- Neurosurg Psychiat 2005;76:1–8.
19. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте. Дис. ... д-ра мед.наук. М., 1997.
  20. Дамулин И.В. Сосудистая деменция. Неврол журн 1999;3(4):4–11.
  21. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996;82–4.
  22. Grimby A., Rosenthal U. Health-related quality of life and dizziness in old age. Gerontology 1995;41:286–98.
  23. Sloane P., Blazer D., George L.K. Dizziness in a community elderly population. J Am Geriatr Soc 1989;37:101–8.
  24. Kroenke K., Lucas C.A., Rosenberg M.L. Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness. J Gen Intern Med 1993;8(10):530–5.
  25. Hamlin C.L. Panic disorder, vertigo, and the protirelin (TRH) test (letter). Psychiatry Res 1988;23:349–50.
  26. Jacob R.G., Furman J.M., Perel J.M. Panic, phobia, and vestibular dysfunction. In: Yates B.J., Miller A.D. (eds). Vestibular autonomic regulation. Boca Raton, FL: CRC Press. 1996;197–226.
  27. Jacob R.G., Lilienfeld S.O., Furman J.M.R. et al. Panic disorder with vestibular dysfunction: further clinical observations and description of space and motion phobic stimuli. J Anxiety Disord 1989;3:117–30.
  28. Jacob R.G., Moller M.B., Turner S.M. et al. Otoneurological examination of panic disorder and agoraphobia with panic attacks: a pilot study. Am J Psychiatry 1985;142:715–20.
  29. Clark M.R., Sullivan M.D., Fischl M. et al. Symptoms as a clue to otologic and psychiatric diagnosis in patients with dizziness. J Psychosom Res 1994;38:461–70.
  30. Eagger S., Luxon L.M., Davies R.A. et al. Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: a clinical and neuro-otological study. J Neurol Neurosurg Psychiat 1992;55:383–7.
  31. Page N.G., Gresty M.A. Motorist's vestibular disorientation syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiat 1985;48:729–35.
  32. Rudge R., Chambers B.R. Physiological basis for enduring vestibular symptoms. J Neurol Neurosurg Psychiat 1982;45:126–30.
  33. Jacob R.G., Furman J.M., Balaban C.D. Psychiatric aspects of vestibular disorders. In: Baloh R.W., Halmagyi G.M. (eds). Disorders of the vestibular system. Oxford: Oxford University Press, 1996;509–28.
  34. Jacob R.G., Furman J.M., Durrant J.D. et al. Panic, agoraphobia and vestibular dysfunction. Am J Psychiatry 1996;153:503–12.
  35. Yardley L., Nazareth I., Burgneay J. et al. Neuro-otological and psychiatric abnormalities in a community sample of people with dizziness: a blind, controlled investigation. J Neurol Neurosurg Psychiat 1998;65:679–84.
  36. Jacob R.G. Panic disorder and the vestibular system. Psychiatr Clin North Am 1988;11:361–74.
  37. Clark D.B., Hirsch B.E., Smith M.G. et al. Panic in otolaryngology patients presenting with dizziness or hearing loss. Am J Psychiatry 1994;151:1223–5.
  38. Sloane P.D., Hartman M., Mitchell C.M. Psychological factors associated with chronic dizziness in patients aged 60 and older. J Am Geriatr Soc 1994;42:854–3.
  39. Yardley L., Luxon L., Bird J. et al. Vestibular and posturographic test results in people with symptoms of panic and agoraphobia. J Audiolog Med 1994;3:48–65.
  40. Eckhardt-Henn A., Best C., Bense S. et al. Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. J Neurol 2008;255(3):420–8

Б.М. Доронин, О.Б. Доронина

Новосибирский государственный медицинский университет

Некоторые актуальные вопросы диагностики и лечения боли в спине

Проблема боли в спине является актуальной как для врача общей практики, так и для невролога в связи с высокой частотой этого синдрома и сложностями его дифференциальной диагностики. Как и любой клинический синдром, боль в спине необходимо дифференцировать с большим количеством других заболеваний. От этого в первую очередь зависит тактика ведения пациента с болью в шейно-грудном или поясничном отделах позвоночника. На сегодняшний день диагноз «остеохондроз позвоночника» достаточно часто является диагнозом исключения. В процессе диагностики боли в спине важен тщательный неврологический осмотр. Большое значение также придается рентгенологическим и нейровизуализационным методам исследования. При лечении боли в спине необходимо учитывать интенсивность болевого синдрома, склонность к хронизации процесса, индивидуальные особенности личности пациента, сопутствующую патологию внутренних органов и использовать как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, наиболее эффективными среди которых считают лечебную гимнастику и психотерапию.

Ключевые слова: боль в спине, диагностика, нестероидные противовоспалительные препараты, мышечные релаксанты.

Контакты: Ольга Борисовна Доронина sib@neiromed.ru

Some topical problems in the diagnosis and treatment of back pain

B.M. Doronin, O.B. Doronina

Novosibirsk State Medical University

Back pain is a topical problem for both a general practitioner and a neurologist because of not only the high rate of this syndrome, but also its differential diagnosis problems. As any clinical syndrome, back pain should be differentiated from very many other diseases. This is primarily determined by the tactics of the management and treatment of a patient with neck-and-chest or low back pain. Today the diagnosis of spinal osteochondrosis may be rather common as that of exclusion. A meticulous neurological examination is of importance when diagnosing back pain. A premium is also placed upon X-ray and neuroimaging studies. When back pain is treated, it is necessary to take into account the intensity of pain syndrome, its proneness to chronicity, the individual personality traits, and concomitant visceral involvement and to use both drug and non-drug treatments, among which remedial exercises and psychotherapy are considered most effective.

Key words: back pain, diagnosis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, myorelaxants.

Contact: Olga Borisovna Doronina sib@neiromed.ru

Актуальность проблемы боли в спине

В настоящее время актуальность проблемы боли в спине не подлежит сомнению, и для решения этой задачи в клинической практике используются разные подходы [1–6]. Но, несмотря на большое внимание к вопросам диагностики и семиотики болевых расстройств, появление новых препаратов для лечения болевых синдромов, эта проблема требует дальнейшего обсуждения [1, 2, 4].

Острая боль в спине — безусловно, одна из самых частых жалоб в практике любого специалиста. Однако в клинике нервных болезней мы нередко видим несоответствие степени выраженности, локализации и характера боли значимым клиническим и функциональным нарушениям [4]. Особенно это относится к длительно текущим и часто рецидивирующим обострениям остеохондроза позвоночника у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами [2]. Таким образом, понятие хронической боли в спине сегодня трактуется шире, чем просто сигнал о неблагополучии в позвоночнике или мышечно-связочном аппарате. Порой это новая система реагирования всего организма на комплекс проблем — болевое расстройство [2, 6].

Дискуссионным также остается вопрос о семиотике и диагностике нейродегенеративных изменений, в том числе остеохондроза позвоночника, как и сопутствующих тревожно-невротических и тревожно-депрессивных нарушений [1, 6, 7]. С одной стороны, возникновение мышечного спазма, развитие мышечно-тонического синдрома объясняются нарушением взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов нервной системы, с другой стороны, отечественные традиции изучения дегенеративно-дистрофического старения позвоночника заставляют нас обратиться к диагностическому поиску клинических и нейровизуализационных проявлений остеохондроза [1, 4]. Однако мы все чаще имеем дело с достаточно молодыми пациентами, у которых наблюдаются проявления дегенеративного процесса в позвонково-двигательном сегменте. Это позволяет предположить либо генетическую предрасположенность к раннему старению хрящевой и костной ткани, либо влияние индивидуальных характеристик личности на возникновение и развитие заболевания [8].

Между тем во время амбулаторного приема далеко не всегда удается выявить особенности болевого синдрома и личности каждого больного, хотя именно это важно сделать как можно раньше. Трудности построения логической цепочки «жалобы — анамнез — симптом — синдром — топический диагноз» связаны не только с небольшим количеством времени на консультацию одного пациента, но и с существующими до сих пор у отдельных специалистов стереотипными представлениями о диагностике и лечении. Заболевание рассматривается как набор беспокоящих больного жалоб, а не как состояние организма в целом, включая психологическую составляющую. Именно этот личностный компонент в значительной степени определяет длительность и характер течения заболевания у конкретного больного.

Боль в нижней части спины [4] занимает 1-е место по распространенности среди острых болей в позвоночнике (болевого синдром в шейном и грудном отделах позвоночника наблюдается реже). Острая поясничная боль может быть не только проявлением дегенеративного процесса, но

и следствием травмы или операции, быть отраженной болью при заболеваниях внутренних органов и т. д. [9]. Вполне очевидно, что возникновение острой боли обусловлено каким-либо раздражением или повреждением кожи, слизистой оболочки, мышц, фасций или внутренних органов. Острая боль может быть поверхностной, глубокой, висцеральной в зависимости от уровня повреждения, ее длительность ограничивается временем восстановления поврежденного участка. Боль может иметь значительную силу и разнообразные характеристики, но всегда четко локализована или отражена, хорошо описывается пациентом и отражает закономерности ее предполагаемого патогенеза. Между тем возникает вопрос: почему же острая боль в спине, по данным ряда авторов, в 30% случаев трансформируется в хроническую [10–12]?

Острая боль в спине в течение жизни возникает у 50–90% населения, а ежегодно — у 25–40% [4, 13]. Каждый год острая боль в спине, связанная с патологией позвоночника и(или) костно-мышечного аппарата, вызывает длительную временную утрату трудоспособности у 4% трудоспособного населения, стойкую утрату трудоспособности — у 1%. Боль в спине стоит на 2-м месте среди причин временной нетрудоспособности и на 5-м — среди причин госпитализации в Российской Федерации.

При диагностике боли в спине, ассоциированной с остеохондрозом позвоночника, используют классификацию И.П. Антонова, отражающую клинические синдромы и уровень поражения нервной системы.

Клиническая классификация вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы (по И.П. Антонову, 1987)**1. Шейный уровень.****1.1. Рефлекторные синдромы.****1.1.1. Цервикалгия.****1.1.2. Цервикокраниалгия.****1.1.3. Цервикобрахиалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими проявлениями.****1.2. Корешковые синдромы.****1.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение корешков.****1.3. Корешково-сосудистые синдромы (радикулоишемия).****2. Грудной уровень.****2.1. Рефлекторные синдромы.****2.1.1. Дискогенные (торакалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-висцеральными или нейродистрофическими проявлениями).****2.2. Корешковые синдромы.****2.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение корешков.****3. Пояснично-крестцовый уровень.****3.1. Рефлекторные синдромы.****3.1.1. Люмбаго (прострел).****3.1.2. Люмбалгия.****3.1.3. Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими проявлениями.****3.2. Корешковые синдромы.****3.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение корешков.****3.2.2. Синдром конского хвоста.**

Клинические проявления и диагностика боли в спине

В клинике нервных болезней наиболее распространенной (80–90%) причиной боли в спине является миофасциальный болевой синдром [14, 15]. Функциональные же нарушения (обратимое блокирование) межпозвонковых суставов, патология межпозвонковых суставов (например, анкилозирующий спондилит или спондилолистез), дегенеративные изменения позвоночника (спондилез, остеофиты, грыжи и протрузии межпозвонковых дисков) встречаются реже или не имеют клинического значения при данном болевом синдроме, а являются лишь находкой при обследовании. К еще более редким (10%) причинам боли в спине относятся первичные и метастатические опухоли позвонков, спинного мозга, внутренних органов, ретроперитонеального пространства, отраженные боли при заболеваниях внутренних органов (ИБС, долевая пневмония, плеврит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит, пиелонефрит, поддиафрагмальный абсцесс и др.), переломы позвонков, инфекционные заболевания (туберкулезный спондилит, инфекционный эндокардит, опоясывающий лишай), острые нарушения спинального кровообращения, грыжи с выпадением межпозвонкового диска.

Варианты клинической картины поражения позвоночника разнообразны, и дифференциальный диагноз должен основываться на тщательном опросе и осмотре больного [1].

Локальный вертебральный болевой синдром характеризуется цервикалгиями, торакалгиями, люмбагиями в зависимости от заинтересованности шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника. Вертебральный синдром на удалении сопровождается дисфункцией одного сегмента с изменением двигательного стереотипа, что может приводить к деформации, патологической фиксации, нестабильности выше- или нижележащих отделов. Рефлекторные (ирритативные) синдромы будут проявляться отраженной болью (цервикобрахиалгия, люмбоишиалгия и т. д.), мышечно-тоническими синдромами, нейродистрофическими, вегетативными и вазомоторными расстройствами с миофасциальным, туннельными синдромами. Компрессионные (компрессионно-ишемические) корешковые синдромы всегда сопровождаются моно-, би-, мультирадикулярными проявлениями, включая синдром конского хвоста (вследствие грыжи межпозвонковых дисков, стеноза позвоночного канала или межпозвонкового отверстия и др.).

Рефлекторный мышечно-тонический синдром характеризуется тупой, глубокой болью в пределах спазмированной мышцы, при этом боль провоцируется движением с участием соответствующей мышцы, а симптомы натяжения вызывают локальную боль. В таких случаях можно наблюдать «псевдоположительные» симптомы натяжения [14]. При пальпации мышца напряжена, болезненна, с локальными гипертонусами.

Компрессионно-ишемические синдромы (радикулопатия) сопровождаются ноющими, стреляющими болями, иррадирующими в пальцы кисти или стопы («длинная боль»). Боль провоцируется движением в соответствующем отделе позвоночника, отмечаются симптомы натяжения (при возникновении «длинной боли» они определяются как истинно положительные). Кроме того, боль часто сочетается с парестезиями. При пальпации можно выявить напряжение и болезненность паравертебральных мышц, а во время неврологического осмотра — наличие симптомов выпадения функций корешка (гипестезия, слабость, гипотрофия мышц, снижение или выпадение рефлексов).

На шейно-грудном уровне выделяют следующие вертеброгенные синдромы: цервикалгии, цервикобрахиалгии, радикулопатии, поражение спинного мозга (миелопатия), спондилоартриты, поражение позвоночника при ревматоидном артрите, сколиозе. Боль невертеброгенного характера на шейно-грудном уровне бывает связана с травмами шеи, фибромиалгией, миофасциальными болевыми синдромами, деформирующим остеоартрозом плечевого сустава, сириномиелией, опухолью и метастазами в позвоночник, туберкулезным спондилитом, инфарктом миокарда.

Корешковые синдромы на шейном уровне могут проявляться следующими симптомами. Радикулопатия C_{VIII} — боль в области локтевой поверхности предплечья и кисти, с онемением медиальной поверхности предплечья и мизинца, слабостью мелких мышц кисти, сгибателей пальцев и разгибателей кисти. Радикулопатия C_{VII} (70% пациентов) — боль по заднелатеральной поверхности предплечья и плеча, онемение указательного и среднего пальцев, слабость сгибателей запястья, разгибателей пальцев кисти и трехглавой мышцы плеча (рефлекс снижен). Радикулопатия C_{VI} (20% случаев) обычно сопровождается болью в плече, на латеральной поверхности предплечья и в большом пальце кисти, гипестезией в области латеральной поверхности предплечья, большого и указательного пальцев, слабостью двуглавой и трехглавой мышц плеча со снижением рефлексов с бицепса и карпорадиального рефлекса.

Радикулопатия C_V характеризуется болью в области латеральной поверхности плеча, онемением надплечья, слабостью дельтовидной и двуглавой мышц плеча со снижением рефлекса с бицепса. Изолированная радикулопатия C_{IV} встречается редко, проявляется болью в плече и слабостью дельтовидной мышцы. В МКБ-10 эти нарушения представлены в рубрике M50.1 «Поражение межпозвонкового диска с радикулопатией».

Вертеброгенная шейная миелопатия встречается относительно редко и является осложнением дегенеративно-дистрофического процесса, проявляется сужением позвоночного канала на шейном уровне и компрессией спинного мозга, возникает в среднем и пожилом возрасте, развивается постепенно.

Шейная миелопатия проявляется следующим образом: боль и ограничение движений в шейном отделе позвоночника, слабость в конечностях, периферический парез в руках и центральный в ногах (реже — тетрапарез) с нарушением глубокой чувствительности, а также нарушение функций тазовых органов. В МКБ-10 эта патология представлена в рубрике M50.0 «Поражение межпозвонкового диска шейного отдела с миелопатией».

Клинические особенности поясничной радикулопатии зависят от уровня поражения. Радикулопатия L_{IV} — это, как правило, боли по передней поверхности бедра с гипестезией в этой области и в паху, слабость разгибателей колена, снижение коленного рефлекса.

Радикулопатия L_V проявляется болью по задненаружной поверхности бедра и тыла стопы с нарушением чувствительности на наружной поверхности голени и I пальца стопы и слабостью длинного разгибателя I пальца стопы и тыльных сгибателей стопы.

Радикулопатия S_I характеризуется болью по задненаружной поверхности бедра, голени и подошвы с нарушением

ем чувствительности в области наружного края стопы, наружной поверхности голени и IV, V пальцев стопы, могут отмечаться слабость подошвенного сгибания и снижение ахиллова рефлекса. В МКБ-10 она представлена в рубрике M51.1 «Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов позвоночника с радикулопатией».

Спондилолистез (М 43.1 по МКБ-10) — серьезное осложнение дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике. Спондилолистез связан со смещением вперед L_v относительно S_1 или L_v относительно L_v , возникает в детском или подростковом возрасте, но клинически проявляется в среднем или пожилом возрасте.

Пациентов беспокоят боль в нижней части спины, усиливающаяся в положении стоя и при ходьбе, ограничение подвижности в поясничном отделе. При осмотре можно выявить гиперлордоз, периферический парез конечностей с расстройством чувствительности по сегментарно-корешковому типу, нарушение функции тазовых органов вследствие компрессии спинномозговых корешков.

Еще более грозным осложнением остеохондроза позвоночника является поясничный стеноз — сужение позвоночного канала в поясничном отделе, проявляющееся болью в нижних отделах спины с иррадиацией в бедро и голень. Боль усиливается в положении стоя и при ходьбе, может напоминать перемежающуюся хромоту, возможны периферические парезы стоп с чувствительными нарушениями в них. В положении сидя, при наклонах вперед и сгибании туловища симптомы могут уменьшаться или исчезать.

Также необходимо учитывать возможность сдавления корешков конского хвоста при большой срединной грыже дисков L_v-S_1 и $L_{iv}-L_v$ или опухоли, что будет проявляться острой болью в обеих ногах, онемением ног и аногенитальной области, нарушением функций тазовых органов. Кроме того, не исключено сдавление корешково-спинномозговой артерии L_v и S_1 , когда на фоне боли в спине и ноге развивается слабость в стопе (парализующий ишиас) с последующим ослаблением болевого синдрома.

Подобная ситуация требует проведения дифференциального диагноза со спинальным инсультом, характеризующимся внезапным началом, параличом ног, проводниковым типом расстройства чувствительности и тазовыми нарушениями.

Таким образом, клиническая картина боли в спине очень разнообразна [16–19]. Безусловно, сопутствующие проявления тревоги и депрессивных расстройств могут быть вторичными на фоне длительного или тяжелого болевого расстройства [20, 21]. Но хроническое течение, особенно при наличии невропатической боли и преморбидных особенностей личности, достаточно часто позволяет предположить важную роль психологического фактора в возникновении затяжного болевого синдрома [22–25], даже при выраженном дегенеративно-дистрофическом процессе в позвоночнике [2, 10, 26].

Таким образом, алгоритм обследования пациента с болью в спине предполагает в первую очередь тщательный неврологический осмотр с обязательной оценкой жалоб, данных анамнеза и неврологического статуса, а также результатов дополнительных исследований (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография позвоночника, электронейромиография и др.) [25]. Немаловажно также и параклиническое обследование с проведением рутин-

ных лабораторных тестов (общие и биохимические анализы мочи и крови, рентгенография легких, ЭКГ и мониторирование АД и сердечного ритма при болевом синдроме в шейно-грудном отделе позвоночника, консультации смежных специалистов) для исключения сопутствующей соматической патологии, которая может быть причиной боли. С целью выявления тревожно-депрессивных расстройств, особенно у пациентов с часто возникающей и длительно текущей болью в спине, следует, по возможности, проводить тестирование психических функций и оценку боли по соответствующим шкалам, применяемым в неврологии [11–13]. При необходимости, пациента можно направить на такое тестирование к клиническому психологу, а затем и к психиатру. Чтобы мотивировать пациента пройти подобное обследование, необходимо провести с ним беседу, в ходе которой зачастую уже используются элементы рациональной психотерапии.

Лечение боли в спине

В случае острых болевых синдромов лечение включает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) на максимально возможные короткие сроки, миорелаксантов, особенно при выраженном мышечно-тоническом компоненте боли, неопиоидных анальгетиков, чтобы как можно быстрее оборвать острую боль и предотвратить формирование хронической [26], и лечебной гимнастики (в определенные сроки). НПВП и миорелаксанты имеют убедительную доказательную базу (А). Успешность применения методов физиотерапии у пациентов с болью в спине многие исследователи связывают с эффектом плацебо, между тем в рутинной клинической практике достаточно часто назначают и физиотерапию, и массаж, и рефлексотерапию [27, 28]. Положительный же эффект лечебной гимнастики доказан во многих исследованиях [29, 30].

Если говорить о назначении НПВП и миорелаксантов, хорошо себя зарекомендовало сочетание ацеклофенака (аэртал) и толперизона (мидокалм) [31–35]. Комбинация НПВП и миорелаксанта, особенно при мышечно-скелетной патологии, благодаря синергическому эффекту позволяет проводить рациональную терапию (например, снизить дозу НПВП), что имеет важное значение для профилактики осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта [32].

Ацеклофенак (аэртал, «Гедеон Рихтер») — НПВП из группы производных фенилуксусной кислоты, к которым также относится диклофенак и которые в настоящее время широко используются. Производные фенилуксусной кислоты оказывают мощное обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие. Аэртал эффективен и безопасен при лечении острой и хронической боли в спине, характеризуется быстрым обезболивающим эффектом, относительной безопасностью при соблюдении режима дозирования и отсутствием разрушающего влияния на хрящевую ткань, что немаловажно при спондилоартрозе и остеохондрозе позвоночника. Нежелательные реакции, связанные с приемом ацеклофенака, те же, что и при лечении другими НПВП, однако переносимость аэртала со стороны желудочно-кишечного тракта лучше, при этом его использование сопровождается меньшей частотой повышения уровня трансаминаз в печени и в крови по сравнению с диклофенаком. Препарат выводится в основном почками, поэтому у больных с патологией этой области следует проводить мониторирование функции мочевыводящей системы. Период полувыведения аэртала — 4 ч, он относится к «короткоживущим»

препаратам, благодаря чему побочные эффекты при его использовании если и возникают, то быстро нивелируются.

Мидокалм (оригинальный препарат компании «Гедеон Рихтер») — миорелаксант центрального действия. Анальгетический эффект мидокалма реализуется путем ингибирования проведения возбуждения по ретикулоспинальному пути на уровне ствола мозга, поэтому его анальгетическая активность не связана с блокадой опиоидных рецепторов. Кроме того, препарат характеризуется периферическим анальгетическим эффектом по типу местного анестетика, оказывая мембрано-стабилизирующее действие как на мотонейроны и клетки спинномозговых ганглиев, так и на периферические нервы. Толперизон тормозит распространение потенциала действия по С-волокам, что отражает его положительное антиноцицептивное влияние на острую боль. В России мидокалм представлен в виде таблеток по 150 мг № 30 и раствора для инъекций 100 мг — 1 мл № 5.

При нейропатической боли (радикулопатия) рекомендуются габапентиноиды (габапентин и прегабалин), возможно назначение и других противосудорожных средств (карбамазепин и ламотриджин). При выявлении сопутствующей тревоги и(или) депрессии необходимы антидепрессанты, которые используют в первую очередь с учетом баланса эффективности и переносимости. По эффективности и скорости наступления эффекта на первом месте по-прежнему остаются трициклические антидепрессанты (амитриптилин). Назначать антидепрессанты может невролог при выявлении легкой или умеренной депрессии, однако в случае подозрения на более серьезные нарушения психической сферы больного должен осмотреть психиатр.

В настоящее время среди психотерапевтических методов в Западной Европе и США с успехом применяется когнитивно-поведенческая психотерапия. Во всех случаях боли в спине схема лечения подбирается индивидуально с учетом риска возможных побочных эффектов и пользы терапии [2, 4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. М.: ООО МИА, 2006;520 с.
2. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. М.: Боргес, 2007;192 с.
3. Rubin D.I. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin* 2007;25(2):353–71.
4. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010;368 с.
5. Dionne C.E., Von Korff M., Deyo R.A. et al. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Com Health* 2001;55:455–68.
6. Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
7. Leino P., Magni G. Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain* 1993;53:89–94.
8. Linton S.J. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25:1148–56.
9. Main C.J., Nicholas M.K., Watson P.J. Back pain. *Pain* 2008 an updated review. IASP Press, 2008;395–407.
10. Treede R.D., Jensen T.S., Campbell J.N. et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70(18):1630–5.
11. Freynhagen R., Baron R., Gockel U. et al. PainDetect: a new screening questionnaire to detect neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1911–20.
12. Kaki A., El-Yaski A., Youseif E. Identifying neuropathic pain among patients with chronic low back pain: use of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and signs pain scale. *Reg Anesth Pain Med* 2005;30(5):422–8.
13. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С. и др. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространённости невропатической боли, ее причин и характеристик в популяции больных, обратившихся к врачу-неврологу. *Боль* 2008;3:24–32.
14. Freynhagen R., Rolke R., Baron R. Pseudoradicular and radicular low-back pain — a disease continuum rather than different entities? Answers from quantitative sensory testing. *Pain* 2008;135(1–2):65–74.
15. Есин Р.Г., Файзуллин Р.И., Рогожин А.А. и др. Клиническая миология. Казань: Фэн, 2003;272 с.
16. Coste J., Delecoeuillerie G., Cohen de Lara A. et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *BMJ* 1994;308:577–80.
17. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *American Family Physician* 2007;75(8):1181–8.
18. Павленко С.С. Боли в нижней части спины. Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2007;172 с.
19. Эрдес Ш.Ф. и др. Неспецифическая боль в нижней части спины. Клинические рекомендации для участков терапевтов и врачей общей практики. М.: КомплектСервис, 2008;70 с.
20. Shen F.H., Samartzis D., Andersson G.B. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;8:477–87.
21. Haldeman S., Dagenais S. What have we learned about the evidence-informed management of chronic low back pain? *The Spine J* 2008;8:266–77.
22. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: *Болезни нервной системы: Рук-во для врачей*. Под ред. Н.Н. Яхно. М., 2005;2:306–31.
23. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. Amsterdam: Elsevier, 2002.
24. Burton A.K., Balague F., Cardon G. et al., for the COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:541–55.
25. Russo R.B. Diagnosis of low back pain: role of imaging studies. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:571–89.
26. Carragee E.J. Clinical practice. Persistent low back pain. *N Engl J Med* 2005;352:1891–8.
27. Chou R., Huffman L.H. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:492–504.
28. Shen F.H., Samartzis D., Andersson G.B. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;8:477–87.
29. Dugan S.A. The role of exercise in the prevention and management of acute low back pain. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:615–32.
30. Hayden J.A., van Tulder M.W., Malmivaara A. et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD000335.
31. Van Tulder M.W., Touray T., Furlan A.D. et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2:CD004252.
32. Ласло Х., Мелинда М., Жолт С. и др. Лечение острой поясничной боли Мидокалмом. Результаты международного мульти-центрального рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого клинического исследования. *РМЖ* 2003;5:246–9.
33. Dulin J., Kovacs L., Ramm S. et al. Evaluation of sedative effects of single and repeated doses of 50 mg and 150 mg tolperisone hydrochloride. Results of a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pharmacopsychiat* 1998;31:137–42.
34. Pratzel H.G., Alken R.-G., Ramm S. Efficacy and tolerance of repeated doses of tolperisone hydrochloride in the treatment of painful reflex muscle spasm: results of a prospective placebo-controlled double-blind trial. *Pain* 1996;67:417–25.
35. Гурак С.В., Парфенов В.А., Борисов К.Н. Мидокалм в комплексной терапии острой поясничной боли. *Боль* 2006;3:27–30.