возникновением болезненных ощущений и дискомфорта в области, ограниченной сверху IX парой ребер, а снизу — ягодичными складками. Одновременно с БНС могут присутствовать боли, иррадиирующие в ногу, как правило, обусловленные компрессией спинальных корешков.

На сегодняшний день большинство исследователей отмечают крайне широкую распространенность БНС. Считается, что каждый четвертый взрослый житель США в течение последних трех месяцев, по крайней мере, на протяжении одних суток испытывал интенсивную боль в области поясницы [1], а интенсивную БНС в течение последнего года отмечают 7,6% взрослого населения страны [2]. 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 [3].

Классификация

В соответствии с основными причинами развития выделяют неспецифическую БНС, БНС, сопровождающуюся синдромом компрессии спинального корешка или стенозом спинального канала, а также обусловленную другими поражениями позвоночника [4]. Наиболее частой является неспецифическая БНС (до 85% и более пациентов, обращающихся за медицинской помощью) [5]. Согласно современным представлениям, в подавляющем большинстве случаев неспецифическая БНС является доброкачественным состоянием, обусловленным дегенеративными изменениями в дугоотростчатых (фасеточных) суставах, перипартикулярных тканях, мышцах. Существенное значение имеет поражение хрящевой ткани, остеохондроз межпозвонковых дисков, хотя далеко не всегда представляется возможным связать имеющийся болевой синдром с изменениями в межпозвонковом диске.

Зачастую возникают сложности определения нозологической принадлежности неспецифической БНС, в значительной степени связанные с неодно-

родностью диагностических критериев, различиями дизайна исследований, посвященных изучению проблемы, что затрудняет проведение корректного метаанализа выполненных исследований [4].

Этиология и патогенез

Развитию БНС могут способствовать многие факторы, в частности, дефицит физических нагрузок или их избыток, микротравмы позвоночника, характер трудовой деятельности, связанной с длительным систематическим пребыванием в вынужденном неудобном положении [6]. Однако далеко не все исследования позволили однозначно подтвердить значимость указанных факторов. Интересно отметить, что влияние таких факторов, как спондилолистез, аномалии развития позвоночника (люмбализация или сакрализация, расщепление дужки позвонка и пр.), казалось бы, несомненно связанных с риском развития БНС, не было подтверждено целым рядом масштабных исследований [7].

В развитии хронической БНС, помимо конституциональной предрасположенности, дегенеративных изменений позвоночника и периапартулярных тканей, важную роль играет эмоциональное состояние пациента, в частности, личностная тревога, неудовлетворенность, депрессия, ощущение неуверенности, безнадежности [8]. Сочетание указанных эмоциональных нарушений в значительной степени определяет вероятность хронизации боли. Поддержание болевого синдрома и трансформация острой или подострой боли в хроническую могут быть обусловлены психосоциальными факторами, например, сопутствующей депрессией (в том числе соматизированной), личностной неудовлетворенностью, характерологическими особенностями (повышенная тревожность), а также имеющимися рентными установками [9].

В случае неспецифической БНС течение заболевания, как правило, носит доброкачественный характер. Полный регресс болевого синдрома или его значительное уменьшение наступают в течение 4—6 нед [2, 10]. Вместе с тем, учитывая хронический, зачастую неустраняемый характер имеющихся изменений в суставных и околосуставных тканях, существует значительный риск возобновления болевого синдрома. Имеются данные о том, что повторное обострение БНС на протяжении года наступает у трети пациентов [11].

Формирование хронического синдрома БНС наблюдается примерно у 20% больных, при этом характерными являются значительные трудности при выполнении не только производственных, но и бытовых нагрузок [11]. Зачастую выраженный болевой синдром, имеющийся неврологический дефицит, аффективные нарушения резко ограничивают или полностью исключают трудовую деятельность пациента. Получены данные о том, что один из 25 граждан Великобритании на протяжении года вынужден

сменить характер трудовой деятельности вследствие невозможности ее выполнения из-за имеющегося выраженного болевого синдрома [12].

Значительно реже, по сравнению с неспецифической (доброкачественной) БНС, поводом для обращения за медицинской помощью являются болевые синдромы, обусловленные специфическим поражением позвонков, оболочек спинного мозга, периапартулярных мягких тканей. Таковыми являются травматические поражения костей позвоночника, в частности компрессионные переломы тел позвонков, которые выявляются в 4% всех случаев БНС [1]. Относительно реже встречаются такие состояния, как анкилозирующий спондилит (0,3—5%), метастазы злокачественных опухолей в костную ткань, оболочки спинного мозга (0,7%) [13]. Иногда выявляются и воспалительные заболевания с вовлечением в патологический процесс непосредственно самих позвонков (спондилит, остеомиелит) или с поражением, в первую очередь, прилежащих тканей с формированием эпидурального абсцесса и пр. (в 0,01% случаев) [14]. Такие патологические состояния, как стеноз спинального канала и симптомные грыжи межпозвонковых дисков, могут быть причиной БНС соответственно в 3 и 4% случаев. Достаточно редко (примерно у 0,04% пациентов) наблюдаются синдромы сдавления волокон конского хвоста или самого спинного мозга крупной грыжей межпозвонкового диска.

Традиционно наличие БНС связывают с нарушением целостности межпозвонкового диска с последующим формированием протрузии или грыжи диска. Следует учитывать, что далеко не всегда локальный болевой синдром обусловлен поражением диска. Так, достаточно часто (до 30% случаев) верифицированная при помощи КТ или МРТ грыжа диска не является причиной болей, а представляет собой маркер дегенеративного поражения позвоночника [13].

Клиническая картина

В зависимости от продолжительности болевого синдрома целесообразно выделить острой (длительностью менее 4 нед), подострой (от 4 до 12 нед) и хронической (соответственно, более 12 нед) БНС. Такое деление имеет практическое значение для определения характера течения заболевания и его прогноза, выбора адекватной терапии, оценки эффективности лечения, установления степени утраты трудоспособности. Также важным является разграничение хронического болевого синдрома и рецидива БНС. Вновь возникшая БНС после шестимесячного периода ее отсутствия расценивается как рецидив болей. Обострение имеющегося хронического болевого синдрома рецидивом не считается [15].

Клиническая диагностика БНС требует детального уточнения анамнестических сведений об особенностях возникновения болевого синдрома, установления факторов, провоцирующих его появление и об-

легчение, определения динамики заболевания. Крайне важным является установление связи возникновения болевых ощущений с актом движения и положением тела. При осмотре следует обратить внимание на состояние осанки (наличие или отсутствие физиологических лордозов, сколиоза и пр.). Требуется оценка состояния мускулатуры туловища, спины с целью выявления участков гипертонуса, болезненности.

Неврологический осмотр направлен на установление симптомов «натяжения» спинальных корешков. Одним из наиболее значимых является симптом Ласега (пассивное поднимание у лежащего на спине обследуемого разогнутой в коленном суставе и расслабленной ноги до появления ощущения боли). Считается, что распространение болевых ощущений по задней поверхности бедра уже при незначительной высоте подъема свидетельствует о раздражении 5-го поясничного корешка. Следует, однако, иметь в виду, что особенностью данного симптома является высокая чувствительность, наряду с низкой специфичностью, в отношении сдавления корешка грыжей межпозвонкового диска, и напротив, возникновение боли в противоположной ноге (перекрестный симптом Ласега) характеризуется низкой чувствительностью при высокой своей специфичности [16].

Крайне важно своевременное выявление неврологического дефицита (вялые и центральные парезы и параличи нижних конечностей, сегментарные расстройства чувствительности). Наличие очаговых симптомов требует проведения дифференциальной диагностики центрального и периферического поражения (локализация патологического процесса в самом спинном мозге или его корешках). Особое внимание следует уделять выявлению тазовых нарушений, обусловленных компрессией конского хвоста.

Обязательным является скрининговое обследование на наличие соматических заболеваний (воспалительных, новообразований, травм), способных привести к вторичному поражению позвоночника и возникновению БНС.

В первичном (доброкачественном) характере БНС заставляет усомниться присутствие «красных флажков» — симптомов, позволяющих предположить наличие специфического заболевания. Такими симптомами являются: возникновение болевого синдрома в возрасте менее 20 или более 55 лет; возникновение боли непосредственно после травмы; нарастание болевого синдрома с течением времени; отсутствие облегчения после пребывания в лежачем положении или усиление боли в лежачем положении; боль преимущественно в грудном отделе позвоночника; перенесенные онкологические заболевания; длительный прием кортикостероидов; применение внутривенных наркотических препаратов, иммунодефицит, ВИЧ-инфекция; длительное недомогание; необъяснимая потеря веса; наличие очагового неврологического де-

фицита, в том числе признаков поражения конского хвоста; лихорадка; деформация позвоночника [5].

Значительный интерес для клиницистов представляет совокупность факторов, способствующих формированию и поддержанию хронического болевого синдрома и утраты трудоспособности вследствие БНС, объединяемых под термином «желтых флажков» [17]. Примерами таких факторов могут служить убежденность пациента в опасности БНС для его жизни и трудоспособности, стойкие предположения о наличии неизлечимого заболевания. Характерны также убежденность в большей эффективности пассивных методов лечения и отсутствие желания принимать активное участие в процессе лечения. Обращают на себя внимание демонстративное болевое поведение со значительным ограничением повседневной активности, избеганием минимальных физических нагрузок, наличие эмоциональных нарушений в виде депрессии, тревожности, которые способны приводить к ограничению социальных контактов. Немаловажными являются затруднения социальной адаптации с низкой удовлетворенностью от выполняемой работы, проблемы в коллективе, финансовые причины. Несмотря на связь указанных факторов с риском развития хронической боли, сама возможность их коррекции и ее потенциальная эффективность требуют уточнения [18]. Необходимо подчеркнуть, что значимость психосоциальных факторов велика именно для формирования хронической боли, тогда как связь их с острыми болевыми синдромами, в частности БНС, намного менее значима [19].

Диагностика

Диагностический поиск при наличии БНС должен проводиться между тремя основными категориями клинических синдромов — неспецифическая БНС, корешковый синдром, вторичное поражение позвоночника [18]. Следует отметить, что и корешковый болевой синдром может быть обусловлен поражением позвонков вследствие травмы, новообразования и пр. Наличие острого болевого синдрома в ряде случаев требует исключения соматической патологии.

Для установления причины БНС традиционно широко используется рентгенография позвоночника, в том числе с проведением функциональных проб для выявления спондилолистеза. Результаты систематизированного обзора, основанного на результатах анализа 31 исследования, свидетельствуют о том, что рентгенологически выявляемые признаки дегенеративного поражения (сужение межпозвонковой щели, остеофиты, остеосклероз) тесно ассоциированы с неспецифической БНС [20]. Примечательно, что при спондилолистезе, незаращении дужек позвонков и признаках юношеской хондропатии такая связь отсутствует.

Рентгенографическое обследование не позволяет получить достоверную информацию о наличии и размерах грыжи межпозвонкового диска, истин-

ных размерах позвоночного канала при его стенозе [4]. Имеются сведения о том, что применение рентгенографического обследования у пациентов с неспецифической БНС не связано с повышением качества диагностики и эффективности лечения и существенно не влияет на исход заболевания [21].

Рутинное томографическое обследование (КТ, МРТ, сцинтиграфия) также не повышает качества лечения. Выявляемые дегенеративные изменения дисков и суставно-связочного аппарата зачастую не проясняют механизмы возникновения болевого синдрома и, соответственно, не оказывают влияния на терапевтическую тактику [22]. В большинстве современных национальных руководств по ведению больных с БНС подчеркивается нецелесообразность такого обследования у пациентов с острой неспецифической БНС [5, 18].

Томографическое обследование показано пациентам с нарастающим характером болевого синдрома, при наличии неврологического дефицита, особенно в том случае, если имеются клинические или анамнестические указания на тяжелые соматические заболевания, способные привести к вторичному поражению позвоночника, спинного мозга, спинальных корешков и вызвать БНС (онкологические, воспалительные заболевания). Также это обследование необходимо при интенсивном болевом синдроме, нарастающем периферическом парезе вследствие сдавления корешка для решения вопроса о хирургическом лечении [14].

Терапевтическая тактика

Основные направления лечения больных с неспецифической БНС — разъяснение пациенту сути его заболевания и убеждение его в доброкачественном характере состояния, купирование наиболее значимых симптомов (в первую очередь, устранение боли), обеспечение достаточного уровня повседневной физической активности [18]. Необходимо поддерживать уверенность пациента в скорейшем его выздоровлении и отсутствии существенной угрозы для состояния здоровья.

Большую роль в лечении и реабилитации играет максимально ранняя активизация пациента [23]. Оптимальной тактикой является поддержание привычного уровня физической активности (повседневная деятельность, ходьба по ровной поверхности и пр.). Отдельным пациентам с выраженным болевым синдромом, с признаками компрессии спинальных корешков может быть рекомендовано кратковременное исключение физических нагрузок. Больной, однако, должен быть ориентирован на то, чтобы по мере купирования болевого синдрома как можно быстрее возвратиться к привычному для него уровню повседневной физической активности.

Установлено, что у пациентов с неспецифической БНС длительная иммобилизация не только не улучшает, но даже ухудшает течение заболевания

и его прогноз, в частности, способствуя формированию болевого поведения, хронического болевого синдрома [24]. В соответствии с результатами выполненного в 1999 г. и дополненного в 2005 г. систематизированного обзора, длительная иммобилизация также нецелесообразна у большинства больных с БНС с сопутствующим корешковым синдромом, хотя нежелательные эффекты строгой иммобилизации и не столь выражены по сравнению с пациентами с изолированной дорсалгией [25].

Максимально ранняя активизация больного предупреждает возникновение депрессивных расстройств и формирование болевого поведения. Вместе с тем признается нецелесообразным раннее назначение лечебной гимнастики, физических упражнений с преимущественным воздействием на мускулатуру спины. Оптимальным видом нагрузки считается ходьба по ровной поверхности. Пациентам с острой БНС (длительностью менее 4 нед) не следует рекомендовать специфическую лечебную гимнастику (в том числе занятия йогой), акупунктуру, массаж, тогда как указанные нелекарственные способы терапии показаны больным с подострым или хроническим болевым синдромом [4].

Традиционно широко применяются методы физиотерапии (воздействие ультразвуковых колебаний, электрического тока различной модальности) и другие немедикаментозные способы лечения. Их эффективность, однако, была подтверждена далеко не всеми клиническими исследованиями. В настоящее время представляется нецелесообразным применение одного из таких методов лечения в качестве монотерапии [4, 18]. Необходимо поддержание двигательной активности пациента, вовлечение его в процесс лечения. При острой и хронической БНС положительное действие оказывает мануальная терапия, эффективность которой возрастает при назначении лечебной гимнастики [26].

Трудно переоценить роль медикаментозной терапии при лечении пациентов с БНС. В случае острой БНС препаратами выбора являются ацетаминофен (парацетамол) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В соответствии с Европейскими рекомендациями по лечению пациентов с острой БНС ацетаминофен является препаратом первого ряда, при отсутствии эффекта или его непереносимости рекомендовано начинать прием НПВП [18].

Ацетаминофен по анальгетической активности сопоставим с большинством НПВП, уступая лишь некоторым из них. Препарат характеризуется низким риском возникновения побочных эффектов. Применение его может сопровождаться асимптомным повышением в крови уровня трансаминаз, которое носит дозозависимый характер и требует регулярного лабораторного контроля [27]. Клиническая значимость указанного феномена пока неясна, так

как на сегодняшний день не получено убедительных данных о его прогностической значимости.

Выбор адекватной лечебной тактики у больных с хронической БНС представляет достаточно сложную задачу. Применение НПВП у данной категории больных, как правило, имеет ограниченную эффективность или вовсе неэффективно. При хронической БНС возможно использование комбинации ацетаминофена и трамадола.

Широко распространены НПВП из группы неселективных ингибиторов циклооксигеназы, характеризующиеся высокой обезболивающей и противовоспалительной активностью. Максимально выраженный положительный эффект отмечается у пациентов с изолированным локальным болевым синдромом, тогда как эффективность НПВП — ниже при наличии корешкового синдрома [28]. Как правило, препараты этой группы обеспечивают достаточно быстрое купирование болевого синдрома, однако их применение не влияет на вероятность формирования хронического болевого синдрома, а также характер дальнейшего течения заболевания.

Применение НПВП сопряжено с риском развития гастроинтестинальных осложнений, частота которых может достигать 15—20% пациентов. Вероятность их развития выше у пациентов с перенесенными ранее заболеваниями желудочно-кишечного тракта, одновременно принимающих несколько препаратов НПВП, ацетилсалициловую кислоту, антикоагулянты, глюкокортикоиды. Возможными факторами риска гастроинтестинальных осложнений, пока не получившими убедительного подтверждения, являются принадлежность к женскому полу, курение, злоупотребление алкоголем, инфекция *H. pylori* [29]. Риск поражения слизистой оболочки желудка может быть снижен при одновременном применении ингибиторов протонной помпы (например, омепразола).

Систематическое применение НПВП способно вызывать повышение артериального давления, в частности, у пожилых пациентов, при наличии артериальной гипертензии, что требует его тщательного систематического контроля. Имеются данные о том, что эффективная коррекция уровня артериального давления может быть достигнута под влиянием дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов [30].

Большой интерес вызывает возможность применения у больных с острой и подострой БНС селективных ингибиторов циклооксигеназы 2-го типа (целкоксиб), которые обладают достаточной анальгетической активностью при значительно меньшем риске возникновения гастроинтестинальных осложнений. Длительное (многомесячное) применение препаратов этой группы сопряжено с повышенным риском развития тромбозов [31]. Вместе с тем результаты недавно завершившегося рандомизированного клинического исследования MEDAL (более 30 тыс. боль-

ных с остеоартритом и ревматоидным артритом на протяжении в среднем 18 мес получали диклофенак 150 мг/сут или селективный ингибитор циклооксигеназы 2-го типа эотрикоксиб 60—90 мг/сут) свидетельствуют о практически идентичном риске тромботических осложнений в двух группах терапии [32].

При острой БНС показано применение препаратов, устраняющих избыточное мышечное напряжение, — миорелаксантов (тизанидин, толперизон, бензодиазепиновые производные). Многочисленные исследования позволили установить их хорошую переносимость при малой частоте побочных эффектов [33]. Применение миорелаксантов целесообразно у большинства больных с острой БНС, а также у значительного числа пациентов с подострыми и хроническими болевыми синдромами. Ввиду возможности привыкания и развития зависимости не следует применять на протяжении длительного времени бензодиазепины. Повышение эффективности лечения наблюдается при одновременном назначении обезболивающих препаратов и миорелаксантов [34]. Сочетанием свойств анальгетика центрального действия и миорелаксанта, не вызывающего зависимости и привыкания, обладает флупиртин. Важной особенностью его фармакологического профиля является полное отсутствие ulcerогенного эффекта. Флупиртин показан больным с различной длительностью болевого синдрома, в частности, при подострых и хронических его вариантах [35].

Для лечения пациентов с хронической БНС применяют антидепрессанты. Наибольший опыт накоплен в отношении трициклических антидепрессантов (амитриптилин) [36]. Результаты систематизированного обзора серии исследований эффективности трициклических антидепрессантов у пациентов с хронической БНС свидетельствуют об их достаточной эффективности [37]. Высокая частота нежелательных эффектов, не всегда хорошая переносимость в значительной степени ограничивают его применение в амбулаторной практике.

Новые антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, а также ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина широко применяют при лечении различных нейропатических болевых синдромов [38]. Данных об эффективности препаратов этих групп у пациентов с хронической БНС значительно меньше. Учитывая связь хронического болевого синдрома с депрессивными расстройствами, применение антидепрессантов обосновано у значительного числа пациентов [39].

Имеются сведения о том, что применение антиконвульсантов способно уменьшать интенсивность болевого синдрома при хронической БНС. Положительный эффект оказывает применение габапентина у больных с БНС в сочетании с радикулопатией [40]. Единичные исследования посвящены применению

и других антиконвульсантов при хронической БНС, однако требуется продолжение исследований для установления их эффективности [4].

Определенное значение в купировании болевого синдрома и предупреждении развития обострений имеет правильная организация бытовых условий. Результаты двойного слепого рандомизированного мультицентрового исследования продемонстрировали, что у пациентов с хронической БНС нецелесообразно применение жестких матрасов для ночного сна (указанное в полной мере может быть отнесено и к рекомендации спать на жестких досках, на полу и пр.). Значимый положительный эффект оказывают полужесткие матрасы, обеспечивающие комфортное состояние во время пребывания в лежачем положении [41].

Несмотря на то что с целью иммобилизации поясничных двигательных сегментов широко распространено ношение фиксирующих корсетов, убедительных данных об их эффективности не получено [42]. Вместе с тем многие пациенты испытывают облегчение от использования указанных приспособлений при выполнении работы, связанной со значительным физическим напряжением. Это дает основание для рекомендации их применения с учетом индивидуальных особенностей больного.

Действенным эффектом в лечении и профилактике обострений БНС могут обладать поведенческая терапия и занятия в специализированных школах для пациентов с болью в спине [15]. Проведение дальнейших исследований позволит объективно установить их истинную ценность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Deyo R., Rainville J., Kent D. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992; 268:760—5.
2. Carey T., Evans A., Hadler N. et al. Acute severe low back pain. A population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine* 1996;21:339—44.
3. Luo X., Pietrobon R., Sun S. et al. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. *Spine* 2004;29:79—86.
4. Chou R., Qaseem A., Snow V. et al. for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians and the American Pain Society. Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478—91.
5. Royal College of General Practitioners. Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain. London, Royal College of General Practitioners, 1996 and 1999.
6. Waddell G. The Back Pain Revolution. Ed. by G. Waddell. 2nd ed. Edinburgh, Elsevier; 2004.
7. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. В 3-х т. М., Медицина; 2002.
8. Koleck M., Mazaux J.M., Rascle N. et al. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *Eur J Pain* 2006;10:1—11.
9. Pincus T., Burton A., Vogel S., Field A. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002;27:109—20.
10. Pengel L., Herbert R., Maher C., Refshauge K. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327:323—6.
11. Von Korf M., Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine* 1996;21:2833—7.
12. Harris A. Handicapped and Impaired in Great Britain, Part I. London, England: Social Survey Division, Office of Population Census and Surveys. Her Majesty's Stationary Office; 1971.
13. Calm R., Frohling M., Rittmeister M. et al. Sacroiliac joint dysfunction in patients with imaging-proven lumbar disc herniation. *Eur Spine J* 1998;7:450—3.
14. Jarvik J., Deyo R. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002;137:586—97.
15. Van Tulder M. Low back pain (chronic). *Clin Evid* 2004;12:1657—82.
16. Deville W., van der Windt D., Dzaferagic A. et al. The test of Lasague: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine* 2000;25:1140—7.
17. Kendall N., Linton S., Main C. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee. Wellington, New Zealand; 1997.
18. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl 2):169—91.
19. Linton S. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25:1148—56.
20. Van Tulder M., Assendelft W., Koes B., Bouter L. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain: a systematic review of observational studies. *Spine* 1997;22:427—34.
21. Kendrick D., Fielding K., Bentley E. et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomized controlled trial. *BMJ* 2001;322:400—5.
22. Gilbert F., Grant A., Gillan M. et al. Scottish Back Trial Group. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome—multicenter randomized trial. *Radiology* 2004;231:343—51.
23. Acute low back pain: a new paradigm for management. *BMJ* 1996;313:1343—4.
24. Deyo R., Diehl A.K., Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1986;315:1064—70.
25. Hagen K., Jamtvedt G., Hilde G., Winnem M. Bed rest bad for back pain, ineffective for sciatica. The updated Cochrane Review of bed rest for low back pain and sciatica. *Spine* 2005;30:542—6.
26. UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004;329:1377—81.
27. Watkins P., Kaplowitz N., Slattery J. et al. Aminotransferase elevations in healthy adults receiving 4 grams of acetaminophen daily: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:87—93.
28. Van Tulder M., Scholten R., Koes B., Deyo R. Non-steroidal antiinflammatory drugs for nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000396.
29. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. М., М-Сити; 1996.
30. Ежов М.В. Взаимодействие антигипертензивных и нестероидных противовоспалительных препаратов: преимущества амлодипина. Артериальная гипертензия 2005;11(4):225—8.
31. Caldwell B., Aldington S., Shirlcliffe P., Beasley R. Risk of cardiovascular events and celecoxib: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med* 2006;99:132—40.
32. Cannon C., Curtis S., FitzGerald G. et al. Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. *Lancet* 2006;18:368:1771—81.

33. Chou R., Peterson K., Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:140—75.
 34. Шостак Н.А., Клименко А.А. Новые аспекты действия миорелаксантов при заболеваниях позвоночника. *Клиницист* 2006;(1):49—53.
 35. Mueller-Schwefe G. Flupirtine in acute and chronic pain associated with muscle tenseness. Results of a postmarket surveillance study [in German]. *Fortschr Med Orig* 2003;121(1):11—8.
 36. Salerno S., Browning R., Jackson J.

The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2002;162:19—24.
 37. Staiger T., Gaster B., Sullivan M., Deyo R. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine* 2003;28:2540—5.
 38. Attal N., Cruccu G., Haanpaa M. et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006;13:1153—69.
 39. Bair M., Robinson R., Katon W., Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433—45.

40. Yildirim K., Sisecioglu M., Karatay S. et al. The effectiveness of gabapentin in patients with chronic radiculopathy. *Pain Clinic (Utrecht)* 2003;15:213—8.
 41. Kovacs F., Abaira V., Pena A. et al. Effect of firmness of mattress on chronic non-specific low-back pain: randomized, double-blind, controlled, multicentre trial. *Lancet* 2003;362:1599—604.
 42. 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—86.

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ

В.А. Парфенов

ММА им. И.М. Сеченова

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов vladimirparfenov@mail.ru

Представлены данные литературы и собственных исследований, посвященные дифференциальному диагнозу и лечению дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Отмечается, что ДЭ представляет одно из наиболее распространенных хронических сосудистых заболеваний головного мозга, которое не диагностируется у многих пациентов с артериальной гипертензией, атеросклерозом и (или) сахарным диабетом потому, что им не проводится нейропсихологическое исследование, позволяющее выявить нарушение памяти и других когнитивных функций. При установлении диагноза ДЭ необходимо исключить другие заболевания (тревожные и депрессивные расстройства, головные боли напряжения, периферическая вестибулопатия, болезнь Альцгеймера), которые часто ошибочно расцениваются как проявления хронической цереброваскулярной патологии. При ведении пациентов с ДЭ большое значение имеют коррекция факторов риска цереброваскулярного заболевания (отказ от курения и злоупотребления алкоголем, рациональное питание, достаточные физические нагрузки), нормализация артериального давления (прием антигипертензивных средств), снижение уровня холестерина в крови (прием статинов), антитромботическая терапия (антитромбоцитарные средства и антикоагулянты), а также прием лекарственных средств, улучшающих когнитивные функции. Представлены данные об использовании инстенон у больных с ДЭ.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, дифференциальный диагноз, лечение, инстенон

DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

V.A. Parfenov

Moscow Medical Academy

The paper presents the data available in the literature and those of the author's own studies dealing with the differential diagnosis of dyscirculatory encephalopathy. It is noted that dyscirculatory encephalopathy is one of the most common chronic cerebrovascular diseases, which is undiagnosed in many patients with arterial hypertension, atherosclerosis, and/or diabetes mellitus because they do not undergo a neuropsychological study that reveals disturbances of memory and other cognitive functions. When the diagnosis of dyscirculatory encephalopathy is established, it is necessary to exclude other diseases (anxiety and depression, headache on exertion, peripheral vestibulopathy, Alzheimer's disease) that are frequently misidentified as the manifestations of chronic cerebrovascular disease. Correction of risk factors of cerebrovascular disease (to stop smoking and alcohol abuse, to have balanced nutrition and adequate exercises), normalization of blood pressure (to use of antihypertensive drugs), reduction of blood cholesterol (statins), antithrombotic therapy (antiplatelet agents and anticoagulants), and use of the agents improving cognitive functions are of great value in the management of dyscirculatory encephalopathy. The data on the use of instenone in patients with dyscirculatory encephalopathy are given.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, differential diagnosis, treatment, instenone