

Подчуфарова Е.В.
Великобритания

Боль в пояснично-крестцовой области: организация помощи пациентам в Великобритании

Скелетно-мышечные болевые синдромы — одна из самых распространенных причин нетрудоспособности и обращения за медицинской помощью. По поводу боли в пояснично-крестцовой области в Великобритании проводится 7 млн консультаций в год.

Обследование пациентов с болью в спине. Условно можно выделить три уровня оказания медицинской помощи пациентам с болью в спине в Великобритании. Первый уровень — амбулаторный: врач общей практики совместно с мануальным терапевтом, физиотерапевтом, специалистом по реабилитации, средним медицинским персоналом оказывают помощь пациентам с невыраженным и непродолжительным болевым синдромом; второй уровень — также амбулаторный, предполагает участие специалиста-консультанта госпиталя или мультидисциплинарной команды, например в рамках службы помощи пациентам со скелетно-мышечными болевыми синдромами либо в специализированном противоболевом центре; третий уровень — оказание помощи в нейрохирургическом или ортопедическом стационаре с применением инвазивных вмешательств. В подавляющем большинстве случаев острая боль в спине является «доброкачественным» состоянием, дополнительных инструментальных и лабораторных исследований не требуется, но рентгенография позвоночника, компьютерная или магнитно-резонансная томография (МРТ), общий анализ крови и мочи необходимы при выраженных неврологических и соматических расстройствах.

Ведение пациентов с острой болью в пояснично-крестцовой области включает: информирование пациента о доброкачественной природе заболевания; исключение постельного режима; разъяснение необходимости сохранять нормальную активность; обучение правильному подъему тяжестей и поддержанию осанки; направление на мануальную терапию и лечебную физкультуру для возвращения к нормальному уровню двигательной активности; назначение доказанного эффективного медикаментозного лечения. В большинстве случаев острая боль в спине самостоятельно проходит в течение короткого времени, оптимальным считается активный подход к лечению. При необходимости обезболивания используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол. Пациентам, у которых не отмечается улучшения в течение 4 нед лечения, необходимы повторный скрининг на маркеры «потенциально опасных» заболеваний позвоночника, а также определение признаков психосоциального неблагополучия и коррекция терапии с учетом выявленных нарушений.

Ведение пациентов с подострой и хронической болью (длительностью >6 нед, но <1 года) предполагает регулярное повторное рассмотрение правильности диагноза «неспецифическая боль в спине» с целью исключения возможных специфических причин. МРТ назначается при рассмотрении вопроса о направлении пациента на хирургическое лечение или в случаях предполагаемого опухолевого, инфекционного, воспалительного, травматического поражения позвоночника, синдроме поражения корешков конского хвоста. Оптимально начинать лечение с программы физических упражнений, мануальной терапии или акупунктуры. Лекарственная терапия включает назначение НПВП, парацетамола и опиоидов при интенсивном болевом синдроме.

Ключевые слова: боль в пояснично-крестцовой области; диагностика; лечение; организация помощи в Великобритании.

Контакты: Екатерина Владимировна Подчуфарова; neuro_kat@yahoo.co.uk

Для ссылки: Подчуфарова Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: организация помощи пациентам в Великобритании. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(2):75–80.

Lumbosacral pain: Delivery of care to patients in the United Kingdom Podchufarova E.V. United Kingdom

Musculoskeletal pain syndromes are one of the most common causes of disability and referral to a medical specialist. Seven million consultations for lumbosacral pain are annually carried out in the United Kingdom.

Examination of patients with back pain. Three levels of health care delivered to patients with back pain in the United Kingdom may be arbitrarily identified. Level 1 is outpatient: a general practitioner jointly with a manipulative therapist, a physiotherapist, a rehabilitation specialist, and mid-level health workers render care to patients with insignificant and mild pain syndrome; Level 2 is also outpatient, which involves the participation of a hospital or multidisciplinary team consultant, for example, in a musculoskeletal pain service or a specialized pain center; Level 3 is to deliver care at neurosurgical or orthopedic hospital, by applying invasive interventions. Acute back pain is a benign condition in the vast majority of cases; there is no need for additional instrumental and laboratory studies; but spinal X-ray study, computed tomography (CT scan), or magnetic resonance imaging (MRI), general blood and urine tests are required when marked neurological and somatic disorders are present.

Management of patients with acute lumbosacral pain is to inform a patient about the benign nature of the disease; to exclude bed rest; to explain the need to maintain normal activity; to train how to correctly lift weights and to maintain normal posture; to refer for manual and exercise therapy in order to return to normal motor activity; to use proven effective medication. In most cases, acute back pain goes away spontaneously for a short period of time; an active treatment approach is considered to be optimal. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and acetaminophen are used for analgesia if required. Patients who show no improvement after 4 weeks of treatment need rescreening for markers of potentially dangerous spinal diseases, as well as determination of the signs of psychosocial ill-being and correction of therapy with consideration for identified disorders.

Management of patients with subacute and chronic pain (persisting for >6 weeks, but <1 year) involves the regular reconsideration of whether the diagnosis of nonspecific back pain is correct in order to rule out possible specific causes. MRI is indicated when a patient is decided to be referred for surgical treatment or there is presumptive evidence for spinal tumors, infectious, inflammatory, or traumatic injury, or cauda equina syndrome. It is optimal to start treatment with a program of therapeutic exercises, manual therapy, or acupuncture. Drug therapy encompasses NSAIDs, acetaminophen, and opioids to treat intensive pain syndrome.

Key words: lumbosacral pain; diagnosis; treatment; care delivery in the United Kingdom.

Contact: Ekaterina V. Podchufarova; neuro_kat@yahoo.co.uk

Reference: Podchufarova E.V. Lumbosacral pain: Delivery of care to patients in the United Kingdom. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;(2):75–80.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-75-80>

Актуальность проблемы

Скелетно-мышечные болевые синдромы являются одной из самых распространенных причин нетрудоспособности и обращения за медицинской помощью. В Великобритании потери рабочего времени, связанные с этим состоянием, по данным за 2008–2009 гг., составили 9,3 млн рабочих дней. Наиболее часто скелетно-мышечные болевые синдромы включают боль в пояснично-крестцовой области, плечевых суставах, шейном отделе позвоночника и распространенный болевой синдром. Они составляют около 30% причин обращения к врачу общей практики, при этом на боль в пояснично-крестцовой области в Великобритании приходится 7 млн консультаций в течение года. 23% пациентов (около 1,6 млн консультаций) направляют к врачам других специальностей и около 6,7 млн ежегодно получают физиотерапевтическое лечение [1]. Примерно 3% пациентов с болью в спине посещают частнопрактикующих консультантов и 2–3% — врача или средний медицинский персонал по месту основной работы (обычно это пациенты, имеющие частный страховой полис).

При анализе стоимости лечения боли в пояснично-крестцовой области в 1998 г. примерно 35% затрат приходилось на частный сектор здравоохранения, 37% — на физиотерапевтическое лечение в рамках национальной системы здравоохранения (под «физиотерапией» обычно понимают комплекс физических упражнений), 31% — на госпитальный сектор, 14% — на первичное звено медицинской помощи, 7% — на медикаментозное лечение, 6% — на социальную помощь и 5% — на методы нейровизуализации. Прямые затраты, связанные с медицинской помощью (1632 млн фунтов стерлингов в год), были значительно меньше прямых затрат, обусловленных нетрудоспособностью, потерей прибыли, которые составили 10 668 млн фунтов стерлингов в год, что делает боль в спине одним из самых дорогих заболеваний с экономической точки зрения [2].

Обследование пациентов с болью в спине

В Великобритании первичное обращение за медицинской помощью к врачу общей практики более 100 лет является основой для направления на обследование и получение лечения при различных заболеваниях. Врач общей практики играет основную роль в направлении пациентов к другим специалистам (gate-keeping role), обеспечивая тесное взаимодействие врача и пациента на протяжении длительного времени независимо от заболевания, а также определенный доход для первичного звена медицинской помощи и экономическую эффективность всей национальной системы здравоохранения. Тем не менее указанная система имеет

определенные недостатки. В частности, пациенты со скелетно-мышечными болевыми синдромами часто отмечают, что врачи общей практики не относятся серьезно к их жалобам и нередко объясняют, что «больше, чем сделано, сделать нельзя». Поэтому обсуждается возможность первичного обследования пациентов при первом обращении другими специалистами — мануальными терапевтами и физиотерапевтами. Другая проблема — длительное ожидание консультации специалистов и жалобы последних на то, что нередко пациентов к ним направляют необоснованно [3]. Для улучшения этой ситуации развивается служба «врачей общей практики со специальными интересами» (general practitioner with special interests), что позволяет обеспечивать специализированную помощь ближе к дому и уменьшить нагрузку на консультантов в госпиталях. В 2011 г в Великобритании каждый из 152 трастов первичной медицинской помощи включал от 20 до 30 специалистов в различных клинических областях, в том числе специалистов, занимающихся болью и скелетно-мышечной патологией (обычно не более 2–3). Кроме того, в рамках национальной системы здравоохранения уже несколько лет функционирует система помощи пациентам со скелетно-мышечными болевыми синдромами (Musculoskeletal Integrated Care Service — MuSIC), в эту службу врач общей практики может направлять пациента при отсутствии эффекта от обычного лечения, чтобы ускорить оказание специализированной физиотерапевтической помощи. В Великобритании организация специализированной противоболевой помощи зависит от региона проживания. Условно можно выделить три уровня оказания медицинского помощи пациентам с болью в спине. Первый уровень — амбулаторный, на этом уровне врач общей практики совместно с мануальным терапевтом, физиотерапевтом, специалистом по реабилитации, средним медицинским персоналом оказывают помощь пациентам с невыраженным и непродолжительным болевым синдромом; второй уровень предполагает участие специалиста-консультанта госпиталя или мультидисциплинарной команды, например в рамках службы помощи пациентам со скелетно-мышечными болевыми синдромами (MuSIC) либо в специализированном противоболевом центре или обычном госпитале (здесь помощь оказывает специалист-консультант в области боли, часто — анестезиолог) — как правило, это также амбулаторный вариант помощи; третий уровень — оказание помощи с применением инвазивных вмешательств, например в нейрохирургическом или ортопедическом стационаре.

Врачи общей практики при ведении пациентов с болью в спине следуют клиническим рекомендациям Национального института повышения стандартов здравоохране-

Рекомендации по направлению пациента на обследование врачом общей практики

Рекомендуемое время обследования	Показание к обследованию
В течение 1 сут	Признаки поражения корешков конского хвоста («седловидная» анестезия, тазовые нарушения, признаки двустороннего поражения корешков, нарастающая слабость в ногах)
В течение 1 нед	Признаки потенциально опасных заболеваний позвоночника
В течение 1 нед	Прогрессирование неврологических нарушений (моторных и сенсорных)
В течение 3 нед	Боль, связанная с поражением корешка, которая сохраняется >6 нед
В ближайшее время (категория строго не оговорена)	Предположительно воспалительная природа поражения позвоночника, например анкилозирующий спондилит
В ближайшее время (категория строго не оговорена)	Неспецифическая боль в спине, которая не поддается терапии в течение 3 мес. Целесообразно мультидисциплинарное лечение

ния и социальной помощи (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) [4], клиническим рекомендациями по лечению боли в спине Королевского колледжа врачей общей практики, Европейского руководства по лечению неспецифической боли в спине [5], Руководства по направлению пациентов к врачам других специальностей и некоторым другим регуляторным документам [6, 7].

В подавляющем большинстве случаев острая боль в спине является доброкачественным состоянием и дополнительных инструментальных исследований не требуется. Однако при наличии выраженных неврологических и соматических расстройств может возникнуть необходимость в срочном инструментальном и лабораторном обследовании. Так, слабость в мышцах ног, снижение чувствительности в аногенитальной области («седловидная анестезия»), тазовые нарушения указывают на компрессию корешков конского хвоста и требуют незамедлительного проведения магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной (КТ) томографии позвоночника с последующим решением совместно с нейрохирургом вопроса о целесообразности срочной операции. Отсутствие связи боли с движением, сохранение ее в ночное время, наличие в анамнезе злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции, применения иммунодепрессантов, внутривенных введений, беспричинное снижение массы тела, лихорадка и ночной гипергидроз, возраст больного менее 20 и старше 50 лет требуют проведения дополнительных методов исследования уже при первом обращении с целью исключения прежде всего инфекционного и опухолевого поражения позвоночника. Во всех перечисленных случаях необходимо выполнить рентгенографию позвоночника в прямой и боковой проекциях, общий анализ крови и мочи, а при подозрении на остеомиелит, эпидуральный абсцесс и поражение корешков конского хвоста – дополнительно КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Компрессионный перелом позвоночника чаще отмечается при травмах, остеопорозе (длительном использовании глюкокортикоидов – ГК – и у пациентов старше 50 лет). В таблице приведены рекомендации по направлению пациента на обследование врачом общей практики [7].

Ведение пациентов с острой болью в пояснично-крестцовой области

Оптимальная тактика ведения пациента с острой болью в пояснично-крестцовой области, основанная на прин-

ципах доказательной медицины, сводится к нескольким положениям: 1) информирование пациента о доброкачественной природе заболевания; 2) исключение постельного режима; 3) разъяснение необходимости сохранять нормальную активность; 4) обучение правильному подъему тяжестей и поддержанию осанки; 5) направление на мануальную терапию и лечебную физкультуру для возвращения к нормальному уровню двигательной активности; 6) назначение доказанного эффективного медикаментозного лечения.

Информирование пациента заключается в 3–5 ключевых позициях: хороший прогноз; отсутствие необходимости в проведении рентгенографии, так как нет признаков потенциально опасной патологии; связь боли с мышцами, связками, диском и суставами; необходимость сохранять активность. Желательно снабдить пациента краткой памяткой, содержащей указанные утверждения.

Что касается использования нелекарственных методов лечения острой боли в спине, то мануальная терапия рекомендуется пациентам, не вернувшимся к нормальному уровню повседневной активности. При этом оптимальные сроки проведения мануальной терапии варьируют. В целом мануальная терапия при скелетно-мышечной боли в спине, проводимая квалифицированным специалистом, является безопасным методом. Мануальная терапия в Великобритании включает манипуляции на позвоночнике (пассивные движения в суставах в рамках предельной амплитуды), мобилизацию (движения в суставе в пределах нормальной амплитуды) и массаж. Мобилизация и массаж проводятся разными специалистами, манипуляции – хиропрактиками, остеопатами (эти специалисты не являются врачами и зарегистрированы в специализированной организации – General Osteopathic Council, или General Chiropractic Council). Манипуляции могут выполняться и врачами, прошедшими специальное обучение в рамках последилового образования. Мануальная терапия в качестве бесплатного лечения в подразделениях Национальной системы здравоохранения широко не доступна. Большинство пациентов обращаются к специалистам по мануальной терапии частным образом. Стоимость лечения варьирует, составляя в среднем 35–50 фунтов стерлингов за 30–40-минутный сеанс у остеопата и 20–35 фунтов стерлингов за 30-минутный сеанс у хиропрактика. При этом направление от врача общей практики для посещения мануального терапевта необязательно. Часть пациентов с болью в спине обращаются к этим специалистам самостоятельно.

Специальные упражнения при острой боли в пояснично-крестцовой области не назначают. Мультидисциплинарные программы лечения применяются у работающих пациентов с подострой болью в спине и ограничением активности >4–8 нед. Обычно они включают образовательную программу («школа боли в спине»), лечебную физкультуру, адаптацию условий труда, поведенческую психотерапию [5].

При острой боли в спине не доказана эффективность вытяжения позвоночника, чрескожной электрической нейростимуляции. Из-за недостаточности доказательной базы в программу лечения пациента с острой болью в поясничной области нецелесообразно включать физиотерапию, ношение согревающего пояса, психотерапию, массаж. Имеется слабая доказательность эффективности акупунктуры при острой боли в пояснично-крестцовой области.

При необходимости в обезболивании при острой боли в спине в качестве средства первого выбора, согласно рекомендациям Национального института повышения стандартов здравоохранения и социальной помощи, назначается парацетамол [4]. При недостаточной эффективности регулярного приема парацетамола (а также принимая во внимание риск развития побочных явлений и предпочтения пациента) могут быть использованы нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и/или слабые опиоиды. Если начато лечение НПВП, пациентам старше 45 лет необходимо дополнительно назначить ингибитор протонной помпы (выбор последнего определяется наименьшей стоимостью) [8].

Эффективным НПВП для лечения острой боли в спине является мелоксикам. Сравнительное исследование эффективности мелоксикама, назначаемого внутривенно в дозе 15 мг в течение 1-х суток с последующим пероральным приемом 15 мг в течение 1 нед, у пациентов с острой люмбагией показало его преимущество в отношении анальгетического эффекта и безопасности со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по сравнению с диклофенаком, назначаемым в дозе 100 мг внутримышечно в течение 1 сут с последующим пероральным приемом в течение 7 дней в дозе 100 мг [9]. Сравнительное рандомизированное мультицентровое исследование эффективности и безопасности 15 мг мелоксикама и 20 мг пироксикама (оба препарата назначали в 1-е сутки внутримышечно с последующим приемом перорально в течение 1 нед) выявило меньшую частоту нежелательных явлений со стороны ЖКТ в группе, получавшей мелоксикам, что, возможно, обусловлено селективностью ингибирования циклооксигеназы 2-го типа [10]. В ряде открытых российских исследований также показана хорошая эффективность и переносимость мелоксикама при лечении пациентов как с острой, так и с хронической болью в спине [11–13].

Мелоксикам (мовалис) обычно назначают внутрь, во время еды, в дозе 7,5–15 мг 1 раз в сутки. В первые несколько дней возможно внутримышечное введение препарата, в последующем обычно переходят на пероральный прием. В последнее время используется мовалис в виде суспензии по 5 мл внутрь (7,5 мг), при этом быстро достигается максимальная концентрация препарата в крови и наблюдается эффективное обезболивающее действие. Прием суспензии актуален в тех случаях, когда пациенты испытывают проблемы с употреблением твердых лекарственных форм (таблеток), не имеют возможности сделать инъекцию. Многие пациенты получают дополнительный эффект, потому что

страдают заболеваниями суставов (артрозом или другими болезнями).

Согласно современным клиническим рекомендациям, миорелаксанты, как бензодиазепиновые (диазепам, тетразепам), так и небензодиазепиновые (tizанидин, толперизон, баклофен, циклобензаприн, флупиртин и др.) производные, целесообразно назначать коротким курсом в виде монотерапии или в сочетании с парацетамолом и НПВП при недостаточной эффективности последних. Основными побочными эффектами, ограничивающими применение миорелаксантов, являются сонливость и головокружение [5].

Таким образом, в большинстве случаев острая боль в спине самостоятельно проходит в течение короткого времени, оптимальным считается активный подход к лечению. При необходимости обезболивания используют НПВП и парацетамол. Пациентам, у которых не отмечается улучшения состояния в течение 4 нед лечения, необходимы повторный скрининг на маркеры «потенциально опасных» заболеваний позвоночника, а также определение признаков психосоциального неблагополучия и коррекция терапии с учетом выявленных нарушений.

Ведение пациентов с подострой и хронической болью

Более подробно в клинических рекомендациях для врачей общей практики Национального института повышения стандартов здравоохранения и социальной помощи Великобритании обсуждается тактика ведения пациентов с болью в спине длительностью >6 нед, но <1 года [4]. Предлагается регулярное повторное рассмотрение правильности диагноза «неспецифическая боль в спине» для исключения возможных специфических причин. При этом рентгенография позвоночника не применяется, а МРТ назначается при рассмотрении вопроса о направлении пациента на стабилизирующее хирургическое вмешательство или в случаях предполагаемого опухолевого, инфекционного, воспалительного, травматического поражения позвоночника, синдроме поражения корешков конского хвоста. Информирование пациента, как и при острой неспецифической боли в спине, включает разъяснение доброкачественной природы заболевания, совет поддерживать, насколько это возможно, нормальную активность и выполнять комплекс упражнений. При определении оптимальной тактики лечения рекомендуется принимать во внимание индивидуальные предпочтения и ожидания пациента (однако нужно учитывать, что они не всегда могут обеспечить лучший результат). В рекомендациях Национального института повышения стандартов здравоохранения и социальной помощи имеются разъяснения основных положений для пациентов. При выборе оптимального немедикаментозного лечения рекомендуется начинать с одной из опций: со структурированной программы физических упражнений, мануальной терапии или акупунктуры. Программа физических упражнений (проводится бесплатно для пациентов Национальной системы здравоохранения) может включать до 8 сессий на протяжении до 12 нед. Занятия в группе до 10 человек под наблюдением инструктора с индивидуально подобранной для пациента программой более предпочтительны, чем индивидуальные занятия. Упражнения могут включать аэробную гимнастику, растяжение и укрепление мышц, увеличение амплитуды

ды движений и улучшение осанки. Мануальная терапия состоит минимум из 9 сеансов в течение не более 12 нед, а акупунктура — примерно из 10 сеансов на протяжении до 12 нед. Если выбранный метод нелекарственной терапии оказывается недостаточно эффективным, предлагается другой ее вариант. Необходимо отметить, что для пациентов со скелетно-мышечными болевыми синдромами длительность ожидания физиотерапевтического лечения в рамках Национальной системы здравоохранения составляет 6–8 нед (наименьшая — 1 нед, наибольшая — от 30 до 40 нед) [14].

При подострой и хронической боли в спине рекомендуется регулярный прием парацетамола. Если у пациента сохраняется болевой синдром, добавляют НПВП (в сочетании с ингибиторами протонной помпы у лиц старше 45 лет) и/или слабые опиоиды (например, кодеин или дигидрокодеин), принимая во внимание риск развития зависимости от опиоидов и побочные эффекты. При неэффективности других лекарственных препаратов рекомендуется назначение трициклических антидепрессантов, начиная с низких доз, постепенно повышая их до достижения терапевтического эффекта или развития неприемлемых побочных явлений. При выраженной интенсивности болевого синдрома иногда назначают более сильные опиоиды (трамадол, бупренорфин, диаморфин, оксикодон), однако их применяют коротким курсом, чтобы избежать развития лекарственной зависимости и побочных эффектов.

Пациентам с неспецифической болью в спине, длительностью от 1,5 мес до 1 года, не рекомендуются вытяжение, ношение бандажа и корсета, физиотерапевтические воздействия (лазеротерапия, диатермия, лечение ультразвуком, термотерапия, чрескожная электрическая стимуляция), применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина для уменьшения интенсивности боли и инъекции лекарственных препаратов в пояснично-крестцовую область. При отсутствии положительного эффекта лечения, если пациент получил один курс нелекарственной терапии, рекомендуется направить его на комбинированную терапию, включающую методы немедикаментозного физического лечения и психотерапию. Программа состоит минимум из 100 ч занятий на протяжении до 8 нед и включает лечебную физкультуру и когнитивно-поведенческую психотерапию. Если комбинированная терапия также не приводит к положительному результату и пациент страдает от выраженного болевого синдрома, рассматривается вопрос о направлении его на стабилизирующую операцию на позвоночнике. При наличии у пациента выраженных эмоциональных нарушений проводится их лечение; пациент получает подробную информацию о рисках, связанных с операцией.

Стимуляция зоны иннервации периферического нерва (peripheral nerve field stimulation — PNFS) при неспецифической боли в спине из-за недостатка данных об ее эффективности и безопасности может выполняться только при соблюдении специальных процедур клинического контроля, информированном согласии пациента. Пациент может быть направлен на этот вид лечения по решению мультидисциплинарного консилиума, в состав которого входят специалист в области лечения хронической боли и нейрохирург. Пациента, как правило, заносят в национальную базу данных по нейромодуляции, и эти данные могут использоваться для дальнейшей оценки эффективности лечения [15].

Поскольку у пациентов с неспецифической болью в спине результаты чрескожной внутривидиальной электротермальной терапии и чрескожной дисковой декомпрессии с аблацией противоречивы, проведения этих процедур сопряжено с особыми юридическими условиями (аудит, оценка результатов и информирование пациента) [16, 17]. Чрескожная внутривидиальная лазерная абляция может проводиться при соблюдении процедур контроля ограниченной группе пациентов с выраженным болевым синдромом, рефрактерным к консервативному лечению, у которых нет неврологических нарушений, требующих проведения корешковой декомпрессии, а по данным МРТ выявляется выпячивание интактного диска [18]. Клинические рекомендации Национального института повышения стандартов здравоохранения и социальной помощи по тактике ведения пациентов с неспецифической болью в спине совершенствуются с учетом новых данных об эффективности лечения этого состояния, стратификации помощи пациентам с различным риском хронизации, а также критических замечаний, особенно со стороны ключевых британских профессиональных организаций, таких как Британское общество боли (British Pain Society) и факультет медицины боли Королевского колледжа анестезиологов (Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists), призывавших даже к их отзыву [19]. В частности, на основании данных исследования, проведенного в университете Киль [20], рассматривается вопрос о включении стратифицированного подхода к лечению острой неспецифической боли в спине уже на этапе первичного обращения за медицинской помощью. Показано, что использование специального короткого опросника позволяет выявить пациентов с высоким риском хронизации болевого синдрома и уже на ранних этапах ведения успешно применять терапию, включающую комплексный мультидисциплинарный подход при наличии выраженных психосоциальных факторов риска и стандартную терапию (информирование и медикаментозная терапия) при низком риске хронизации боли. Англоязычная версия опросника и методы подсчета результата доступны на сайте университета: <http://www.keele.ac.uk/sbst/onlineetool>.

Тактика ведения пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией включает скрининг на признаки потенциально опасной патологии, как и в случае острой боли в спине, и дальнейшее обследование в соответствии с выявленными изменениями. Образовательная программа заключается в создании правильного представления о том, что радикулопатия связана с поражением корешка, обусловленным формированием грыжи диска, не является психологической проблемой и большинство пациентов поправляются в течение 6–12 нед. При длительном сохранении выраженных симптомов или при прогрессировании нарушений могут потребоваться консультация специалиста и проведение МРТ. Пациента также информируют о том, что при развитии симптомов поражения корешков конского хвоста требуется экстренная госпитализация. Большинство пациентов с радикулопатией лечатся амбулаторно. Они получают совет ограничить активность (но не прекращать ее полностью), выполнять движения более внимательно и медленно, чем обычно, быть максимально осторожными при подъеме тяжестей, избегать скручивающих движений. Рекомендуется применение локального воздействия холодом или теплом, использование небольших подушек для удобства сна — между коленями в положении

лежа на боку и под коленями в положении лежа на спине. Целесообразно возвращение к труду, не дожидаясь полного регресса болевого синдрома, однако нужно адаптировать условия труда к особенностям состояния пациента.

Лекарственная терапия включает назначение НПВП, парацетамола и опиоидов при интенсивном болевом синдроме. При наличии выраженного мышечного напряжения применяют бензодиазепины (диазепам) коротким (до 5 дней) курсом. Также назначают amitriptilin (при этом оформляется соответствующая документация, так как данное состояние не включено в показания по применению этого антидепрессанта) или прегабалин (габапентин — в зависимости от локального решения о выборе антиконвульсанта). Если в течение недели у пациента развивается или прогрессирует выраженный неврологический дефицит, его направляют на нейрохирургическое или ортопедическое (в зависимости от доступности) лечение в ближайшую неделю. При сохранении выраженного болевого синдрома и инвалидиза-

ции >1–2 нед пациенту предлагают физиотерапевтическое лечение и эпидуральные инъекции ГК (обычно их проводят в специализированных центрах). При сохранении выраженного болевого синдрома >6–8 нед, несмотря на медикаментозное и немедикаментозное лечение, пациента направляют на консультацию к специалисту по боли в спине или в службу помощи пациентам с радикулопатией (зависит от доступности) для решения вопроса о хирургическом лечении или эпидуральном введении ГК (если оно не выполнялось ранее). МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника проводится в случае рассмотрения вопроса о целесообразности операции. Рентгенография пациентам с радикулопатией не проводится. В идеале пациент должен быть осмотрен специалистом в течение 2 нед. Если хирургическое лечение оказалось недостаточно эффективным, пациента направляют на лечение с использованием мультидисциплинарного подхода или в специализированный противоболевой центр [21].

ЛИТЕРАТУРА

1. Rivero-Arias O, Gray A, Frost H, et al. Cost-utility analysis of physiotherapy treatment compared with physiotherapy advice in low back pain. *Spine*. 2006;31(12):1381–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000218486.13659.d5>.
2. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000;84(1):95–103. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00187-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00187-6).
3. Foster N, Hartvigsen J, Croft P. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Res Ther*. 2012;14(1):205. DOI:10.1186/ar3743.
4. National Institute for Health and Care Excellence (2009). Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. CG88 London: National Institute for Health and Care Excellence. Available from: <http://publications.nice.org.uk/low-back-pain-cg88>.
5. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine*. 2006;15 Suppl 2:169–91.
6. Savigny P, Kuntze S, Watson P, et al. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009. 235 p.
7. National Institute for Clinical Excellence. Acute low back pain referral advice A guide to appropriate referral from general to specialist services. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2001. 50 p.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults' CG59, London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG59>
9. Colberg K, Hettich M, Sigmund R, Degner FL. The efficacy and tolerability of an 8-day administration of intravenous and oral meloxicam: a comparison with intramuscular and oral diclofenac in patients with acute lumbago. *German Meloxicam Ampoule Study Group. Curr Med Res Opin*. 1996;13(7):363–77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1185/03007999609111556>.
10. Bosch HC, Sigmund R, Hettich M. Efficacy and tolerability of intramuscular and oral meloxicam in patients with acute lumbago: a comparison with intramuscular and oral piroxicam. *Curr Med Res Opin*. 1997;14(1):29–38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1185/03007999709113340>.
11. Шостак НА, Шеметов ДА. Эффективность и переносимость мелоксикама (мовалис) при синдроме болей в нижней части спины в сравнении с диклофенаком. Научно-практическая ревматология. 2001;41(1):63–7. [Shostak NA, Shemetov DA. Efficiency and shipping meloxicam (movalis) at a syndrome of pains in the lower part of a back in comparison with diclofenac. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2001;41(1):63–7. (In Russ.)]
12. Герасимова ОН, Парфенов ВА. Клинический опыт применения мелоксикама (Мовалис®) при неспецифической боли в спине и радикулопатии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012;(2):68–73. [Gerasimova ON, Parfenov VA. Clinical experience with meloxicam (Movalis®) in nonspecific back pain and radiculopathy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;(2):68–73. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2012-387>.
13. Алексеев ВВ, Подчуфарова ЕВ. Мелоксикам в лечении люмбоишиалгического синдрома. Боль. 2004;(2):49–53. [Alekseev VV, Podchufarova EV. Meloksikam in treatment of a lyumboishialgicheskyy syndrome. *Bol*. 2004;(2):49–53.]
14. Chartered Society of Physiotherapy: a survey of NHS physiotherapy waiting times, workforce and caseloads in the UK. 2010–2011. Available from: <http://www.csp.org.uk/publications/survey-nhs-physiotherapy-waiting-times-workforce-caseloads-uk-2010-2011>.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Peripheral nerve-field stimulation for chronic low back pain, Interventional procedure guidance 451. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013. Available from: <http://publications.nice.org.uk/peripheral-nerve-field-stimulation-for-chronic-low-back-pain-ipg451>
16. National Institute for Health and Care Excellence. Percutaneous intradiscal electrothermal therapy for low back pain Interventional procedure guidance 319. 2009. Available from: <http://publications.nice.org.uk/percutaneous-intradiscal-electrothermal-therapy-for-low-back-pain-ipg319>
17. National Institute for Health and Care Excellence. Percutaneous disc decompression using coblation for lower back pain. Interventional procedure guidance 173. 2006. Available from: <http://publications.nice.org.uk/percutaneous-disc-decompression-using-coblation-for-lower-back-pain-ipg173>
18. National Institute for Health and Care Excellence. Percutaneous intradiscal laser ablation in the lumbar spine. Interventional procedure guidance 357. 2010. Available from: <http://publications.nice.org.uk/percutaneous-intradiscal-laser-ablation-in-the-lumbar-spine-ipg357>
19. Wilson N, Pope C, Roberts L, et al. Governing healthcare: finding meaning in a clinical practice guideline for the management of non-specific low back pain. *Soc Sci Med*. 2014;(102):138–45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.055>.
20. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9802):1560–71. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9).
21. National Institute for Health and Care Excellence. Sciatica (lumbar radiculopathy). 2009. Available from: <http://cks.nice.org.uk/sciatica-lumbar-radiculopathy>

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.