



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

Острая неспецифическая боль в спине

Год утверждения (частота пересмотра): **2015 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП30**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; главный внештатный специалист Минздрава России по общей врачебной практике (семейный врач); Президент общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации»; председатель профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Члены рабочей группы:

Синеглазова Альбина Владимировна — д.м.н., доцент, профессор кафедры поликлинической терапии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейный врач) Минздрава Челябинской области

Заугольникова Татьяна Васильевна — к.м.н., кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; исполнительный директор общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации»; заместитель председателя профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н. Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Зайка Г.Е. (Новокузнецк); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Кузнецова О.Ю. (Санкт-Петербург); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); к.м.н. Шевцова Н.Н. (Москва).

Содержание

1. Определение
2. Коды по МКБ-10
3. Эпидемиология
4. Факторы и группы риска
5. Скрининг
6. Классификация
7. Принципы диагностики заболевания у взрослых в амбулаторных условиях
8. Критерии ранней диагностики
9. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях
10. Показания к консультации специалистов
11. Показания к госпитализации больного
12. Профилактика
13. Прогноз
14. Мониторинг состояния пациентов с острой болью в спине
15. Список литературы

Уровни доказательности, использованные в данных рекомендациях:

A	высокая достоверность, основанная на заключениях систематических обзоров. Систематический обзор получают путем системного поиска данных из всех опубликованных клинических испытаний, критической оценки их качества и обобщения результата методом метаанализа;
B	умеренная достоверность, основанная на результатах нескольких независимых рандомизированных контролируемых клинических испытаний;
C	ограниченная достоверность, основанная на результатах по меньшей мере одного клинического испытания без рандомизации;
D	неопределенная достоверность. Строгие научные доказательства отсутствуют. Утверждение основано на мнении экспертов.

1. Определение.

Острая неспецифическая боль в нижней части спины определяется как боль и/или дискомфорт, локализованные ниже XII реберного края и выше нижней ягодичной складки, с иррадиацией или без в нижнюю конечность, длительностью менее 6 недель, не являющаяся проявлением специфической уточненной патологии опорно-двигательного аппарата поясничной области (в том числе, инфекции, опухоли, остеопороз, анкилозирующий спондилит, перелом, воспалительный процесс, корешковый синдром или синдром конского хвоста).

Острая боль в пояснице является, как правило, защитной реакцией организма в ответ на воздействие определенных физических «позных» факторов, то есть представляет собой боль «самоограничения». Подавляющее большинство пациентов с острой болью в спине (90 %) восстанавливаются в течение 6 недель. В 2%-7% случаев острый болевой синдром трансформируется в хронический.

Выделяют также подострую боль в пояснице, сохраняющуюся в течение 6 - 12 недель и хроническую боль в нижней части спины, продолжительность которой составляет 12 и более недель. Рецидивирующие боли в пояснице определяются, как новый эпизод после бессимптомного периода, продолжавшегося 6 месяцев.

2. Коды по МКБ-10

M54 ДОРСАЛГИЯ

M54.2 Цервикалгия

M54.3 Ишиас

M54.4 Люмбалгия с ишиасом

M54.5 Люмбалгия (боль внизу спины)

M54.6 Торакалгия

M54.8 Другая дорсалгия

3. Эпидемиология.

Боль в спине – одно из самых распространённых состояний, которое встречается в практике врачей различных специальностей. Распространенность боли в нижней части спины в большинстве промышленно развитых стран колеблется от 15% до 45%, заболеваемость составляет 5% в год. Пик распространенности приходится на возраст от 35 до 55 лет. По данным НИИ Ревматологии РАН, первичные обращения к терапевту, связанные с болью в спине составляют 23%. В структуре пациентов с острой болью в спине 85% людей не имеют органической патологии или неврологических расстройств.

4. Факторы и группы риска

Факторы риска острой боли в спине тесно связаны с возрастными особенностями. Установлено, что первый эпизод острой боли в спине наиболее часто встречается в возрасте 20-30 лет и в данной группе преобладают лица мужского пола, далее высокая обращаемость по поводу боли в спине сохраняется до 60-летнего возраста. Показано, что острая боль в шейном отделе позвоночника чаще отмечается у женщин. Таким образом, боли в спине подвержены в большей степени лица трудоспособного возраста и во многом именно условия труда выступают факторами риска боли в спине. В более старшем возрасте боль в спине чаще регистрируется у женщин, что может объясняться большей распространенностью метаболических (постклимактерических) нарушений: ожирение, остеопороз, дегенеративные изменения позвоночного столба, саркопения и др.

Факторы риска:

- **Ожирение** (ИМТ более 30 кг/м² – независимый фактор риска)
- **Курение**, в том числе, связанный с ним частый кашель
- **Особенности трудовой деятельности:**
 - тяжелый физический труд,

- работа, связанная с частыми наклонами, изгибами, подъемом тяжестей, необходимостью тянуть и толкать
- монотонность работы,
- статические позы,
- вибрация.

- **Психосоциальные факторы риска:**

- стресс, в том числе, на работе
- дистресс,
- тревожность,
- депрессия,
- когнитивные дисфункции,
- боль поведения,
- неудовлетворенность работой,

Боль в спине чаще встречается у операторов станков, работников сферы обслуживания, фермеров, профессиональных спортсменов (занятия греблей, лыжный спорт). Психологические факторы играют роль не только в возникновении острых болей в спине, но и в хронизации болевого синдрома и инвалидизации пациентов.

5. Скрининг.

Не проводится.

6. Классификация.

Анатомо-топографическая классификация положена в основу Международной классификации болезней 10 пересмотра. Согласно ей предусмотрено выделение боли в спине, как симптома, а не нозологической единицы и разделение в зависимости от локализации. Так, боль в шее обозначается как цервикалгия, в грудном отделе позвоночника – торакалгия, в пояснично-крестцовой области – люмба́лгия. Боль, иррадиирующая из шейного отдела позвоночника в руку называется цервикобрахиалгией, в голову – цервикокраниалгия. Боли, распространяющейся из пояснично-крестцовой области в ногу именуется люмбоишиалгия. Боль, связанная с поражением шейных, грудных, поясничных или крестцовых корешков, называется радикулопатией.

На основании различных *патофизиологических механизмов* выделяют ноцицептивную, невропатическую и психогенную боль.

Наиболее часто острая боль в спине является ноцицептивной. *Ноцицептивная боль* связана с активацией болевых рецепторов – ноцицепторов. Она, как правило, острая, соответствует степени тканевого повреждения и длительности действия повреждающих факторов. Ноцицептивные болевые синдромы возникают в результате активации ноцицепторов при травме, воспалении, ишемии, чрезмерном растяжении тканей.

Невропатическая боль связана с повреждением корешка вследствие его компрессии, отёка, ишемии и формирования интраневрального воспаления. Острая невропатическая боль в шее и спине обычно связана с поражением корешков при формировании грыжи межпозвоночного диска. Она может возникать при стенозе позвоночного канала, спондилолистезе, компрессии корешков спинномозговых нервов остеофитами и гипертрофированными фасеточными суставами. Как правило, боли иррадиируют в конечности и сопровождаются другими симптомами поражения корешков. В ряде случаев дифференциальный диагноз необходимо проводить с невриномами и другими опухолями, вовлекающими корешки спинномозговых нервов. Невропатические болевые синдромы

обычно сопровождаются изменениями поверхностной чувствительности. Характерно наличие двигательных нарушений, изменений сухожильных рефлексов, симптомов натяжения, возможно формирование трофических расстройств.

Психогенная боль в спине обычно хроническая и изолированно встречается редко. Она очень трудна для диагностики, так как наличие у пациента психических нарушений не исключает скелетно-мышечных и неврологических расстройств, которые могут стать причиной имеющейся симптоматики.

Международная классификация острой боли в нижней части спины основана на практическом диагностическом принципе путем деления острой боли на три этиопатогенетические категории:

1. Потенциально опасные заболевания вертеброгенного и невертеброгенного происхождения
2. Корешковый болевой синдром (компрессионная радикулопатия)
3. Неспецифическая боль в спине (доброкачественная скелетно-мышечная боль)

Данная классификация определяет этапность диагностического процесса при острой боли в нижней части спины, то есть представляет собой «диагностическую сортировку» (**уровень D**). Следуя ей, в первую очередь нужно убедиться в том, что проблема имеет костно-мышечное происхождение, а не является проявлением отраженных болей при острой патологии внутренних органов брюшной полости или малого таза (в частности, острой расслаивающей аневризмы аорты, острой почечной колики и др.). Как правило, такая боль локализуется не только в пояснице, но и в животе или в малом тазу, не усиливается при движениях в позвоночнике.

Следующий шаг - исключить серьезную патологию позвоночника (**уровень C**). С этой целью в процессе эпидемиологических исследований были выделены «красные флаги». При подозрении на наличие у пациента специфической патологии позвоночного столба (опухоль, инфекция, перелом, воспалительное ревматическое заболевание, синдром «конского» хвоста) требуется проведение неотложного углубленного лабораторно-инструментального обследования.

На следующем этапе необходимо решить есть ли у пациента неврологический (в том числе, корешковый) болевой синдром, в пользу которого будет свидетельствовать нейропатический характер боли («стреляющая», «жгучая» боль, ощущения «удара током», «бегания мурашек», покалывания) и данные объективного осмотра (положительные симптомы натяжения, симптомы неврологического дефицита). На долю компрессионной радикулопатии пояснично-крестцовых корешков приходится около 4% случаев острой боли в спине. Неврологические признаки и симптомы у пациентов с болью в спине не являются «красными флагами» (**уровень B**). В большинстве случаев купируются при консервативном лечении и не требуют направления на консультации специалистов невропатолога (**уровень A**).

При прогрессировании заболевания, несмотря на проводимую терапию, диагностическая сортировка должна быть проведена повторно.

Исключение серьезной (специфической) патологии позвоночника и болевого синдрома, обусловленного повреждением нервного корешка позволяет установить диагноз неспецифической боли в нижней части спины. Наиболее частой причиной острой боли в спине являются скелетно-мышечные изменения (85%), связанные с растяжением, микротравматизацией, избыточной перегрузкой мышц, связок или суставов позвоночника.

7. Принципы диагностики заболевания у взрослых в амбулаторных условиях.

В большинстве случаев для постановки диагноза острой боли в нижней части спины достаточно подробного сбора анамнеза и объективного осмотра.

На первоначальном этапе при сборе анамнеза у пациента с острой болью в спине должны быть исключены специфические заболевания позвоночного и непозвоночного происхождения, а также симптомы серьезных неврологических расстройств. С этой целью были выделены так называемые «красные флаги» – клинические маркеры, позволяющие выделить группы риска по указанной патологии (уровень С):

- Дебют боли в спине в возрасте менее 20 лет или более 55 лет
- Травма в анамнезе, связанная с появлением боли в спине
- Постоянная прогрессирующая, немеханическая боль (не уменьшающаяся в покое)
- Боль в груди, животе
- Злокачественные опухоли в анамнезе
- Длительное применение кортикостероидов
- Злоупотребление наркотиками
- Иммуносупрессия, ВИЧ – инфекция
- Общее недомогание
- Необъяснимая потеря веса, озноб, лихорадка
- Структурные деформации. Значительные постоянные ограничения сгибания в поясничном отделе позвоночника
- Лихорадка
- Неврологическая симптоматика (в том числе, синдром конского хвоста)

Синдром конского хвоста, чаще всего, присутствует у пациентов в виде дисфункции мочевого пузыря (как правило, задержка мочеиспускания, иногда переполнение, недержание мочи), дисфункция анального сфинктера, анестезия в области промежности, общая или прогрессирующая слабость в нижних конечностях, нарушение походки.

«Красные» флаги не позволяют поставить конкретную патологию, но подчеркивают высокую вероятность серьезных заболеваний. ***В связи с чем пациенту с болью в спине должно быть проведено полное объективное обследование, включая осмотр, перкуссию, пальпацию и аускультацию,*** для выявления острого заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, органов брюшной полости, почек и малого таза. Пациентам с болью в пояснично-крестцовой области необходимо проводить пальцевое ректальное исследование для исключения патологии прямой кишки, гинекологического и урологического заболевания.

При выявлении у больного даже одного **«красного флага»** необходимо решить вопрос о проведении дополнительного углубленного обследования для исключения специфического процесса (травматического, онкологического, инфекционного или воспалительного ревматического генеза).

На втором этапе исключается неврологический генез острой боли в спине. Необходимо уточнить наличие и характер двигательных нарушений, чувствительных и трофических расстройств, изменение сухожильных рефлексов. Боль в спине с

неврологическим компонентом характеризуется наличием одного или нескольких симптомов и признаков, перечисленных ниже.

Симптомы:

- Боль, иррадиирующая в нижнюю конечность (конечности)
- Интенсивность боли, иррадиирующей в ногу ниже колена, такая же или большая, чем боль в спине
- Онемение или парестезии в болезненной области

Признаки:

- Положительные симптомы раздражения нервных корешков
- Двигательные, чувствительные или рефлекторные признаки поражения нервного корешка.

С целью выявления корешкового синдрома рекомендуется проводить тест натяжения Ласега (в положении пациента лежа на спине осуществляется медленное поднятие прямой ноги вверх), который считается наиболее точным для выявления корешковой боли (**уровень А**). Для компрессионной радикулопатии характерно его ограничение от 30 ° до 50 °, иррадиация боли из пояснично-крестцовой области по задне-наружной поверхности ноги до пальцев стопы и её усиление при тыльном сгибании стопы и наклоне головы вперед. Необходимо отметить, что положительный симптом Ласега может появляться также при растяжении задней группы мышц бедра и ягодичных мышц, особенно если в них определяется миофасциальный болевой синдром.

Исключив специфический и неврологический генез острой боли в нижней части, можно заключить, что у пациента имеется **острая неспецифическая боль в спине**. Для нее характерна поясничная или пояснично-крестцовая локализация без неврологического компонента. Это типичные «механические» боли, появляющиеся и/или усиливающиеся при физической активности, уменьшающиеся или проходящие в покое. Общее состояние здоровья пациента при острой неспецифической боли в спине не страдает. Объективный осмотр позволяет оценить выраженность болевого синдрома и функциональную недостаточность.

Рентгенологическое обследование (рентгенография, КТ, МРТ) при острой неспецифической боли в спине проводится с целью исключения специфической патологии при:

- наличии «красных флагов»,
- корешкового синдрома,
- болевом синдроме, сохраняющемся более 4 недель на фоне адекватной терапии.

Показана ассоциация острой неспецифической боли в спине с такими рентгенологическими признаками дегенеративных изменений позвоночника, как протрузия диска, сужение межпозвоночной щели, остеофиты и остеосклероз. Однако, причинно-следственные взаимоотношения клинических проявлений (острой боли в спине) и дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника не были доказаны. Показано также, что такие рентгенологические симптомы, как спондилолизис и спондилолистез, spina bifida, наличие переходного позвонка (сакрализация, люмбализация), спондилез и болезнь Шейермана-Мау никак не связаны с болями в пояснице (**уровень А**). Не существует доказательств связи между дегенеративными признаками при острой боли в спине и ее хронизацией.

Учитывая тот факт, что наличие дегенеративных изменений позвоночника не оказывает влияния на выбор терапии и шансы на выздоровление при острой неспецифической боли в спине, а пациент получает дополнительное радиационное воздействие рутинное использование рентгенологического обследования при острой неспецифической боли в спине не оправдано.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика при острой боли в нижней части спины, как уже говорилось ранее, направлена на выявление симптомов серьезной вертебральной и невертебральной соматической патологии. В таблице представлена дифференциальная диагностика при наиболее часто встречающихся заболеваниях, сопровождающихся острой болью в спине и нуждающихся в неотложном вмешательстве.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика острой боли в спине

Диагноз	Предположительные признаки
Расслаивающая аневризма аорты	В анамнезе – артериальная гипертензия Боль острая распирающая, раздирающая нарастающая в груди, животе, мигрирующая по направлению расслоения с иррадиацией в межлопаточное пространство, поясницу Пальпируемое пульсирующее образование в животе Артериальная гипотония Асимметрия пульса Аортальная регургитация Признаки ишемии сердца, головного мозга, почек, органов пищеварения
Острая почечная колика	В анамнезе – мочекаменная болезнь, аномалии развития мочевыделительной системы Факторы риска – обезвоживание, интенсивная физическая нагрузка Боль острая, схваткообразная - в реберно-позвоночном углу с иррадиацией в живот и прямую кишку, может сопровождаться болезненными тенезмами - в пояснице или в боковой поверхности туловища, иррадиирующая по ходу соответствующего мочеточника и вниз в паховую связку, мочеиспускательный канал, наружные половые органы Боль нередко сопровождается тошнотой и рвотой Характерна макро- и микрогематурия
Острый панкреатит	Высокоинтенсивные «опоясывающие» боли в эпигастральной области, подреберьях с иррадиацией в обе лопатки или в левую ключицу, в нижние реберно-позвоночные углы

	<p>Рвота, повторная, мучительная, не приносящая облегчения</p> <p>Вздутие живота, задержка газов, стула</p> <p>Признаки перитонита</p>
Инфекционное поражение позвоночника	<p>В анамнезе: инфекционное заболевание (легких, кожи, мочевыделительной системы), иммуносупрессивная терапия, инфузионная терапия, ВИЧ-инфекция, наркомания</p> <p>Наличие лихорадки</p> <p>Локальная болезненность и местная гипертермия в паравертебральной области</p> <p>Инфекционно-воспалительные изменения в анализах крови</p>
Опухоль позвоночника (первичная или метастатическая)	<p>Возраст пациента старше 50 лет (чаще)</p> <p>В анамнезе: злокачественное новообразование любой локализации</p> <p>Беспричинное снижение массы тела</p> <p>Постоянный характер боли в спине, сохранение боли в покое и ночью</p> <p>Отсутствие улучшения в течение 1 месяца консервативной терапии</p>
Компрессионный перелом позвоночника	<p>В анамнезе - травмы, длительное применение глюкокортикоидов, возраст старше 50 лет (чаще)</p> <p>Боль в спине острая, внезапная, высокоинтенсивная, опоясывающая, иррадиирующая в верхние или нижние конечности с их онемением</p> <p>Локальная болезненность при пальпации в области перелома</p>
Серонегативный спондилоартрит	<p>Молодой или средний возраст</p> <p>Мужской пол (чаще)</p> <p>Воспалительный характер боли в спине (утренняя боль, боль покоя, уменьшающаяся при движениях)</p> <p>Утренняя скованность в позвоночнике</p> <p>Системные проявления (увеит, аортит, гломерулонефрит, пневмофиброз и др.)</p> <p>Воспалительные изменения в анализах крови</p> <p>Наличие HLA B27</p>

8. Критерии ранней диагностики.

Острая неспецифическая боль в нижней части спины характеризуется следующими признаками:

- возникновение после подъема тяжести, резкого движения в позвоночнике, «позного» напряжения спины
- усиление при движениях в позвоночнике,
- отсутствие иррадиации в конечности,
- отсутствие неврологических симптомов
- отсутствие связи с признаками поражения внутренних органов,
- отсутствие клинических и лабораторных признаков системного воспаления.

9. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

Острая боль в спине является доброкачественным, как правило, самоограничивающимся состоянием, при котором основной задачей лечения является купирование болевого синдрома и сохранение повседневной активности, предотвращение рецидивов и хронизации.

Лечение острой боли в пояснице в первичной медико-санитарной помощи состоит из следующих принципов:

1) **информирование пациента** о причинах острой боли в спине, необходимости сохранения активного двигательного режима, методах терапии. Необходимо успокоить пациента, объяснив, что острая боль в нижней части спины, как правило, не является серьезным заболеванием и в большинстве случаев завершается быстрым восстановлением, не нуждается в проведении рентгенологического обследования. Дополнительными эффективными способами информирования, улучшающими функциональную активность, являются образовательные программы: беседа с медицинской сестрой, выдача учебной брошюры с краткой информацией, беседа по телефону с медицинским работником (**уровень С**).

2) **назначение адекватной симптоматической терапии.**

- **Парацетамол.** Является препаратом первого выбора для уменьшения боли (**уровень А**). используется для терапии болевого синдрома слабой или средней интенсивности. Для получения обезболивающего эффекта препарат необходимо назначать в терапевтических дозировках через равные интервалы времени (0,5 г до 4 раз в сутки.). Суточная доза не должна превышать 4 г., длительность терапии не более 5 дней. При соблюдении режима дозирования имеет низкий риск развития побочных эффектов.
- **Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)** позволяют снизить выраженность боли, улучшить самочувствие и ускорить восстановление нормальной функции при острой неспецифической боли в спине (**уровень А**). Назначаются при высокоинтенсивном болевом синдроме, как препараты первой линии или при неэффективности адекватных доз парацетамола. Сила анальгетического эффекта НПВП больше, чем парацетамола. Не было показано преимуществ каких-либо селективных и неселективных НПВП в терапии острой боли в спине, ответ «индивидуален» у каждого пациента. Подбор лекарственного средства в каждом конкретном случае должен осуществляться с учетом «класс-специфических» побочных эффектов после оценки кардиоваскулярного и желудочно-кишечного риска. Важно помнить, что НПВП не влияют на корешковый болевой синдром.

Рекомендуемые средние дозы некоторых НПВП

Неселективные ингибиторы циклооксигеназы 2:

- Диклофенак 75 – 150 мг/сут в два приема
- Кетопрофен 100-300 мг/сут в два приема
- Декскетопрофен 25 – 75 мг/сут в 1 – 3 приема
- Лорноксикам 8 – 16 мг/сут в два приема
- Кеторолак 20 мг/сут в два приема (не более 5 дней)

Селективные ингибиторы циклооксигеназы 2:

- Нимесулид 200 мг/сут в два приема
- Целекоксиб 200 – 400 мг/сут в два приема

- Миорелаксанты. Рекомендованы при наличии признаков мышечного спазма и неэффективности монотерапии парацетамолом или НПВП (**уровень А**). Назначаются короткими курсами (до 7 дней). Применение любого миорелаксанта при острой боли в спине, как бензодиазепинового (диазепам, тетразепам), так и небензодиазепинового (tizанидин, толперизон, баклофен, циклобензаприн, флупиртин и др.) более эффективно, чем плацебо. Применение ограничено в связи с побочными эффектами, требующими мониторинга (слабость, головокружение, снижение артериального давления). Доза препаратов устанавливается индивидуально в зависимости от клинической картины и переносимости. Для уменьшения выраженности побочных эффектов и улучшения переносимости терапию рядом миорелаксантов предлагается назначать с небольшой дозы в вечерние часы с постепенным увеличением (титрованием) дозы до достижения ожидаемого результата.

Рекомендуемые средние дозы некоторых миорелаксантов:

- Тизанидин 2-4 мг 2-3 раза в день
- Толперизон 150 мг 3 раза в день
- Изолированное применение опиоидных анальгетиков не показало большей эффективности, чем НПВП.
- При неэффективности монотерапии парацетамолом или НПВП могут использоваться комбинации препаратов:
 - НПВС и мягкий опиат (трамадол),
 - парацетамол и мягкий опиат. Например, фиксированная комбинация – содержащая 325 мг парацетамола и 37,5 мг трамадола. Средний режим дозирования – по 1 таб. 2-3 раза в день. Разовая доза не более 2 таб., максимальная суточная – 8 таб.
 - НПВС и миорелаксант.

3) *сохранение активного двигательного режима*, насколько позволяет болевой синдром, раннее возвращение к нормальной деятельности, в том числе, работе. Сохранение активности по сравнению с постельным режимом ассоциируется с более быстрым уменьшением боли и восстановлением двигательной способности (**уровень А**). Длительность постельного режима в случае выраженного болевого синдрома не должна превышать 2 суток. Большая продолжительность постельного режима может привести к развитию тугоподвижности суставов, мышечным дистрофиям, потери минеральной плотности костной ткани и венозной тромбоэмболии. Кроме того, длительный

постельный режим повышает вероятность инвалидизации и ухудшает возможности реабилитации.

4) Лечебная физкультура (в том числе, направленная на укрепление, растяжение, сгибание и разгибание) при острой боли в спине не рекомендуется. Данные различных исследований об эффективности и целесообразности лечебной физкультуры при острой боли в спине диаметрально противоположны. Единых строгих доказательств в пользу их назначения нет.

5) Пассивные методы лечения (в том числе, постельный режим, корсет, массаж, ультразвук, чрескожная электронейростимуляция, лазерная терапия) не следует назначать в качестве монотерапии, так как они могут увеличить риск болевого поведения и привести к хронизации острой боли в спине. Нет четких доказательств эффективности таких часто используемых вмешательств при острых болях в спине, как иглоукалывание, согревающие или охлаждающие аппликации, электротерапия, ультразвук, лекарственное обкалывание триггерных точек).

10. Показания к консультации специалистов.

Консультация невропатолога показана при появлении постоянного или прогрессирующего функционального дефицита, после четырех недель наблюдения и терапии для определения дальнейшей диагностической и лечебной тактики.

Консультация онколога показана при подозрении на первичную или метастатическую опухоль позвоночника.

Консультация хирурга необходима в неотложном порядке при подозрении на расслаивающую аневризму аорты, острую почечную колику и острые заболевания органов брюшной полости.

Консультация ревматолога рекомендуется при воспалительном характере боли в спине для исключения серонегативного спондилоартрита.

Консультация травматолога показана при подозрении на перелом или инфекционное поражение позвоночника.

11. Показания к госпитализации больного.

Пациенты с острой неспецифической болью в спине не нуждаются в стационарном лечении. Необходимость в госпитализации возникает при подозрении на специфический генез боли в спине и определяется соответствующим специалистом.

12. Профилактика

Пациентам, перенесшим острую неспецифическую боль в спине, необходимо проводить профилактику хронизации и рецидивов болевого синдрома.

У пациента с острой неспецифической болью в спине необходимо проводить оценку факторов риска хронизации боли и длительной нетрудоспособности, обусловленной болью в спине - «желтые флаги» (**уровень А**).

Примером «желтых флагов» являются:

1. Ошибочные взгляды и убеждения пациента о боли в спине (например, убеждение, что боль в спине является проявлением серьезной патологии, ограничивающей функциональную активность, а также пассивные стратегии преодоления боли (**уровень D**),
2. Неадекватное болевое поведение, обусловленное психосоциальными факторами (уклонение от трудовой деятельности, уплаты налогов и др.) (**уровень D**)

3. Проблемы в профессиональной деятельности (неудовлетворенность работой) (**уровень А**)
4. Эмоциональные проблемы (депрессия, тревога, стресс, тенденция к плохим настроением и нарушениям социального взаимодействия) (**уровень В**)

Оценка психо-социальных факторов и их детализация должны проводиться в случае отсутствия улучшения состояния, возникновении повторных эпизодов острой боли в спине и риске хронизации болевого синдрома (**уровень А**). При выявлении «желтых флагов» может быть показано проведение поведенческой терапии, направленной на коррекцию психо-социальных факторов риска.

Рекомендуется проводить школы для пациентов «с болью в спине». На занятиях необходимо обращать внимание на необходимость соблюдения активного двигательного режима, даже при появлении острой боли в спине. Даются рекомендации по правильной организации рабочего места, принципам лечебной физкультуры и поведению в быту.

Для предупреждения рецидивов острой боли в спине могут быть полезны междисциплинарные программы лечения, как правило, включающие комплекс мероприятий, такие, как упражнения, «школы пациента с болью в спине», визит на рабочее место с консультацией по его эргономичной организации, психологическая терапия.

13. Прогноз.

В большинстве случаев острая неспецифическая боль в спине – доброкачественное состояние, имеющее, в целом, благоприятный прогноз.

Необходимо выделять группы риска по хронизации и рецидивам болевого синдрома (особенности трудовой деятельности, психо-социальные факторы, неадекватное болевое поведение).

14. Мониторинг состояния пациентов с острой болью в спине.

Единого мнения о динамической оценке симптомов и эффективности терапии при острой боли в спине нет (**уровень D**). Сроки повторного осмотра пациента должны быть решены в индивидуальном порядке. Первый визит для оценки эффективности терапии должен быть проведен через 1-2 недели. В случае недостаточного эффекта необходимо провести повторную беседу о необходимости ранней активизации пациента. Следующее посещение назначается через 3-4 недели терапии. В случае отсутствия улучшения или при ухудшении состояния необходимо вновь переоценить наличие признаков серьезной патологии или корешкового синдрома. При их исключении необходимо провести анализ наличия социально-психологических факторов, способствующих хронизации болевого синдрома.

Список литературы.

1. Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону. Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда и др. В двух томах. Пер. с англ. – М., Практика – Мак-Гроу-Хилл (совместное издание), 2002. – 3176 с., 477 табл, 467 илл. – Т.1.
2. Есин Р.Г., Лотфуллина Н.З., Есин О.Р. Цервикалгия, дорзалгия, люмбалгия: дифференциальная диагностика, дифференцированная терапия - Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015.- 280 с. ил.

3. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. – М: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 168 с. – 1 ил.
4. Каратеев А.Е. и др. Обезболивающие препараты в терапевтической практике: справочник / Москва : ИМА-Пресс, 2013. - 135 с. ил.
5. Подчуфарова Е.В. Боль в спине: доказательная медицина и клиническая практика // Трудный пациент – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 18-24.
6. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине / Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 356 с. ил.
7. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Compendium / под ред. Насоновой В.А., Е.Л.Насонова. - М. : Литтерра, 2010. - 448 с.
8. Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с..
9. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, Coudeyre E. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. // Ann Phys Rehabil Med. 2011 Jul;54(5):319-35.
10. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. // Eur Spine J. 2010 Dec;19(12):2075-94.
11. Poitras S., Rossignol M., Dionne C. et. all An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project // BMC Musculoskeletal Disorders 2008, 9:54 doi:10.1186/1471-2474-9-54.
12. Rudwaleit M, Märker-Hermann E. Management of nonspecific low back pain. The new national guidelines 2011. // Z Rheumatol. 2012 Aug;71(6):485-97.
13. Sprouse R. Treatment: current treatment recommendations for acute and chronic undifferentiated low back pain. // Prim Care. 2012 Sep; 39(3): 481-6.
14. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et. all European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // Eur Spine J. (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191