

Острая скелетно-мышечная боль в пояснично-крестцовой области: диагностика и лечение

Е.В.Подчуфарова
Кафедра нервных болезней ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова

Под болью в пояснично-крестцовой области подразумевается боль в спине, локализуемая ниже края реберной дуги и выше ягодичной складки. Она может иррадиировать в ногу. Боль длительностью менее 6 нед считается острой, от 6 до 12 нед – подострой и более 12 нед – хронической. Боли в спине и конечностях могут быть обусловлены изменениями позвоночника (тел позвонков, межпозвонковых дисков, суставов, связочного аппарата), повреждением и заболеваниями мышц, поражением нервной системы (спинного мозга, корешков, периферических нервов), патологией внутренних органов грудной и брюшной полости, малого таза, психогенными расстройствами. Считается, что наиболее частой причиной острой боли в спине являются скелетно-мышечные изменения, связанные с растяжением, микротравматизацией, избыточной перегрузкой мышц, связок или суставов позвоночника. При этом точное установление источника боли вследствие сложности строения и иннервации пояснично-крестцовой области в большинстве случаев затруднительно.

При анализе первичной обращаемости к врачам общей практики по поводу острой боли в пояснично-крестцовой области вертеброгенные (прямо или косвенно связанные с изменением позвоночника и околопозвоночных структур) причины выявляют у 97% пациентов. При этом компрессионную радикулопатию пояснично-крестцовых корешков отмечают в 4%, а неврологические осложнения поясничного стеноза – в 3% случаев. Компрессионные переломы тел позвонков, связанные с остеопорозом, обнаруживают в 4% обращений, а спондилolistез – в 2%. Предположительно микротравматизация и растяжение мышц при выполнении "неподготовленного движения" являются причиной боли у подавляющего большинства пациентов (>70% случаев). Дискогенную боль и боль, связанную с дисфункцией дугоотростчатых (фасеточных) суставов, отмечают у 10% пациентов с острой болью в спине.

В тех случаях, когда речь идет о вертеброгенных болевых синдромах без признаков поражения пояснично-крестцовых корешков и специфических изменений позвоночника (спондилolistез, остеопороз), нередко применяют термин "неспецифическая боль в поясничной области", отражающий, с одной стороны, доброкачественность состояния, с другой – трудность точно локализовать источник боли без дополнительных инвазивных методов дообследования, применение которых в случаях острой боли в спине не является оправданным. Основными "серьезными" вертеброгенными причинами боли в спине, которые отмечают у 1% пациентов, являются опухоли позвоночника (0,7% случаев), воспалительные и инфекционные его поражения (0,3 и 0,01% случаев соответственно). Боли в спине, связанные с соматической патологией, встречаются у 2% пациентов и могут быть обусловлены заболеваниями органов таза (простатит, эндометриоз и т.п.), забрюшинного пространства (аневризм аорты, нефролитиаз, пиелонефрит) и брюшной полости (панкреатит, холецистит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) [1, 2].

Большинство современных клинических рекомендаций предлагает объединять подходы к обследованию и лечению пациентов с острой и подострой болью в пояснично-

но-крестцовой области, несмотря на несколько различный прогноз при данных состояниях [3].

Диагностический поиск в случаях острой боли в спине согласно современным клиническим рекомендациям целесообразно проводить между: 1) "серьезной патологией" вертеброгенного и невертеброгенного происхождения (компрессия конского хвоста, травматическое, опухолевое, воспалительное и инфекционное поражение позвоночника, остеопороз и заболевания внутренних органов); 2) компрессионной радикулопатией пояснично-крестцовых корешков и 3) доброкачественной скелетно-мышечной ("неспецифической") болью в спине. Для проведения диагностического алгоритма в рамках указанного "диагностического треугольника" необходимо руководствоваться уже хорошо известными анамнестическими и клиническими маркерами "серьезной патологии". К ним относятся отсутствие связи боли с движением, сохранение ее в ночное время, наличие в анамнезе злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции, применение иммуносупрессантов, внутривенные инфузии, беспричинное уменьшение массы тела, лихорадка и ночной гипергидроз, возраст пациентов старше 50 и младше 20 лет, слабость в мышцах ног, снижение чувствительности в аногенитальной области ("седловидная анестезия"), тазовые нарушения [3–5].

При болях в спине и конечностях правильно проведенное клиническое обследование позволяет в большинстве случаев точно определить характер основного патологического процесса.

При осмотре пациента важно обращать внимание на изменения позы, осанки, походки, наличие контрактур, деформаций и асимметрии конечностей. При неврологическом обследовании необходимо уточнить наличие и характер двигательных нарушений, чувствительных и трофических расстройств, изменение сухожильных рефлексов. В случаях поражения поясничных и крестцовых корешков, наряду с "позитивными" чувствительными нарушениями в виде боли, парестезий и дизестезий, необходимо выявлять и "негативные" сенсорные симптомы (гипестезия, анестезия или дизестезия отдельных видов чувствительности: тактильной, болевой, температурной, вибрационной или суставно-мышечной). Как чувствительные, так двигательные и вегетативные нарушения локализуются в зоне иннервации пораженного корешка. Признаками невропатического характера болевого синдрома является совокупность "позитивных" (парестезии, дизестезии, гипералгезия, аллодиния) и "негативных" симптомов (гипестезия, анестезия). Для выявления гипералгезии, которая в зависимости от вида вызвавшего ее стимула может быть тепловой, холодовой, механической и химической, применяют стимулы соответствующей модальности: постепенное согревание или охлаждение пораженной области, механические и химические воздействия. Механическая гипералгезия подразделяется на гипералгезию, связанную с раздражением кисточки ("кисточковая гипералгезия"), гипералгезию на укол иглой (оба вида объединяются термином "динамическая гипералгезия") и статическую гипералгезию, вызываемую легким тупым надавливанием. Самым частым клиническим признаком невропатического болевого синдрома являются сенсорные нарушения в виде гипестезии и анесте-

зии отдельных видов чувствительности: тактильной, болевой, температурной, вибрационной или суставно-мышечной.

Для оценки невропатической составляющей боли в спине в исследовательских целях применяют шкалу невропатической боли (Neuropathic Pain Scale – NPS), опросники для диагностики невропатической боли PainDETECT и DN4 (neuropathic pain diagnostic questionnaire), оценочную шкалу невропатических симптомов и признаков Университета г. Лидс (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs). Опросник для диагностики невропатической боли DN4 и оценочная шкала невропатических симптомов и признаков Университета г. Лидс являются комбинированными шкалами, включающими оценку как субъективных жалоб, так и объективной неврологической симптоматики. Согласно опроснику DN4 при положительном ответе на 4 вопроса и более из 10 пунктов у пациента может быть диагностирован невропатический болевой синдром. Диагностическая ценность указанных шкал для выявления невропатической составляющей боли в настоящее время является предметом изучения.

Крайне важным представляется выявление симптомов поражения корешков конского хвоста, которые включают нарушение чувствительности (анестезию) в аногенитальной области и дистальных отделах ног, периферический парез мышц голени, выпадение ахилловых рефлексов и тазовые расстройства в виде отсутствия позыва на мочеиспускание/дефекацию, задержку или недержание мочи и кала.

Для скелетно-мышечных болевых синдромов не характерны какие-либо изменения в неврологическом статусе пациента, однако в отдельных случаях миофасциального болевого синдрома (МФБС), когда напряженная мышца сдавливает сосудисто-нервный пучок или нерв, отмечаются парестезии, реже – гипалгезия или гипералгезия в зоне иннервации соответствующего нерва. Возможны проходящие вегетативные расстройства в виде отечности и негрубого изменения окраски кожи в дистальных отделах конечности. Неанатомическое ("ампутационное") распределение чувствительных и двигательных нарушений отражает их психогенное происхождение.

При невроортопедическом обследовании пальпаторно определяют болезненность мышц, суставов и связочного аппарата. При легкой пальпации с давлением около 4 кг можно выявить множественные болезненные участки, локализующиеся в разных частях тела – тендерные точки, характерные для фибромиалгии. Триггерные зоны – участки локальной болезненности в виде тугого тяжа, расположенные вдоль мышечных волокон, выявляющиеся при пальпации мышц, характерны для МФБС. Распространенная болезненность мягких тканей даже при легкой, поверхностной пальпации отражает наличие психологического неблагополучия (неадекватное болевое поведение). Также необходимо оценивать активные и пассивные движения в шейном, грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника. Сгибание в поясничном отделе позвоночника можно определить с помощью сантиметровой ленты (тест Шобера). Первую отметку ставит на уровне позвонка L₄, что примерно соответствует пересечению линии, соединяющей задние верхние подвздошные ости с линией, соединяющей остистые отростки. Вторую метку ставят на 10 см выше, а третью – на 5 см ниже первой. После этого пациента просят наклониться вперед, не сгибая ног в коленных суставах, и постараться дотянуться кончиками пальцев рук до пола. Увеличение расстояния между верхней и нижней меткой в норме составляет как минимум 5 см. Нормальная амплитуда остальных движений в поясничном отделе позвоночника при фиксированных коленных и тазобедренных суставах составляет 30° для разгибания, 25° – для бокового наклона, 45° – для ротации. Для оценки амплитуды движений можно применять ручной гониометр.

Диагностика дисфункции крестцово-подвздошных сочленений, недоступных для пальпации, достаточно трудна. Существует несколько ориентировочных невроортопедических тестов для выявления их патологии. Например, на стороне дисфункции (блокады) сочленения выявляется опущение ягодичной складки и задней верхней ости подвздошной кости. При наклоне вперед за счет укорочения связок крестец увлекает блокированную половину таза таким образом, что опущенная верхняя ость оказывается выше ("феномен опережения", проба Пьедаля), а через 20–30 с за счет релаксации связок вновь происходит опущение блокированной половины таза. Также применяют тесты, направленные на увеличение нагрузки на крестцово-подвздошные сочленения, в виде надавливания на обе боковые половины таза в направлении сверху вниз при положении больного лежа на спине (дистракционный тест) или на половину таза в положении лежа на боку. Оценивают возникновение болезненности в проекции крестцово-подвздошных сочленений.

При напряжении грушевидной мышцы отмечают болезненность при абдукции согнутого бедра и ограничение его внутренней ротации (проба Бонне), при которых происходит соответственно растяжение и сокращение заинтересованной мышцы. При боли в области копчика (кокоцигодиния) наиболее информативным является ректальное исследование, позволяющее выявить смещение копчика, его избыточную подвижность (гипермобильность).

Наряду с выявлением симптомов скелетно-мышечной дисфункции важно обращать внимание на наличие поведенческих симптомов, отражающих психологические нарушения у пациентов с болями в спине и конечностях. При люмбагии и люмбоишиалгии часто встречаются симптомы болевого поведения [5]. К ним отнесено значительное увеличение угла подъема ноги во время оценки симптома Ласега при отвлечении внимания. Учитывая возможность физиологического изменения угла подъема прямой ноги в положении лежа и сидя на 10–20° за счет изменения лордоза и положения таза, значимой считается разница как минимум в 40°.

Имитационные тесты направлены на создание у пациента впечатления о совершаемом воздействии на поясничный отдел позвоночника при отсутствии такового в действительности. Одним из имитационных тестов является давление на область макушки находящегося в вертикальном положении пациента. Появление боли в поясничном отделе позвоночника является поведенческим симптомом. При проведении этого теста у пациента может возникнуть боль в шейном отделе позвоночника, что не является признаком болевого поведения, в таком случае можно применить давление на надплечья.

Боль в поясничной области у отдельных больных возможна также при имитации ротации, когда исследующий намеренно исключает из движения поясничный отдел позвоночника (фиксирует его), а вращение осуществляется за счет движения в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах.

Другими поведенческими симптомами являются наличие распространенной поверхностной болезненности, которая может возникать при легкой пальпации и в отдельных случаях распространяется от затылка до копчика, ограничиваясь средними подмышечными линиями, неанатомическое (регионарное, "ампутационное") распределение двигательных и чувствительных нарушений.

Соматическое обследование направлено на исключение висцеральной патологии как причины боли в спине и конечностях. Оно включает выявление беспричинного похудания, лихорадки, изменения окраски кожных покровов, пальпацию органов брюшной полости и малого таза, аускультацию сердца и легких. Пациентам с болью в тазовой и крестцовой областях необходимо проводить ректальное исследование для исключения гинекологической или урологической патологии. Во всех случаях подозрения на висцеральный источник боли необходи-

мо направить пациента на консультацию к соответствующему специалисту (уролог, проктолог, гинеколог, кардиолог).

После проведения клинического неврологического и невроортопедического обследования для уточнения источников болевой импульсации в ряде случаев необходимо проведение **инструментальных методов исследования**. При болях в поясничном отделе позвоночника и конечностях особое значение имеют методы визуализации, целесообразность применения которых определяется длительностью болевого синдрома, анамнестическими особенностями и наличием изменений в неврологическом и соматическом статусе пациентов. В подавляющем числе случаев острая и хроническая боль в спине является "доброкачественным" состоянием, и большинство пациентов не нуждаются в проведении дополнительных инструментальных исследований. Однако наличие выраженных неврологических и соматических расстройств может потребовать срочного параклинического обследования. Так, подозрение на компрессию корешков конского хвоста требует незамедлительного проведения магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной (КТ) томографии с последующим рассмотрением вопроса с нейрохирургом о необходимости срочного оперативного вмешательства. Отсутствие связи боли с движением, сохранение ее в ночное время, наличие в анамнезе злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции, применения иммунодепрессантов, внутривенных инфузий, беспричинное уменьшение массы тела, лихорадка и ночной гипергидроз, возраст больного моложе 20 и старше 50 лет требуют проведения дополнительных методов исследования уже при первом обращении пациента с целью исключения в первую очередь инфекционного и опухолевого поражения позвоночника. Во всех перечисленных случаях необходима рентгенография позвоночника в прямой и боковой проекциях, исследование общего анализа крови и мочи, а при подозрении на остеомиелит, эпидуральный абсцесс и поражение корешков конского хвоста – дополнительное проведение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. При необходимости уточнения состояния костных структур в ряде случаев после проведения рентгенографии показана сцинтиграфия. При подозрении на злокачественное новообразование предстательной железы необходимо исследовать уровень специфического антигена простаты. При наличии травмы в недавнем анамнезе (падение с высоты, дорожно-транспортные происшествия и т.п.), а также при длительном применении кортикостероидов и возрасте пациентов старше 55 лет необходимо провести рентгенографию позвоночника, а при недостаточной ее информативности и сохранении боли более 10 дней – сцинтиграфию или КТ позвоночника.

Анализ взаимосвязи изменений, выявляемых при рентгенографии поясничного отдела позвоночника, и острой боли в пояснично-крестцовой области показал, что сужение межпозвонковых промежутков, остеофиты и склероз замыкательных пластинок являются факторами риска скелетно-мышечной боли в спине (относительный риск 1,2–3,3). Спондилолистез, spina bifida, люмбализация, болезнь Шейерманна–Мау не связаны с увеличением частоты боли в пояснично-крестцовой области. Не получено связи между выраженностью дегенеративных изменений позвоночника и трансформацией острой боли в спине в хроническую. Обзор методов диагностической визуализации (рентгенография, МРТ, КТ поясничного отдела позвоночника, сцинтиграфия) показал, что у пациентов моложе 50 лет без признаков "серьезной патологии" проведение нейровизуализации не оказывает влияние на исход эпизода острой боли в спине [4]. У пациентов старше 50 лет и в случаях подозрения на серьезную вертеброгенную или соматическую патологию нормальные результаты рентгенографии по-

Методы лечения острой боли в пояснично-крестцовой области

Уровень доказательности

высокий	умеренный	низкий	нет
<p>НПВП</p> <ul style="list-style-type: none"> Эффективно уменьшают интенсивность боли Нет анальгетических преимуществ между препаратами (M. van Tulder, 2000; T.Pohjalainen, 2000; M. van Tulder, 2006) <p>Миорелаксанты</p> <ul style="list-style-type: none"> Эффективно уменьшают интенсивность боли Нет анальгетических преимуществ между препаратами (M. van Tulder, 2004; M. van Tulder, 2006) <p>Комбинация миорелаксант + НПВП или анальгетик</p> <ul style="list-style-type: none"> Эффект больше, чем комбинация с плацебо (M. van Tulder, 2005) <p>Совет сохранять активность</p> <ul style="list-style-type: none"> Уменьшение инвалидизации, связанной с развитием хронической боли, длительности нетрудоспособности по сравнению с постельным режимом и традиционным лечением (прием анальгетиков) Уменьшение интенсивности боли больше по сравнению с постельным режимом (G.Waddell, 1997; G.Hilde, 2004; M. van Tulder, 2006) 	<p>Мануальная терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> Эффективнее плацебо или имитации терапии Манипуляции эффективнее мобилизации в отношении снижения интенсивности боли Нет преимуществ перед другими эффективными методами лечения (W.Assendelft, 1996; G.Bronford, 2004; D.Charkin, 2003; M. van Tulder, 2006) 	<p>Анальгетики</p> <ul style="list-style-type: none"> Эффективность неопиоидных анальгетиков = эффективности НПВП Опиоидные анальгетики несколько более эффективны, чем неопиоидные (M. van Tulder, 2004; K.Jackson, 2004; N.Bogduk, 2004) 	<p>Физиотерапия</p> <ul style="list-style-type: none"> Согревание, охлаждение, электротерапия, ультразвуковое воздействие (S.Nadler, 2004; M. van Tulder, 2004) <p>Антидепрессанты</p> <p>(M. van Tulder, 2000; N.Bogduk, 2004; T.Schnitzer, 2004)</p> <p>Эпидуральное введение кортикостероидов</p> <p>(M. van Tulder, 2000)</p>
<p>Постельный режим</p> <p>(K.Hagen, 2005; M. van Tulder, 2006)</p>		<p>Акупунктура</p> <ul style="list-style-type: none"> Низкая эффективность (A.Furlan, 2005; E.Manheimer, 2005) 	<p>Массаж</p> <p>(D.Charkin, 2003; A.Furlan, 2005)</p>
<p>Упражнения, укрепляющие мышцы</p> <p>(J.Hayden, 2005)</p>		<p>Чрескожная электронейростимуляция</p> <p>(S.Nadler, 2004; M. van Tulder, 2006)</p>	<p>"Школа боли в спине"</p> <p>(M.Heymans, 2005)</p>
<p>Специфическая программа лечебной физкультуры</p> <p>(J.Hayden, 2005)</p>		<p>Кортикостероиды</p> <p>(M. van Tulder, 2000)</p>	<p>Ношение пояса</p> <p>(M. van Tulder, 2006)</p>
<p>Тракционная терапия</p> <p>(S.Nadler, 2004; A.Harte, 2003)</p>			

■ – рекомендуется □ – не рекомендуется □ – мало информации за или против применения метода

яспнично-крестцового отдела позвоночника и простых лабораторных исследований с высокой надежностью исключают предполагаемое заболевание. Более углубленные методы визуализации показаны пациентам, которым необходимо нейрохирургическое вмешательство, и тем, у кого после проведенных рутинных методов обследования (рентгенография, лабораторные исследования) сохраняется стойкое подозрение на наличие "серьезного" заболевания. При рентгенографии с функциональными пробами (сгибание, разгибание в шейном или поясничном отделах позвоночника) возможно выявление ограничения подвижности (функциональная блокада) или гипермобильности (нестабильности) отдельных позвоночных двигательных сегментов. Необходимо отметить, что методы визуализации с высокой частотой выявляют патологию межпозвонковых дисков (дегидратация, протрузии, экструзии) даже у асимптомных обследованных. Так, по данным МРТ поясничного отдела позвоночника, асимптомные протрузии дисков выявляются в 35% случаев в возрастной группе от 25 до 39 лет и в 100% случаев у лиц старше 60 лет. Не выявлено прямой зависимости между размерами центрального канала, протрузий и экструзий дисков и появлением признаков компрессии корешков. Поэтому интерпретацию данных визуализации следует проводить только в сопоставлении с данными неврологического и невроортопедического обследования пациента.

Европейские клинические рекомендации указывают на нецелесообразность рутинного применения визуализационных методов обследования (рентгенография, КТ, МРТ) при острой боли пояснично-крестцовой локализации [4].

Отдельно обсуждается проблема необходимости выделения наряду с признаками "серьезной патологии" позвоночника и внутренних органов маркеров психологического неблагополучия, так как именно психосоциальные факторы способствуют трансформации острой боли в спине в хроническую. Данные одного систематического обзора, включившего 11 когортных исследований и 2 исследования "случай-контроль", показали, что недостаточная социальная поддержка на рабочем месте и неудовлетворенность работой с высокой степенью доказательности являются факторами риска острой боли в спине. Имеются менее убедительные данные, что психосоциальные факторы, связанные с личной жизнью, также увеличивают частоту эпизодов острой боли в спине [4]. Данные о влиянии на частоту возникновения боли в спине интенсивности труда, высоких требований, предъявляемых к работающему, однообразности работы противоречивы. Исследовать психосоциальные факторы риска рекомендуется при отсутствии улучшения, однако оптимальные методы такого обследования пока не разработаны. Показано, что в хронизации боли в спине определенную роль играют низкие доходы, низкий уровень образования, ог-

раничение физической активности, личностная тревога, депрессия, неудовлетворенность работой. Факторами, трансформирующими острую боль в хроническую, также являются иррациональные представления о природе боли, ощущение беспомощности и безнадежности [6].

Активный подход считается лучшим терапевтическим решением при острой скелетно-мышечной боли в спине. Пассивные воздействия не должны применяться в виде монотерапии и являться рутинными, поскольку увеличивают риск освоения пациентом "роли больного" и хронизации. Основные методы лечения с оценкой степени доказательности их применения при острой боли в пояснично-крестцовой области приведены в таблице.

В первую очередь необходимо дать пациенту адекватную информацию о заболевании и убедить его в доброкачественности состояния. Целесообразно посоветовать повседневную активность и при уменьшении интенсивности боли по возможности скорее приступить к труду. Постельный режим не следует рекомендовать в качестве метода лечения. Если есть необходимость в обезболивании, пациенту необходимо назначить медикаментозную терапию через равные интервалы времени (не по потребности), при этом препаратами выбора являются парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [4]. Опубликованные систематические обзоры, включающие 50 рандомизированных контролируемых исследований (4863 пациента), показали эффективность НПВП при острой и хронической боли в пояснично-крестцовой области [7, 8]. Все НПВП условно можно разделить на группы, исходя из преимущественного воздействия на изоформы циклооксигеназы (ЦОГ): ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Большинство "стандартных" НПВП (диклофенак, кетопрофен, индометацин и др.) относится к неселективным ингибиторам ЦОГ. К преимущественно селективным ингибиторам ЦОГ-2 относятся нимесулид и мелоксикам, к высокоселективным – коксибы.

При выборе НПВП необходимо принимать во внимание следующие факторы: выраженность противовоспалительного и анальгетического эффекта, наличие и характер факторов риска нежелательных явлений, а также возможный их спектр, наличие сопутствующих заболеваний, характер взаимодействия с другими лекарственными средствами и, конечно, стоимость. Из неселективных НПВП высокой эффективностью в отношении купирования острых болевых синдромов обладает кетопрофен. Декскетопрофен представляет собой водорастворимую соль правовращающего энантиомера кетопрофена, который по сравнению с левовращающим R-кетопрофеном является более чем в 3000 раз более активным ингибитором ЦОГ. Трометамоловая соль декскетопрофена улучшает фармакокинетику таблетированной формы препарата, обеспечивая быстрое наступление обезболивающего эффекта. Декскетопрофен является эффективным препаратом для купирования острых ноцицептивных (т.е. связанных с активацией болевых рецепторов) болевых синдромов различного происхождения, в частности и боли в пояснично-крестцовой области [9–11].

Открытое сравнительное исследование эффективности декскетопрофена (75 мг/сут) и диклофенака натрия (100 мг/сут) у пациентов с острой болью в спине скелетно-мышечного происхождения показало, что на фоне применения декскетопрофена достоверно более быстро по сравнению с диклофенаком натрия наступает анальгетический эффект. К концу 1-го дня лечения 10% пациентов, принимавших декскетопрофен, отмечали полное, а 40% – значительное облегчение от боли. На 5-й день приема декскетопрофена полное облегчение от боли отмечено в 30% случаев, значительное – в 45%, некоторое – в 20%, и лишь в 5% случаев – незначительный регресс болевого синдрома [12].

Селективность препаратов в отношении ЦОГ-2 обеспечивает более высокую степень безопасности в отношении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Первым из селективных ингибиторов ЦОГ-2 был синтезирован нимесулид. Показано, что доза нимесулида, при которой проявляется противовоспалительная активность, существенно меньше дозы, в кото-

рой он вызывает желудочное кровотечение. В отношении поражения ЖКТ нимесулид менее токсичен, чем аспирин, индометацин, пироксикам, напроксен и ибупрофен. Обсуждаются и центральные механизмы анальгетического действия нимесулида [13]. Результаты проспективного рандомизированного двойного слепого сравнительного исследования нимесулида и ибупрофена при острой боли в пояснично-крестцовой области показали, что нимесулид в дозе 100 мг, принимаемой 2 раза в сутки в течение 10 дней, так же эффективен, как ибупрофен в дозе 600 мг, принимаемой 3 раза в день в течение аналогичного периода времени, по стандартным показателям оценки интенсивности боли в спине. При этом у пациентов, получавших нимесулид, отмечено достоверно большее увеличение повседневной активности и объема движений (латерофлексии) в поясничном отделе позвоночника по сравнению с группой, получавшей ибупрофен. В группе принимавших нимесулид наблюдали меньшее число побочных эффектов со стороны ЖКТ, однако различия не достигали статистической значимости [14]. Нимесулид широко применяют в ревматологической и педиатрической практике. Показана его эффективность при лечении ювенильного ревматоидного артрита, реактивного артрита, системной красной волчанки [15]. В слепом сравнительном исследовании диклофенака и нимесулида при остеоартрозе коленных и тазобедренных суставов показана более высокая анальгетическая активность и меньшая частота побочных явлений при применении последнего [16].

Миорелаксанты являются эффективными лекарственными средствами при острой боли в спине при отсутствии достоверных преимуществ какого-либо отдельного препарата. Согласно современным клиническим рекомендациям миорелаксанты целесообразно назначать коротким курсом в виде монотерапии или в добавление к парацетамолу и НПВП при недостаточной эффективности последних [4].

Относительно нелекарственных методов лечения острой боли в спине можно отметить, что мануальная терапия рекомендуется пациентам, не вернувшимся к нормальному уровню повседневной активности. При этом большинство клинических рекомендаций, в том числе и последние европейские, не указывают оптимальные сроки проведения мануальной терапии. Отмечено, что этот метод лечения эффективнее плацебо, однако он не имеет преимуществ перед другими видами лечения (лечебная физкультура, "школа боли в спине", прием анальгетиков). В целом манипуляции на позвоночнике у пациентов со скелетно-мышечной болью в спине, проводимые квалифицированными специалистами, являются безопасным методом лечения.

Лечебной физкультуре при острой боли в пояснично-крестцовой области посвящено 12 рандомизированных исследований с участием около 1900 пациентов. В 8 из них эффективность лечебной физкультуры сравнивали с другими методами лечения (прием НПВП, "стандартное" лечение врачом общей практики, поддержание обычной активности, мануальная терапия, "школа боли в спине", физиотерапия – коротковолновая диатермия). С высоким уровнем доказательности не выявлено преимуществ лечебной физкультуры перед перечисленными методами лечения. В 4 рандомизированных исследованиях сравнивали эффективность лечебной физкультуры и "неактивных" методов лечения (образовательный буклет, имитация ультразвукового воздействия, постельный режим). Результаты этих наблюдений были также не в пользу лечебной физкультуры. Современные клинические рекомендации отмечают нецелесообразность назначения специальных упражнений при острой боли в пояснично-крестцовой области. Мультидисциплинарные программы лечения целесообразно применять у работающих пациентов с подострой болью в спине и ограничением активности более 4–8 нед. Обычно они включают образо-

вательную программу ("школа боли в спине"), лечебную физкультуру, изучение и, по возможности, изменение условий труда, поведенческую психотерапию. При этом вклад каждого из указанных методов воздействия изучить невозможно.

При острой боли в спине не эффективны тракции позвоночника. С низким уровнем доказательности показана неэффективность чрескожной электрической нейростимуляции и применения кортикостероидов при острой скелетно-мышечной боли в спине. Нет доказательств в пользу или против применения психотерапии, антидепрессантов, посещения "школы боли в спине", назначения массажа. Из-за недостаточности доказательной базы в программу лечения пациента с острой болью в поясничной области не целесообразно включать ношение фиксирующего поясничного отдела пояса [4].

Целесообразность, сроки и объем повторного обследования пациента с острой болью в спине хорошо не изучены. В большинстве клинических рекомендаций указано на необходимость повторного обследования пациента в рамках описанного "диагностического треугольника" при отсутствии улучшения в течение нескольких недель или ухудшении состояния. Кроме исключения "серьезной патологии" и компрессионной радикулопатии, в этом случае необходимо исследовать психосоциальные факторы риска и скорректировать соответствующим образом лечение.

Литература

1. Harwood M, Smith BJ. Low Back Pain: A Primary Care Approach. *Clin Fam Pract* 2005; 7 (2): 279–303.
2. Kinkade S. Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain. *Am Fam Phys* 2007; 75 (8): 1181–8.
3. Pohjolainen T, Jekunen A, Autio L et al. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen. *Spine* 2000; 25 (12): 1579–85.
4. Tassorelli C, Greco R, Sandrini G et al. Central components of the analgesic/antihyperalgesic effect of nimesulide: studies in animal models of pain and hyperalgesia. *Drugs* 2003; 63 (Suppl. 1): 9–22.
5. van Tulder M, Becker A, Bekkering T et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006; 15 (suppl. 2): 169–91.
6. Koleck M, Mazaux JM, Rasle 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.
7. Griffin G. Cochrane for clinicians: putting evidence into practice: do NSAIDs help in acute or chronic low back pain? *Am Fam Phys* 2002; 65 (7): 1319–21.
8. Rossignol M, Arsenault B, Dione C et al. Clinic in low back pain in interdisciplinary practice (CLIP) guidelines. 2007. Direction de sante publique, Agence de la sante et des services sociaux de Montreal. Montreal, 41 P.
9. Камчатнов П.П. Острая спондилогенная дорсалгия – консервативная терапия. *Рус. мед. журн.* 2007; 15 (10): 806–11.
10. Leman P, Kapadia Y, Herington J. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dextetopropfen and diclofenac in lower limb injury. *Emerg Med J* 2003; 20 (6): 511–3.
11. Waddell G. *The Back Pain Revolution* ed. by G.Waddell. 2nd ed. Elsevier Edinburg, 2004; p. 221–39.
12. Подчуфарова Е.В. Дексалгин в лечении острых болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации. *Боль.* 2005; 2: 41–4.
13. Schnitzer TJ, Ferraro A, Hunsche E et al. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 72–95.
14. Omololu B, Alonge TO, Ogunlade SO et al. Double blind clinical trial comparing the safety and efficacy of nimesulide (100mg) and diclofenac in osteoarthritis of the hip and knee joints. *West Afr J Med* 2005; 24 (2): 128–33.
15. Балабанова Р.М. Нимесулид – противовоспалительный препарат с селективным ингибированием ЦОГ-2. *Рус. мед. журн.* 2001; 9 (7–8): 291–4.
16. McCleane G. Topical analgesics. *Med Clin North Am* 2007; 91 (1): 125–39.