

Перевод и редакция
К.Л. Юрьева

Секретариат «Украинского
медицинского журнала»

БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ИЛИ ИШИАЛГИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

С оригинальным текстом реферата клинического руководства и сопутствующими материалами можно ознакомиться на сайте *The National Guideline Clearinghouse*[™] (<http://www.guideline.gov>). Клиническое руководство подготовлено Управлением по охране здоровья ветеранов Министерства по делам ветеранов США и Министерством обороны США. Библиографический источник: *Veterans Health Administration, Department of Defense (1999) Clinical practice guideline for the management of low back pain or sciatica in the primary care setting. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (U.S.), http://www.oqp.med.va.gov/cpg/LBP/G/LBP_cpg1.doc [216 источников литературы].*

ЦЕЛЬ РУКОВОДСТВА

- Предоставить врачам общей практики, организаторам первичного звена системы здравоохранения, а также врачам-специалистам доказательное руководство по ведению пациентов с болью в нижней части спины (БНЧС) или ишиалгией на первичном этапе оказания медицинской помощи, которое способствовало бы улучшению клинических исходов у этой категории пациентов.
- Предоставить достаточно гибкое руководство, которое можно было бы адаптировать к местным условиям или процедурам, включая положения о штатах и возможности организации консультаций с врачами различных специальностей.

ЦЕЛЕВАЯ ПОПУЛЯЦИЯ

Ветераны или пенсионеры Министерства обороны США с БНЧС или ишиалгией на первичном этапе оказания медицинской помощи.

МЕТОДЫ ПОИСКА И ОТБОРА ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Поиск литературных источников осуществляли в электронных базах данных (MEDLINE, NIH и др.) и в рецензируемых изданиях. Также использовали опубликованные клинические руководства профессиональных обществ.

МЕТОДЫ АНАЛИЗА ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Систематический обзор.

СХЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И СИЛЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Уровень А — сильные доказательства, основанные на результатах многочисленных релевантных научных исследований (рандомизированных кли-

нических испытаний — *прим. ред.*) высокого методологического качества.

Уровень В — доказательства средней силы, результаты одного релевантного научного исследования высокого методологического качества или многочисленных адекватно выполненных научных исследований*.

Уровень С — ограниченные доказательства — результаты как минимум одного релевантного и адекватно проведенного научного исследования*.

Уровень D — заключение группы экспертов, основанное на интерпретации информации, не соответствующей критериям научных доказательств.

ВИДЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ В ПОДДЕРЖКУ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В аннотациях, представленных в руководстве, приводятся данные относительно того, основаны ли рекомендации на результатах научных исследований или на мнении экспертов (уровни доказательств в поддержку той или иной рекомендации указываются в квадратных скобках — *прим. ред.*). Если данные литературы вызывают сомнение или противоречивы, или в случае их недостатка, рекомендации основываются на согласованном мнении группы экспертов и клиническом опыте.

МЕТОДЫ ФОРМУЛИРОВКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Заключение группы экспертов (Expert Consensus).

МЕТОДЫ УТВЕРЖДЕНИЯ РУКОВОДСТВА

Внешнее рецензирование (Peer Review).

*Исследование соответствует минимальным критериям, предъявляемым к научной методологии, а также целевой популяции и методам лечения, рассматриваемым в клиническом руководстве.

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации по ведению пациентов с БНЧС или ишиалгией на уровне первичного звена системы здравоохранения представлены в виде одного большого алгоритма, который приведен ниже в виде текста и трех схем. Каждый шаг алгоритма имеет свою цель и сопровождается аннотацией.

А. Пациент с БНЧС/ишиалгией в возрасте старше 17 лет

Цель

Исключить пациентов с БНЧС или ишиалгией в возрасте моложе 17 лет.

Аннотация

Подходы к ведению БНЧС у детей отличаются от таковых у взрослых. БНЧС у детей имеет специфическую этиологию в 50–60% случаев и предполагает другие подходы к проведению дифференциальной диагностики [В]. Данный алгоритм разработан для ведения взрослых пациентов с БНЧС со сформированным скелетом.

В. Анамнез и врачебный осмотр

Цель

Содействие врачу в диагностике и ведении пациентов с БНЧС.

Аннотация

Анамнез, включая хирургические вмешательства

Изучение анамнеза способствует налаживанию отношений между пациентом и клиницистом. Он также помогает клиницисту узнать проблемы и ожидания пациента, поскольку правильно воспроизведенный анамнез позволяет раскрыть различные факторы (психологические и/или социально-экономические), которые могут повлиять на ответ пациента на лечение. При изучении анамнеза врач призван выяснить наличие эпизодов БНЧС в прошлом и возможную причину отмечаемых проявлений этой патологии:

- 1) механизм возникновения: без определенной причины или специфическая травма;
- 2) локализация симптомов: в нижней части спины (с определением объема) или в нижней конечности;
- 3) продолжительность: менее 6 нед (острая БНЧС) или более 6 нед (хроническая БНЧС);
- 4) характер или описание боли: механическая, корешковая и неспецифическая боль, а также нейрогенная хромота;
- 5) ограничения, обусловленные этим патологическим состоянием;
- 6) неврологический анамнез: распространение боли, симптомы нарушения функции кишечника и мочевого пузыря, слабость, анестезия в области промежности («седловая» анестезия — saddle anesthesia);
- 7) конституциональные симптомы: лихорадка, уменьшение массы тела, ночная боль;
- 8) хирургические вмешательства на позвоночнике в анамнезе, стойкость болевого синдрома;

- 9) настойчивое стремление к применению наркотиков или инъекционная наркомания в анамнезе;
- 10) «история» курения;
- 11) другие заболевания и хирургические вмешательства в анамнезе;
- 12) иммуносупрессия в анамнезе: злокачественные новообразования, применение кортикостероидов, ВИЧ;
- 13) характер профессиональных требований по отношению к физическому состоянию (при необходимости).

Врачебный осмотр

При врачебном осмотре следует руководствоваться результатами изучения анамнеза заболевания. Врачебный осмотр включает:

- 1) тщательный осмотр пациента, в том числе оценку габитуса, позы и походки;
- 2) локальное обследование области спины с определением объема движений позвоночника и нижних конечностей;
- 3) специфические тесты: поднятие прямой нижней конечности;
- 4) неврологический скрининг: исследование силы мышц, чувствительности, глубоких сухожильных рефлексов и специфических симптомов (например, рефлекс Бабинского, клонус) [В];
- 5) при наличии в анамнезе другой (неспинальной) патологии, которая может проявляться БНЧС, обоснованным может быть исследование ритма сердца, а также обследование области живота, таза и др.

С. Есть ли у пациента какие-либо «красные флажки» («Red Flags»)?

Цель

Эффективный скрининг всех пациентов с БНЧС в отношении серьезных заболеваний, которые могут лежать в основе этого патологического состояния.

Аннотация

При сборе анамнеза и врачебном осмотре следует обращать особое внимание на выявление «красных флажков» («сигналов опасности») — клинических признаков, которые вызывают подозрение на наличие серьезной патологии и требуют особого внимания клинициста [В]. К этим признакам относятся:

- 1) тяжелая травма;
- 2) возраст старше 50 лет;
- 3) продолжительная лихорадка;
- 4) злокачественное новообразование в анамнезе;
- 5) метаболические нарушения;
- 6) значительная мышечная слабость;
- 7) нарушение функции мочевого пузыря или кишечника;
- 8) «седловая» анестезия;
- 9) снижение тонуса сфинктера;
- 10) устойчивые ночные боли.

Д. Необходимые неотложные действия

Цель

Помочь организатору первичного звена системы здравоохранения или врачу общей практики

обеспечить надлежащее обследование и соответствующее направление пациентов с «красными флажками».

Аннотация

См. аннотацию к пункту С и табл. 1.

Таблица 1

«Красные флажки» для специфических патологических состояний*

Патология	«Красный флажок»	Действие
Злокачественное новообразование	<ul style="list-style-type: none"> • Злокачественное новообразование в анамнезе • Необъяснимая потеря массы тела • Возраст старше 50 лет • Отсутствие улучшения после лечения • Продолжительность боли превышает 4–6 нед • Ночная боль/боль в покое 	При подозрении на злокачественное новообразование позвоночника показаны: <ul style="list-style-type: none"> • визуализационные методы исследования • общий анализ крови • определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) Следует применить методы определения возможной первичной локализации опухолевого процесса, например, простатический специфический антиген, маммография, электрофорез белков сыворотки крови (serum protein electrophoresis/SPEP), электрофорез белков мочи (urine protein electrophoresis/UPEP), иммуноэлектрофорез белков сыворотки крови (serum immunoelectrophoresis/IPEP)
Инфекция	<ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка • Внутривенная наркомания • Перенесенная недавно бактериальная инфекция мочевых путей, кожи, легких (пневмония) • Иммунокомпрометирующие состояния (применение кортикостероидов, наличие трансплантатов, сахарный диабет, ВИЧ) • Боль в покое 	При подозрении на инфекции позвоночника показаны: <ul style="list-style-type: none"> • магнитно-резонансная томография (МРТ) • общий анализ крови • определение СОЭ • общий анализ мочи
Синдром конского хвоста (Cauda equina)	<ul style="list-style-type: none"> • Задержка или недержание мочи • «Седловая» анестезия • Снижение тонуса анального сфинктера/недержание кала • Билатеральная слабость/онемение нижних конечностей или прогрессирующий неврологический дефицит 	Неотложная консультация хирурга
Перелом	<ul style="list-style-type: none"> • Применение кортикостероидов • Возраст старше 70 лет или остеопороз в анамнезе • Недавняя тяжелая травма 	Соответствующие методы визуализации и консультация хирурга
Аневризма брюшного отдела аорты	<ul style="list-style-type: none"> • Пульсирующее образование в брюшной полости • Другие атеросклеротические заболевания сосудов • Боль в покое или ночная боль • Возраст старше 60 лет 	Соответствующие методы визуализации (ультразвуковое исследование) и консультация хирурга
Значительная грыжа пульпозного ядра	<ul style="list-style-type: none"> • Значительная мышечная слабость 	Соответствующие методы визуализации и консультация хирурга

*Адаптировано по: Kaiser Permanente (1996) Clinical Practice Guideline for Management of Acute Low Back Problems.

Е. Есть ли у пациента какие-либо другие патологические состояния, проявляющиеся БНЧС?

Цель

Идентифицировать у пациентов состояния, которые имитируют простую БНЧС (табл. 2).

Таблица 2

Состояния, которые могут имитировать БНЧС мышечно-скелетной этиологии*

Заболевания	Патология
Сосудистой системы	Аневризма аорты
Мочеполовой системы	<ul style="list-style-type: none"> • Эндометриоз • Трубная беременность • Камни в почках • Простатит <ul style="list-style-type: none"> • Хронические воспалительные заболевания органов малого таза • Периренальный абсцесс • Пиелонефрит
Пищеварительной системы	<ul style="list-style-type: none"> • Панкреатит • Пептические язвы <ul style="list-style-type: none"> • Холецистит • Рак ободочной кишки
Эндокринной системы и нарушения метаболизма	<ul style="list-style-type: none"> • Остеопороз • Остеомаляция • Гиперпаратиреоз • Болезнь Педжета (Paget's Disease) <ul style="list-style-type: none"> • Акромегалия • Болезнь Кушинга (Cushing's Disease) • Охроноз
Гематологические	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобинопатия • Миелофиброз • Мастоцитоз
Смешанные	<ul style="list-style-type: none"> • Саркоидоз • Подострый эндокардит • Ретроперитонеальный фиброз <ul style="list-style-type: none"> • Опясывающий лишай • Жировое грыжеобразование поясничного пространства
Ревматологические	<ul style="list-style-type: none"> • Спондилоартропатии • Анкилозирующий спондилит • Синдром Рейтера (Reiter's Syndrome) • Псориатический артрит • Энтеропатический артрит <ul style="list-style-type: none"> • Синдром Бехчета (Behcet's Syndrome) • Семейная средиземноморская лихорадка • Болезнь Уиппла (Whipple's Disease) • Диффузный идиопатический скелетный гиперостоз
Психогенные расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • Аффективные расстройства • Конверсионная реакция <ul style="list-style-type: none"> • Соматизированные расстройства • Симуляция
Инфекционные	<ul style="list-style-type: none"> • Остеомиелит • Эпидуральный/параспинальный абсцесс <ul style="list-style-type: none"> • Инфекция межпозвоночных дисков • Пиогенный сакроилеит
Новообразования	<ul style="list-style-type: none"> • Метастазы в скелет • Опухоль спинного мозга • Лейкоз • Лимфома <ul style="list-style-type: none"> • Опухоль забрюшинного пространства • Первичная опухоль пояснично-крестцовой локализации: – доброкачественная – злокачественная

*Адаптировано по: 1. Branch C.L., Gates R.L., Susman J.L., et al. (1994) Low Back Pain Monograph, edition No. 185, Home Study Self-Assessment Program. Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians. 2. Bogduk N. (1983) The innervation of the lumbar spine. Spine, 8(3): 286–293.

Аннотация

Дифференциальная диагностика при БНЧС обширна. При изучении анамнеза и врачебном осмотре клиницисту следует быть внимательным относительно наличия у пациента неспинальной патологии и состояний, которые могут имитировать простую БНЧС [D].

1. Заболевания внутренних органов могут сопровождаться болевым синдромом с локализацией в

области спины. При проведении дифференциальной диагностики клиницисту следует помнить о заболеваниях органов грудной и брюшной полости, таза (например, камни в почках, панкреатит, эндометриоз и др.).

2. Диагностику БНЧС и ведение пациентов с этим патологическим состоянием могут затруднять психосоциальные расстройства [С].

F. Рассмотреть: назначение одного или нескольких методов консервативного лечения

Цель

Определение эффективных методов консервативной терапии БНЧС, а также раннее выявление пациентов с симптомами средней и тяжелой степени, которым может понадобиться назначение вспомогательного лечения.

Аннотация

1. Обучение

Пациентам с острой БНЧС необходимо предоставить точную информацию относительно следующих положений:

а. Ожидания быстрого выздоровления или рецидива БНЧС (основываясь на особенностях естественного течения заболевания [В]).

б. Безопасных и эффективных методов контроля симптомов (симптоматического лечения) и рациональной модификации двигательной активности [В].

с. Способов профилактики рецидивов БНЧС [В] путем выявления и воздействия на факторы риска (например, адекватная техника подъема тяжестей, лечение ожирения, отказ от курения).

д. Отсутствия необходимости проведения специальных исследований при отсутствии «красных флажков».

е. Эффективности широко доступных диагностических тестов и рисках, связанных с их применением; эффективности терапевтических мероприятий, которые могут быть назначены, и рисках, связанных с ними.

ф. О длительности наблюдения — от 1 до 3 нед (по необходимости). Особыми показаниями для наблюдения являются:

- усугубление неврологических симптомов или клиническое ухудшение;
- отсутствие улучшения после проведения начальной консервативной терапии;
- нарушение функции кишечника или мочевого пузыря (состояние пациента требует переоценки).

2. Модификация двигательной активности

а. Пациенты с острой БНЧС могут чувствовать себя более комфортно, если временно ограничить или исключить некоторые виды физической активности, которые повышают механическую нагрузку на позвоночник — длительное сидение без опоры,

подъем тяжестей, сгибание и повороты в позвоночнике при физических нагрузках [D].

б. При подготовке рекомендаций по модификации двигательной активности для работающих пациентов с острой БНЧС следует учитывать их возраст, общее состояние здоровья, а также характер профессиональных требований к физическому состоянию.

3. Постепенное увеличение объема движений и физические упражнения

При ведении пациентов с БНЧС/ишиалгией и пациентов с заболеванием, одним из проявлений которого является острая БНЧС/ишиалгия, возможно применение консервативных методов лечения.

а. Аэробные упражнения. Профилактика истощения. До тех пор, пока пациент не вернется к нормальной активности, аэробные (на выносливость) физические упражнения (ходьба, занятия на велотренажере, плавание и даже легкий бег трусцой) можно рекомендовать для профилактики истощения вследствие малоподвижности [С]. Следует информировать пациентов, что физические упражнения вначале могут незначительно усилить выраженность симптомов. В случае непереносимости одних упражнений их следует заменять другими.

б. Лечебная физкультура. Упражнения на развитие отдельных групп мышц. Полезными являются упражнения для увеличения силы отдельных мышц туловища, особенно мышц — разгибателей спины у пациентов со стойкой симптоматикой [С]. Однако выполнение этих упражнений в первые 2 нед от появления БНЧС может вызвать обострение симптомов. При назначении лечебной физкультуры клиницистам следует определить пациенту целевые нормативы, а не ограничиваться советом прекращать выполнение упражнения при появлении боли [С].

4. Контроль симптомов (симптоматическое лечение): лекарственные средства

Методы контроля симптомов (симптоматического лечения) первоначально направлены на максимально возможное сохранение активности пациента до наступления спонтанного выздоровления. В более поздний период применение этих методов способствует преодолению непереносимости специфических видов активности. Методы симптоматического лечения традиционно включают пероральное применение таких лекарственных средств, как парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а также инъекционную терапию.

Доказать эффективность методов симптоматического лечения БНЧС тяжело вследствие быстрого наступления спонтанного выздоровления. Поэтому при ведении пациентов с БНЧС обоснованным представляется применение более безопасных, нежели более эффективных, методов контроля симптомов, которые также отличались бы низкой сто-

имостью, позволяли бы пациенту сохранять активность или повышали бы толерантность к физической нагрузке при выполнении упражнений. Методы симптоматического лечения БНЧС приведены в табл. 3.

Таблица 3

Методы симптоматического лечения БНЧС*

Фармацевтические методы	Физические методы	
	Неспецифическая БНЧС/ишиалгия	Ишиалгия
Неспецифическая БНЧС/ишиалгия	Неспецифическая БНЧС	Ишиалгия
Рекомендуемые		
Анальгетики, например парацетамол, НПВП	Мануальная терапия (вместо лекарственной терапии или по сокращенной программе при сочетании с НПВП)	
Альтернативные		
Мышечные релаксанты ^{1, 2, 3} Опиоиды ^{1, 2, 3} Эпидуральная(ые) инъекция(и) кортикостероидов	Воздействие физических факторов ¹ (тепло или холод — только при лечении в домашних условиях)	<ul style="list-style-type: none"> • Мануальная терапия (вместо лекарственной терапии или по сокращенной программе при сочетании с НПВП) • Воздействие физических факторов¹ (тепло или холод — только при лечении в домашних условиях) • Постельный режим в течение 2–4 дней³ • Стельки для обуви¹

Примечание. *Источник: Bigos S., Bowyer O., Braen G. et al. (1994) Acute low back problems in adults. Clinical Practice Guideline No. 14. AHCPR Publication No. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. December 1994, p. 11.

¹Доказательства эффективности противоречивые.

²Существенный риск возникновения сонливости, слабости и лекарственной зависимости.

³Краткосрочно (только в течение нескольких дней) при тяжелых симптомах.

а. Анальгезия

Парацетамол и НПВП

Парацетамол — достаточно безопасный препарат, который можно применять для лечения пациентов с острой БНЧС [С].

НПВП, включая ацетилсалициловую кислоту (АСК), можно применять для лечения пациентов с острой БНЧС. Эффективность различных подклассов НПВП при БНЧС сопоставима [В] (в клиническом руководстве рассмотрены следующие НПВП: ибупрофен, кетопрофен, напроксен, индометацин, салсалат [salsalate], холин салицилат магния [choline Mg trisalicylate], диклофенак, дифлунисал, этодолак, флурбипрофен, кетопрофен, кеторолак, набуметон, пироксикам, сулиндак, толметин, оксапрозин [oxaprozin] — *прим. ред.*).

Мышечные релаксанты

1. При лечении пациентов с острой БНЧС эффективным может быть применение мышечных релаксантов [В] (в руководстве рассмотрены такие препараты, как циклобензаприн [cyclobenzaprine], метокарбамол [methocarbamol], карисопродол [carisoprodol], хлорзоксазон [chlorzoxazone], диазепам, орфенадрин, метаксалон [metaxalone] — *прим. ред.*). Эффективность мышечных релаксантов выше

по сравнению с плацебо, но не превышает таковую НПВП.

2. Применение мышечных релаксантов в сочетании с НПВП не имеет дополнительных преимуществ по сравнению с применением только НПВП.

Опиоидные анальгетики

1. При ведении пациентов с острой БНЧС возможно применение опиоидных анальгетиков, однако только кратковременным курсом. Решение о применении опиоидов следует принимать с учетом риска возникновения осложнений.

2. Эффективность опиоидов в отношении уменьшения выраженности БНЧС не превышает таковую более безопасных анальгетиков — парацетамола, АСК или НПВП [С].

Пероральное применение кортикостероидов

Применение кортикостероидов перорально для лечения острой БНЧС не рекомендуется [С].

в. Инъекционная терапия

1. Инъекции в триггерные точки являются инвазивной процедурой и не рекомендуются при лечении пациентов с острой БНЧС [С].

2. Инъекции в связки и инъекции склерозирующих веществ являются инвазивными процедурами и не рекомендуются при лечении пациентов с острой БНЧС.

3. Инъекции в фасетные суставы являются инвазивной процедурой и не рекомендуются при лечении пациентов с острой БНЧС [С].

4. Не существует доказательств в поддержку применения инвазивных эпидуральных инъекций кортикостероидов, препаратов для местной анестезии и/или опиоидов в качестве метода лечения острой БНЧС без радикулопатии.

5. Применение эпидуральных инъекций кортикостероидов возможно для краткосрочного купирования радикулярной боли после неэффективности консервативного лечения, а также как способа избежания хирургического вмешательства.

5. Мануальная терапия

Мануальная терапия включает приемы, направленные на увеличение объема движений в суставах и мягких тканях и уменьшение выраженности болевого синдрома. Этот метод практикуют врачи-остеопаты, прошедшие специальную подготовку и получившие лицензию врачи-аллопаты, физиотерапевты, а также получившие лицензию хиропрактики.

а. Мануальная терапия может быть эффективной у пациентов с острой БНЧС без радикулопатии в течение 1-го месяца с момента возникновения заболевания.

б. В случае выявления у пациента прогрессирующего или тяжелого неврологического дефицита перед проведением мануальной терапии следует провести необходимое диагностическое обследование для исключения тяжелой неврологической патологии. У пациентов с непрогрессирующей радикулопатией состояние может улучшиться после пробного сеанса мануальной терапии.

с. Недостаточное количество доказательств не позволяет рекомендовать мануальную терапию всем пациентам с радикулопатией.

д. Пробная мануальная терапия у пациентов с симптомами продолжительностью больше 1 мес, вероятно, безопасна, но ее эффективность окончательно не установлена.

6. Вспомогательные методы

В ряде случаев, при симптомах средней степени тяжести и тяжелых или когда служебные обязанности требуют быстрого восстановления функциональных возможностей, могут быть показаны вспомогательные методы. Обычно вспомогательные методы практикуют физиотерапевты или другие специалисты, прошедшие соответствующую подготовку. Как правило, эти методы предполагают такие виды вмешательств, как обучение, модификация двигательной активности, постепенное увеличение объема движений и физические упражнения, мануальную терапию. Также применяют следующие методы:

а. Воздействие физических факторов.

Эффективность и экономическая обоснованность физических факторов и методов, применяемых при лечении острой БНЧС, не доказана [С]. Одним из возможных подходов является обучение пациентов воздействию тепла и холода на область спины в домашних условиях.

б. Чрезкожную электронейростимуляцию (ЧЭНС) (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation/TENS).

Недостаточное количество доказательств не позволяет рекомендовать применение ЧЭНС при лечении пациентов с острой БНЧС [С].

с. Стельки для обуви и супинаторы.

У пациентов с острой БНЧС, которые испытывают длительные статические нагрузки (стояние), эффективным может быть применение стелек для обуви [В, С, D]. Стельки для обуви, учитывая их низкие стоимость и вероятность возникновения неблагоприятных последствий при применении, можно рассматривать как один из методов лечения пациентов с острой БНЧС.

д. Поясничные корсеты и поддерживающие пояса.

Эффективность применения поясничных корсетов и поддерживающих поясов при лечении пациентов с острой БНЧС не доказана [D].

е. Вытяжение (тракцию).

Недостаточное количество доказательств не позволяет рекомендовать вытяжение при лечении пациентов с острой БНЧС [С].

ф. Метод биологической обратной связи (Biofeedback).

Метод биологической обратной связи не рекомендуется применять при лечении пациентов с острой БНЧС [С].

г. Акупунктуру.

Акупунктуру и другие инвазивные методы с применением игл (dry needling) не рекомендуется применять для лечения пациентов с острой БНЧС [D].

7. Постельный режим

а. Постельный режим, если и назначается вообще, должен не превышать 2 дней.

б. Большинству пациентов с БНЧС назначение постельного режима не рекомендуется [A]. Рекомендовать постельный режим на протяжении от 2 до 4 дней можно пациентам с изначально выраженным болевым синдромом с преимущественной локализацией в нижних конечностях. Иногда отсутствие постельного режима способствует профилактике неподвижности и детренированности.

с. Длительный (больше 7 дней) постельный режим может приводить к истощению и не рекомендуется пациентам с острой БНЧС.

G. Наблюдение (по телефону или визиты) в течение 1–3 нед по необходимости

Цель

Выявить ухудшение состояния или появление новых неврологических симптомов у пациентов.

Аннотация

Если пациент отмечает ухудшение состояния, обоснован контроль состояния его здоровья (наблюдения) ранее, чем через 4 нед. Ухудшение состояния может быть обусловлено просто тревогой пациента. Любое усугубление неврологических симптомов (например, усиление слабости в мышцах, нарушение функций органов малого таза) требует проведения переоценки состояния пациента.

H. Соответствующее направление/ведение

Цель

Выявление и ведение пациентов, у которых появились новые «красные флажки» или ухудшилось клиническое состояние.

Аннотация

1. При появлении у пациента новых «красных флажков» необходимо следовать положениям, представленным выше в аннотациях к пунктам С и D.

2. Следует рассмотреть вопрос о переоценке состояний, которые могут имитировать БНЧС (см. аннотацию к пункту E).

3. При отсутствии новых «красных флажков» следует рассмотреть вопрос о применении/модификации методов контроля симптомов и вспомогательных методов (см. аннотацию к пункту F).

I. Модификация методов контроля симптомов. Постепенное возвращение пациента к нормальной активности. Рассмотреть: программу профилактики обострения боли в спине и эргономическую оценку профессиональной деятельности

Цель

Полное восстановление функционального статуса пациента и минимизация возможности повторного обострения боли в спине в будущем.

Аннотація

1. Уменьшение количества медикаментозных назначений и повышение двигательной активности следует индивидуализировать в зависимости от функционального состояния каждого конкретного пациента.

2. В условиях производства обучение с учетом конкретных условий рабочего места (специализированные школы — back schools) может быть эффективным дополнением к усилиям врача по индивидуальному обучению пациента с острой БНЧС.

3. Эффективность специализированных школ вне производства еще предстоит установить.

4. Эргономическая оценка профессиональной деятельности может способствовать профилактике травм (первичная профилактика), реабилитации/ведению пациентов после травмы или других заболеваний (вторичная профилактика), оптимизации постреабилитационного этапа (третичная профилактика).

Ж. Продолжение/модификация консервативного лечения до 4–6 нед после первичного осмотра.

Рассмотреть: назначение/модификацию вспомогательных методов лечения или проведения эргономической оценки профессиональной деятельности

Цель

С учетом ответа пациента на лечение определить, необходимо ли модифицировать курс первичной терапии.

Аннотація

1. Если после первого курса консервативной терапии состояние пациента не улучшилось, следует заменить НПВП, дополнить способы модификации двигательной активности или вспомогательные методы лечения.

2. Врачу следует рассмотреть вопрос о проведении эргономической оценки профессиональной деятельности.

3. Необходимо успокоить пациента и продолжить консервативное лечение до 4–6 нед после первичного обследования.

К. Всесторонняя переоценка состояния пациента, в том числе психосоциальная оценка и врачебный осмотр

Цель

Раннее выявление существенного психологического дистресса и высокого риска перехода заболевания в хроническую стадию у пациентов.

Аннотація

1. Состояние пациента, у которого начальная консервативная терапия не была эффективной, следует переоценить в соответствии с блоками 2–8 алгоритма.

2. У пациентов с хронической БНЧС социальные, экономические и психологические факто-

ры оказывают большее по сравнению с физическими факторами влияние на симптомы заболевания, характер ответа на терапию и отдаленные исходы. Эти нефизические факторы также могут оказывать влияние на клинические исходы у пациентов с острой БНЧС.

3. От клинициста требуется повышенное внимание к тому, как эти факторы могут оказывать влияние на отношение пациента к заболеванию и лечению [В].

4. Выявленные психологические и социальные факторы необходимо учитывать.

Л. Назначение рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника в переднезадней и боковой проекциях, МРТ или компьютерно-томографической миелографии (КТМ). Рассмотреть: проведение электродиагностических исследований

Цель

Выявить пациентов, у которых хирургическое вмешательство может быть эффективным.

Аннотація

При наличии у пациента неврологического дефицита, положительных симптомов натяжения нервных стволов (тест поднятия прямой нижней конечности) и соответствующих данных визуализационных исследований, информативность/надежность результатов клинического обследования составляет 95%. МРТ, вероятно, является наиболее информативным методом. Следующим по информативности методом является КТМ. Электромиография целесообразна для диагностики экстраспинальной компрессии нервов.

Традиционная рентгенография

1. Традиционная рентгенография для рутинного обследования пациентов с острой БНЧС в течение 1-го месяца с момента появления симптомов не рекомендуется, за исключением случаев, когда при клиническом обследовании выявляются «красные флажки» (см. ниже).

2. С целью исключить наличие переломов, традиционную рентгенографию поясничного отдела позвоночника рекомендуется назначать пациентам с острой БНЧС при наличии одного из следующих «красных флажков»: недавняя значительная травма (в любом возрасте), недавняя легкая травма (при возрасте пациента старше 50 лет), возраст пациента старше 70 лет, длительный прием кортикостероидов или остеопороз в анамнезе.

МРТ или КТМ

Рутинное применение методов визуализации позвоночника в течение 1-го месяца после возникновения БНЧС в целом не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда определяются «красные флажки» потенциально серьезных патологических состояний. Применение этих методов оправдано

спустя 1 мес от начала заболевания при рассмотрении вопроса о проведении хирургического вмешательства или для исключения тяжелой патологии.

Электрофизиологические исследования (электромиография и сенсорные вызванные потенциалы)

1. Игольчатая электромиография и исследование Н-рефлекса на нижних конечностях могут быть информативными для оценки возможной дисфункции нервного корешка у пациентов с наличием патологических симптомов на нижних конечностях продолжительностью более 6 нед, причем независимо от наличия у пациента боли в спине [С].

2. Если диагноз радикулопатии не вызывает сомнения при клиническом обследовании, электрофизиологические исследования не рекомендуются.

М. Продолжение назначенного лечения и рассмотрение вопроса о применении других методов обследования и проведении консультации

Цель

Определить дальнейшую терапию для пациентов, состояние которых не улучшается и которые не нуждаются в хирургическом вмешательстве.

Аннотация

Для дальнейшего ведения пациентов без видимого улучшения может понадобиться помощь специалистов нехирургического профиля.

Показаниями для направления к различным специалистам могут быть:

а. Физиотерапевт/физиотерапия и реабилитация

1. Хроническая боль в спине продолжительностью менее 6 нед.

2. Хроническая ишиалгия продолжительностью менее 6 нед.

3. Хронический болевой синдром.

4. Рецидивирующая боль в спине.

б. Неврология (ограниченные специальные показания)

1. Хроническая ишиалгия продолжительностью более 6 нед.

2. Атипичная хроническая боль в нижней конечности (отрицательные результаты теста поднятия прямой нижней конечности).

3. Возникновение или прогрессирование неврологической/двигательной недостаточности.

с. Медицина труда (ограниченные специальные показания)

1. Сложная ситуация относительно выплаты компенсаций по месту работы.

2. Оценка степени снижения трудоспособности/инвалидности.

3. Проблемы, связанные с возвращением на работу.

д. Ревматология (ограниченные специальные показания)

1. Исключить воспалительные артропатии.

2. Исключить фиброзит/фибромиалгию.

3. Исключить метаболические заболевания костей (например, остеопороз).

е. Врач спортивной медицины — специалист по оказанию первичной помощи

1. Хроническая боль в спине продолжительностью более 6 нед.

2. Хроническая ишиалгия на протяжении более 6 нед.

3. Рецидивирующая боль в спине.

Н. Назначение рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника в переднезадней и боковой проекциях. Рассмотрение вопроса о проведении таких исследований, как сканирование костей скелета, общий анализ крови, определение СОЭ, анализ мочи, биохимический анализ крови, электрофорез белков сыворотки крови, иммуноэлектрофорез белков сыворотки крови, электрофорез белков мочи

Цель

Определить эффективные методы обследования пациентов с устойчивой БНЧС.

Аннотация

Хронические состояния, которые ранее не вызвали появления симптомов, но проявляются клинически через 4–6 нед от начала консервативного лечения, могут быть диагностированы с помощью рентгенографии, сканирования костей скелета или лабораторных исследований.

1. Традиционную рентгенографию не рекомендуется применять для рутинного обследования пациентов с острой БНЧС в течение 1-го месяца после возникновения симптомов, за исключением тех случаев, когда при клиническом обследовании выявлены «красные флажки» [В] (см. табл. 1).

2. Рутинное использование у взрослых традиционной рентгенографии поясничного отдела позвоночника в косых проекциях не рекомендуется из-за повышения лучевой нагрузки.

3. Применение рентгенографии в косых проекциях оправдано в тех случаях, когда в результате изучения анамнеза, врачебного осмотра или выполненной рентгенографии в переднезадней и боковой проекциях возникает подозрение о наличии спондилолистеза или спондилолиза.

4. Для эффективного скрининга неспецифических патологических состояний, которые могут проявляться БНЧС (особенно инфекции и злокачественные новообразования) можно использовать такие лабораторные исследования, как общий анализ крови, определение СОЭ, анализ мочи, биохимический анализ крови, электрофорез белков сыворотки крови, иммуноэлектрофорез белков сыворотки крови, электрофорез белков мочи.

5. При сканировании костей скелета можно выявить физиологические реакции на злокачественное образование позвоночника, инфекции или скрытые переломы.

О. Продолжение соответствующего лечения в целях оптимизации функционального состояния. Рассмотреть вопрос об организации консультации

Цель

Оптимизировать функциональное состояние пациента.

Аннотация

1. При отсутствии отклонений в результатах обследования важным является вовлечение пациента в программу, которая позволила бы ему возобновить обычную активность.

2. Пациентов без органической патологии следует вести в соответствии с программой физической тренировки. Эта программа предполагает применение упражнений, направленных на постепенное повышение толерантности к физическим нагрузкам и преодоление индивидуальных ограничений, обусловленных БНЧС.

3. Следует также уделить внимание вопросам модификации образа жизни, обучения или участия в организованных программах мультидисциплинарной реабилитации.

4. Для дальнейшего ведения пациентов без существенного улучшения может понадобиться помощь специалистов нехирургического профиля.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

- Побочные эффекты миорелаксантов, включая сонливость, отмечали примерно 30% пациентов.
- Побочные эффекты опиоидных анальгетиков, включая плохую переносимость, сонливость, снижение времени реакции, расстройства сознания и риск возникновения злоупотребления/зависимости, отмечали примерно 35% пациентов.
- В литературе описаны такие осложнения эпидуральных инъекций, как эпидуральный абсцесс, головная боль, лихорадка и неумышленный спинальный прокол. Также описано несколько случаев угнетения легочной вентиляции. Эпидуральные инъекции считают дорогостоящим методом лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ

Алгоритмы предназначены для диагностики и лечения пациентов с БНЧС в условиях первичного звена системы оказания медицинской помощи и включают:

- алгоритм скрининга (схема 1);
- алгоритм ведения пациентов с острой БНЧС (схема 2);
- алгоритм ведения пациентов с хронической БНЧС (схема 3).

Схема 1. Алгоритм скрининга пациентов с БНЧС или ишиалгией в условиях общей врачебной практики

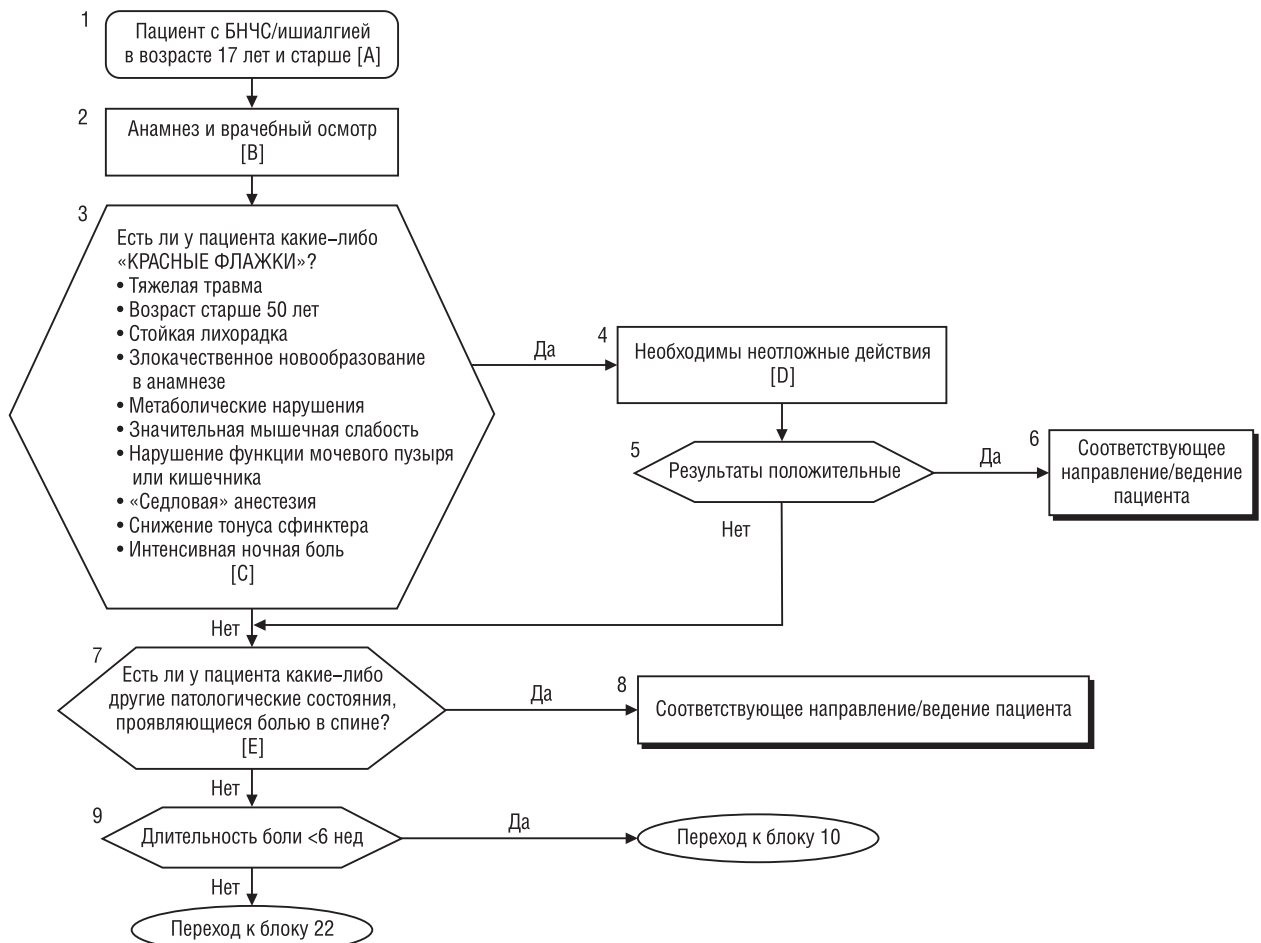


Схема 2. Алгоритм ведения пациентов с острой БНЧС или ишиалгией в условиях общей врачебной практики

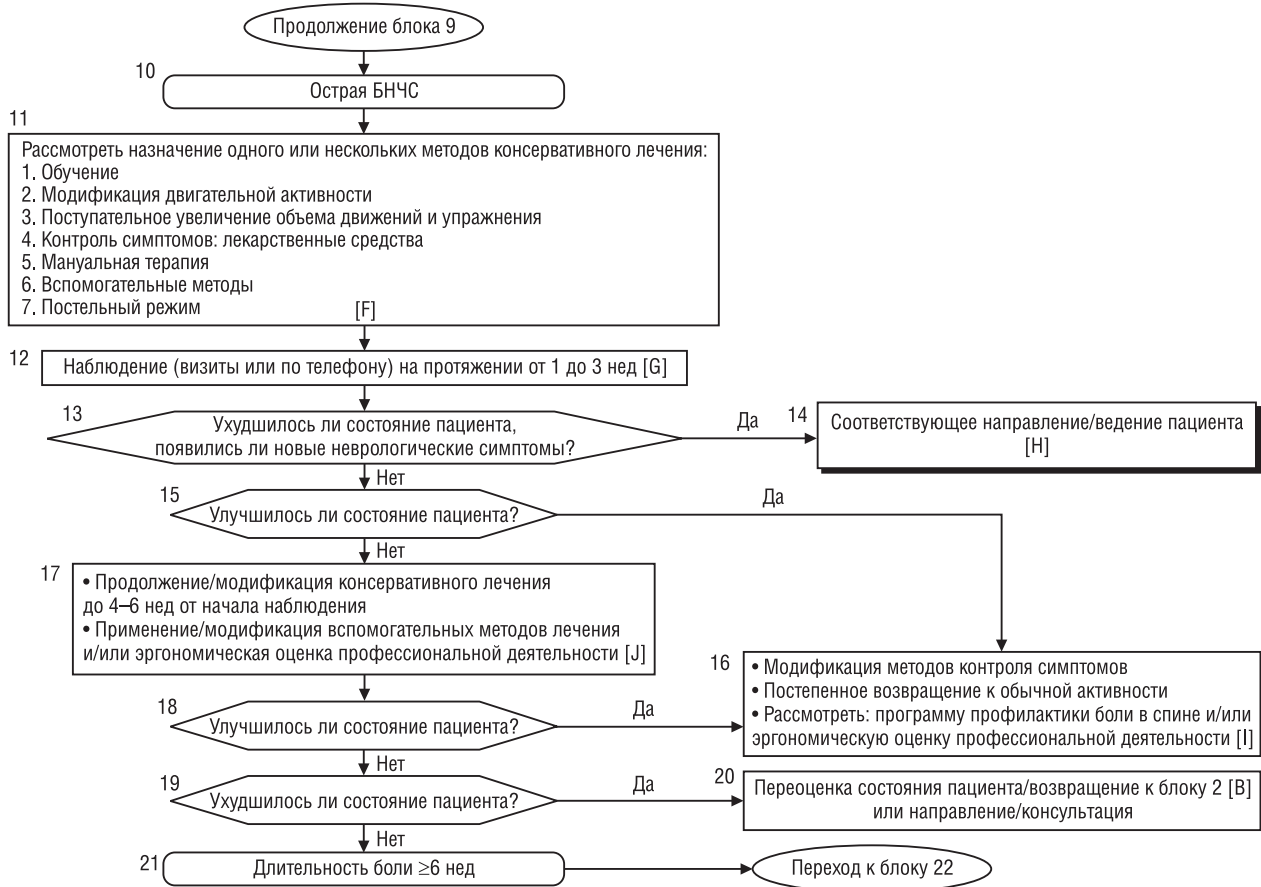


Схема 3. Алгоритм ведения пациентов с хронической БНЧС или ишиалгией в условиях общей врачебной практики

