

Парфенов В.А.¹, Яхно Н.Н.¹, Кукушкин М.Л.², Чурюканов М.В.^{1,3}, Давыдов О.С.⁴, Головачева В.А.¹,
Исайкин А.И.¹, Ачкасов Е.Е.¹, Евзиков Г.Ю.¹, Каратеев А.Е.⁵, Хабиров Ф.А.⁶, Широков В.А.⁷

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАН, Москва, Россия; ³ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия; ⁴ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия; ⁵ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ⁶Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия; ⁷ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

¹119021, Москва, ул. Россолимо, 11; ²125315, Москва, ул. Балтийская, 8; ³119991, Москва, Абрикосовский пер., 2; ⁴115419, Москва, ул. Донская, 43; ⁵115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ⁶420012, Казань, ул. Бутлерова, 36; ⁷620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3

Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ)

У пациента с острой поясничной болью (ПБ) проводят оценку жалоб и данных анамнеза, краткое соматическое и неврологическое обследование, определяют наличие симптомов опасности. Диагноз острой неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ основывается на исключении специфической причины боли (потенциально опасного заболевания), дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза. В случаях типичной скелетно-мышечной боли, отсутствия симптомов опасности не рекомендуются проведение рентгенографии, рентгеновской компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии в первые 4 нед заболевания. Целесообразность их выполнения рассматривается при сохранении ПБ сверх этого времени.

Пациент с острой неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ должен быть проинформирован о благоприятном исходе заболевания, необходимости сохранять физическую и социальную активность, избегать постельного режима, при возможности продолжать профессиональную деятельность. Для облегчения боли можно использовать нестероидные противовоспалительные препараты в минимально эффективных дозах и коротким курсом, а также миорелаксанты (средний уровень доказательности). Части пациентов целесообразно назначить мануальную терапию и массаж спины (низкий уровень доказательности).

Для предупреждения рецидивов ПБ рекомендуются образовательная программа (профилактика чрезмерных нагрузок, длительного пребывания в статических и неудобных позах, правильные способы подъема тяжестей и др.) и вне периода обострения – лечебная гимнастика.

Ключевые слова: острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль; рекомендации по диагностике, лечению и профилактике.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; hoxo.veronicka@gmail.com

Для ссылки: Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(2):4–11.

Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP)

Parfenov V.A.¹, Yakhno N.N.¹, Kukushkin M.L.², Churyukanov M.V.^{1,3}, Davydov O.S.⁴, Golovacheva V.A.¹, Isaikin A.I.¹, Achkasov E.E.¹, Evzikov G.Yu.¹, Karateev A.E.⁵, Khabirov F.A.⁶, Shirokov V.A.⁷

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

²Research Institute of General Pathology and Pathophysiology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia;

³Acad. B.V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery, Moscow, Russia; ⁴Z.P. Solovyov Research and Practical Center of Psychoneurology, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia; ⁵V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia;

⁶Kazan State Medical Academy, Branch, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia; ⁷Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

¹11, Rossolimo St., Moscow 119021; ²8, Baltiyskaya St., Moscow 125315; ³2, Abrikosovsky Lane, Moscow 119991; ⁴43, Donskaya St., Moscow 115419; ⁵34A, Kashirskoye Shosse, Moscow 115552; ⁶36, Butlerov St., Kazan 420012; ⁷3, Repin St., Yekaterinburg 620028

The examination of a patient with acute low back pain (LBP) includes the clarification of complaints and history data, brief physical and neurological examinations, and an assessment of danger symptoms. The diagnosis of acute nonspecific (musculoskeletal) LBP is based on the exclusion of a specific cause of pain (a potentially dangerous disease), discogenic radiculopathy, and lumbar spinal stenosis. If there is typical musculoskeletal pain and no danger symptoms, radiography, X-ray computed tomography, and magnetic resonance imaging are not recommended in the first 4 weeks of disease. Whether it is expedient to perform these techniques is considered when LBP persists over this time period. A patient with acute nonspecific (musculoskeletal) LBP should be informed about the favorable outcome of the disease and the need to maintain physical and social activities, to avoid bed rest, and, if possible, to continue professional activities. The lowest effective dose of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for short-term duration, as well as muscle relaxants (the medium level of evidence) can be used to relieve pain. It is recommended that one should use an educational program (to prevent over-exercising and prolonged standing or sitting in static and awkward positions; to lift weights properly; etc.) to prevent recurrent LBP, as well as therapeutic exercises during a non-exacerbation period.

Keywords: acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain; guidelines for diagnosis, treatment, and prevention.

Contact: Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronicka@gmail.com

For reference: Parfenov VA, Yakhno N.N., Kukushkin ML, et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2018;10(2):4–11.

DOI: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11

1. Актуальность

Поясничная (пояснично-крестцовая) боль (ПБ) — одна из наиболее частых причин обращения к врачу [1–4]. Примерно 6–9% населения в течение года консультируются по поводу ПБ [5]. Выяснено, что 70–80% людей испытывали хотя бы один эпизод ПБ в течение жизни [6, 7], из них у 75% возникали рецидивы ПБ [8]. В мире 632 млн человек страдают ПБ [9]. По данным опроса, проведенного в поликлиниках Москвы, из 1300 пациентов 24,9% обратились в связи с ПБ, при этом в течение последнего года ПБ беспокоила более половины (52,9%) опрошенных [10]. Согласно данным исследования «МЕРИДИАН», проходившего в 61 городе России, практически каждый второй пациент обращается в поликлинику в связи с наличием боли, при этом в половине случаев присутствует жалоба на боль в спине, данная категория пациентов максимально часто встречается на приемах у неврологов и терапевтов [11].

ПБ занимает первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю, отражающему количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [12, 13].

В настоящее время разработано несколько национальных и международных рекомендаций по ведению пациентов с ПБ, основанных на результатах большого числа рандомизированных исследований (к апрелю 2009 г. таких исследований было 958) [14]. В 2010 г. опубликован сравнительный анализ нескольких национальных и международных рекомендаций, вышедших с 2000 по 2008 г. [15–27], который показал идентичность основных позиций методов обследования и лечения пациентов [14]. Недавно опубликованы рекомендации экспертов из Канады [28], Великобритании [29], Дании [30] и США [31]. Канадские эксперты в 2017 г. проанализировали четыре методологически качественных руководства [21, 32–34] и также пришли к выводу, что рекомендации по диагностике и лечению острой боли в спине совпадают по основным положениям [28].

2. Определение и факторы риска

ПБ — боль, которая локализуется между двенадцатой парой ребер и ягодичными складками [31]. К острой боли в спине относят все случаи, при которых длительность боли не превышает 4 нед. ПБ продолжительностью от 4 до 12 нед считается *подострой*.

ПБ расценивается как *неспецифическая* (скелетно-мышечная), если не обнаруживается компрессия спинномозгового корешка (радикулопатия), корешков конского хвоста, а также нет специфических причин боли: перелома позвонков, опухоли, инфекционного поражения, спондилоартрита или других заболеваний, которые могут приводить к развитию ПБ [35]. В МКБ-10 неспецифическая боль в спине соответствует рубрикам М.54.5 — Боль внизу спины (люмбалгия) [36].

Скелетно-мышечная боль представляет собой основную (в 90–95%) причину острой ПБ [37]. В качестве наиболее частых анатомических источников скелетно-мышечной боли в спине выделяют: межпозвоночный диск, фасеточные суставы, крестцово-подвздошные суставы, мышцы спины и связки [37, 38]. Поражение крестцово-подвздошного или фасеточных (дугоотростчатых) суставов возможно вследствие патологических изменений, аналогичных тем, которые происходят в других периферических суставах при остеоартрите. При неспецифической (скелетно-мышечной) боли во многих случаях не удается установить подлинный источник боли; более того, не доказано, что точное его определение улучшит течение и исход заболевания [25]. Поясничный остеохондроз представляет собой естественный процесс дегенерации (старения) структур позвоночника, наблюдается в разной степени у всех людей, существенно нарастает с возрастом, и не расценивается как причина скелетно-мышечной ПБ.

К факторам риска развития скелетно-мышечной боли в спине относят тяжелый физический труд, частые наклоны туловища, подъем тяжестей, а также сидячий образ жизни, вибрационные воздействия [39]. В группе риска находятся

Таблица 1. Симптомы опасности («красные флажки») при острой ПБ

Показатель	Симптомы опасности
Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет
Анамнез	Наличие недавней травмы спины; наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального устранения опухоли); необъяснимая потеря массы тела; длительное использование ГК; наркомания, ВИЧ-инфекция, иммунодепрессивное состояние; периодически возникающее плохое самочувствие
Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); необычная локализация боли (в грудной клетке, промежности, прямой кишке, животе, влагалище); связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым сношением
Симптомы, выявляемые при обследовании	Признаки интоксикации, лихорадка; структурная деформация позвоночника; неврологические нарушения, указывающие на поражение корешков конского хвоста или спинного мозга

Примечание. ГК – глюкокортикоиды.

лица, чей труд или физические занятия связаны с подъемом тяжестей или неадекватными для позвоночника «скручивающими» нагрузками (грузчики, гимнасты, теннисисты, горнолыжники, слесари и др.), при этом большое значение имеет фактор постоянной и часто незначительной травмы суставно-связочного аппарата и мышц при неловких движениях, подъеме тяжестей. В группу риска также входят люди, которые вынуждены длительно находиться в статическом напряжении, длительном сидячем положении (профессиональные водители, офисные работники).

3. Обследование

Обследование пациента с острой ПБ направлено на исключение серьезных потенциально опасных (специфических) заболеваний, которые встречаются сравнительно редко – примерно в 1–10% случаев среди причин первичного обращения за медицинской помощью [25, 40, 41]. Среди них преобладают перелом позвоночника, злокачественные новообразования, повреждающие позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), деструкция позвонков и поражение спинномозговых корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит). Реже встречаются дисметаболические нарушения костной ткани (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), опухоль корешков конского хвоста, сирингомиелия или другие неврологические заболевания, патология органов таза (простатит, эндометриоз), брюшинного пространства (аневризма аорты, нефролитиаз, пиелонефрит) и брюшной полости (панкреатит, холестит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) и др.

Исключение или предположение о специфической причине ПБ основывается на анализе жалоб, истории заболевания, кратком соматическом и неврологическом обследовании, которое направлено на выявление симптомов опасности, или «красных флажков» (табл. 1).

Если локализация боли и (или) другие симптомы указывают на возможность заболевания органов малого таза, пациента должен проконсультировать специалист (уролог, проктолог, гинеколог). Соматическое обследование направлено на обнаружение злокачественных новообразований, инфекционных процессов и заболеваний, которые могут проявляться болью. Оно включает выявление лихорадки, похудания, изменения кожных покровов, аускультацию легких, пальпацию брюшной полости и лимфатических узлов. При осмотре кожи можно увидеть признаки опоясывающе-

го герпеса, вызывающего боль в спине. Ортопедическое обследование позволяет оценить физиологические изгибы позвоночника, длину ног и положение таза (возможность асимметрии), выявить сколиоз, определить объем подвижности в различных отделах позвоночника и суставах таза, напряжение мышц спины и их болезненность при пальпации.

При неврологическом обследовании ведущее значение имеют обнаружение парезов, нарушений чувствительности, исследование коленных, ахилловых и подошвенных рефлексов. При наличии признаков радикулопатии (парезы, нарушения чувствительности, снижение или утрата рефлексов) и (или) поражения корешков конского хвоста (тазовые расстройства) показана экстренная консультация невролога.

На основании определенных признаков можно предположить конкретное заболевание и провести дополнительные исследования (табл. 2).

Пациентам молодого и среднего возраста (18–50 лет), у которых нет признаков опасного заболевания («красных флажков») и имеется типичная клиническая картина неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ, не требуются дополнительные методы обследования [25, 42, 43]. Таким больным не следует экстренно проводить рентгенографию, рентгеновскую КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника. Если диагностируется неспецифическая (скелетно-мышечная) боль, нет признаков опасного заболевания, то не показаны инструментальные обследования в течение 4 нед с момента развития боли [37, 44] (табл. 3).

Проведение рентгенографии, КТ или МРТ у пациентов со скелетно-мышечной ПБ не улучшает прогноз заболевания, не влияет на развитие осложнений и хронизацию процесса, при этом неоправданно увеличиваются стоимость обследования, беспокойство пациента и частота хирургических вмешательств [45]. Важно объяснить пациенту отсутствие необходимости в выполнении этих исследований [46].

Если у пациента не наблюдается облегчения боли в спине при адекватном лечении в течение 4 нед, выполняют повторное обследование для исключения специфической причины заболевания, оценки факторов хронизации боли.

4. Клиническая картина, течение, диагноз и прогноз

Для неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ характерно появление после физической нагрузки, неловкого движения или длительного пребывания в неудобном по-

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Таблица 2. *Некоторые симптомы опасности, их возможные причины и врачебная тактика у пациентов с острой ПБ*

Симптомы опасности	Возможные причины боли	Врачебная тактика
Злокачественное новообразование в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; возраст старше 50 лет; появление или усиление боли в покое, в ночное время	Злокачественное новообразование	Рентгенография, КТ или МРТ позвоночника, в части случаев – скintiграфия позвоночника, консультация онколога
Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков	Инфекционное поражение позвонков или дисков	КТ или МРТ позвоночника
Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности	Синдром поражения корешков конского хвоста	КТ или МРТ позвоночника, консультация невролога, нейрохирурга
Наличие признаков остеопороза, прием ГК, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины	Компрессионный перелом позвоночника	Рентгенография, КТ или МРТ позвоночника, денситометрия
Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений и приема НПВП	Спондилоартрит	Консультация ревматолога
Наличие пульсирующего образования в брюшной полости	Аневризма брюшного отдела аорты	УЗИ, консультация хирурга
Выраженная или нарастающая слабость в ногах	Грыжа диска и (или) поясничный стеноз	КТ или МРТ позвоночника, консультация невролога, нейрохирурга

Примечание. КТ – компьютерная томография; МРТ – магнитно-резонансная томография; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

Таблица 3. *Краткие рекомендации по обследованию пациентов с острой неспецифической ПБ*

Обследования	Рекомендации
Объем обследования	Сбор жалоб и анамнеза, краткое соматическое и неврологическое обследование
Задача первого обследования	Исключение специфического (серьезного) заболевания, установление неспецифической (скелетно-мышечной) боли или дискогенной радикулопатии либо поясничного стеноза
Инструментальные методы обследования (рентгенография, КТ, МРТ и др.)	Не используются в типичных случаях неспецифической боли, рекомендуются для исключения специфической причины боли при наличии симптомов опасности («красных флажков»)

ложении. Обычно боль носит ноющий характер различной интенсивности, усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника, определенных позах, ходьбе, ослабевает в покое. Как правило, боль не распространяется на живот, промежность, половые органы. При неврологическом обследовании отсутствуют признаки радикулопатии и других неврологических заболеваний (парезы, расстройства чувствительности, утрата рефлексов, тазовые нарушения и др.).

Диагноз острой скелетно-мышечной ПБ основывается на жалобах пациента, данных анамнеза, соматического и неврологического обследований, исключающих специфическое заболевание, дискогенную радикулопатию и поясничный стеноз. Не требуется проведение лабораторных или инструментальных обследований для подтверждения типичных случаев острой неспецифической ПБ.

В большинстве случаев острая неспецифическая (скелетно-мышечная) ПБ имеет благоприятный прогноз [47], ее интенсивность значительно уменьшается в течение 1–3 нед [48], полностью регрессирует в течение нескольких недель (в 90% случаев – до 6 нед) [25, 37]. При дискогенной боли ее регресс обычно вызван естественным уменьшением размеров грыжи диска и связанных с ней воспалительных изме-

нений. После первого эпизода острой ПБ у трети пациентов она повторяется в течение года [29].

У 40% пациентов с острой ПБ происходит хронизация болевого синдрома [49]. Хронизации боли в спине способствуют длительный постельный режим, чрезмерное ограничение физической активности, «болевого» тип личности, эмоциональные расстройства (депрессия, тревожное расстройство), аггравация симптомов или «рентное» отношение к болезни [1, 21].

Пациенты, у которых были выполнены рентгенография, КТ или МРТ и при этом получена информация о наличии изменений, например грыж межпозвоночных дисков, имеют худший прогноз восстановления, чем те пациенты, которым не проводили инструментальных обследований.

5. Лечение

Нелекарственные методы ведения пациентов играют ведущую роль при острой неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ. Необходимость информирования пациента о причинах острой неспецифической ПБ и ее благоприятном прогнозе, сохранении активности и избегании постельного режима отмечается во всех рекомендациях экспертов [21, 28–34]. В случае дискогенной природы ПБ следует сооб-

Таблица 4. Рекомендации по лечению острой скелетно-мышечной ПБ

Рекомендации	
Информация для пациента	Доброкачественный характер заболевания, высокая вероятность быстрого выздоровления
Рекомендации пациенту	Избегание постельного режима, сохранение активного образа жизни, социальной и бытовой активности, при возможности продолжение работы
Лекарственная терапия для уменьшения боли	Назначение НПВП и миорелаксантов
Нелекарственная терапия	Мануальная терапия, если неэффективна лекарственная терапия в течение 2 нед

шить пациенту о возможности естественного регресса грыжи диска [50–55] (табл. 4).

Информирование пациента о причинах острой неспецифической ПБ, благоприятном прогнозе, ожидаемом регрессе боли и полном возвращении к прежней повседневной активности — первый значимый этап лечения острой неспецифической ПБ, который предупреждает катастрофизацию боли и способствует скорейшему выздоровлению [21, 28–34].

Сохранение активного образа жизни и при возможности продолжение работы — следующий ключевой этап эффективного лечения острой неспецифической ПБ. Длительное снижение профессиональной, социальной и бытовой активности ухудшает прогноз [56].

Постельный режим не показан при острой скелетно-мышечной ПБ, так как ухудшает основные показатели течения заболевания: длительность сохранения боли, время возвращения к прежней физической активности [21, 55]. Если пациент вследствие интенсивной боли вынужден лежать, продолжительность постельного режима не должна превышать 2 дней, более длительный постельный режим ухудшает течение заболевания [14]. Целесообразно разъяснить пациенту, что он может соблюдать недлительный постельный режим при интенсивной боли, но это — способ уменьшить боль, а не метод лечения.

Образовательная программа (школа) целесообразна (низкий уровень доказательности), если есть возможность ее проведения [14, 21]. Нет оснований рекомендовать пациентам с ПБ спать на жесткой поверхности: жестком матрасе, полу, шите и т. п.

Лечебная гимнастика не имеет убедительных доказательств эффективности в течение первых 4 нед скелетно-мышечной ПБ [21, 25, 30].

Вытяжение, иглорефлексотерапия, различные методы физиотерапевтического лечения, ношение специальных поясов и корсетов ортопедических стелек и обуви не имеют убедительных доказательств эффективности при острой неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ [14, 28–30, 56].

Мануальная терапия — возможный метод лечения при острой неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ с умеренной степенью эффективности [57, 58]. Применение этого метода рекомендуется в тех случаях, когда стандартное лечение (информирование пациента, сохранение активного образа жизни, назначение НПВП) не привело к улучшению

состояния или пациент не смог вернуться к активному образу жизни [28].

Массаж мышц спины не имеет убедительных доказательств эффективности в лечении острой неспецифической боли в спине [29, 31]. Отмечается, что сочетание массажа мышц спины со стандартной терапией превосходит применение стандартной терапии у пациентов с подострой болью в спине по кратковременному облегчению боли (низкий уровень доказательности) [59].

Хирургическое лечение (удаление грыжи диска) не имеет преимуществ перед консервативной терапией, даже в случаях острой дискогенной ПБ, и не рекомендуется при острой скелетно-мышечной ПБ.

НПВП рекомендуются при острой скелетно-мышечной ПБ (средний уровень доказательности) [25, 60]. Преимущество НПВП перед плацебо доказано в отношении уменьшения боли и незначительного ускорения выздоровления [61].

В настоящее время не установлено достоверного превосходства какого-либо одного НПВП над другими в отношении облегчения неспецифической (скелетно-мышечной) ПБ [61, 62]. Селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 (ЦОГ2) более безопасны в отношении возможного поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [63]. К преимущественно селективным НПВП относятся мелоксикам, ацеклофенак и нимесулид, к высокоселективным — целекоксиб, эторикоксиб (коксибы). Эторикоксиб рекомендован при боли в спине, вызванной остеоартритом суставов позвоночника.

Назначение селективных ингибиторов ЦОГ2, коксибов, более обосновано при наличии высокого риска побочных эффектов со стороны ЖКТ. В отношении риска побочных эффектов со стороны ЖКТ нет преимуществ высокоселективных НПВП над умеренно селективными НПВП, среди которых хороший профиль безопасности имеют мелоксикам и ацеклофенак. Ингибиторы протонной помпы — препараты выбора при риске осложнений со стороны ЖКТ на фоне приема НПВП.

В целом НПВП рекомендуются (при отсутствии противопоказаний) в минимальной эффективной дозе и на короткий срок с учетом возможных осложнений (со стороны ЖКТ, печени, почек, сердечно-сосудистой системы), возраста пациента; при необходимости назначаются гастропротективные препараты [29].

Миорелаксанты рекомендуются для ослабления боли при острой скелетно-мышечной ПБ (средний уровень дока-

зательности). Их эффективность отмечена в плацебоконтролируемых исследованиях [60, 64]. Нет доказательств преимущества одного миорелаксанта перед другими в отношении уменьшения скелетно-мышечной ПБ [31]. Комбинация миорелаксанта и НПВП может быть эффективнее монотерапии НПВП в облегчении боли [65–67]. Добавление миорелаксанта к НПВП рекомендуется при неэффективности монотерапии НПВП [28].

Парацетамол малоэффективен в качестве обезболивающего средства при острой скелетно-мышечной ПБ [68, 69], возможно его использование для усиления действия НПВП [29].

Другие обезболивающие средства могут быть назначены при острой скелетно-мышечной ПБ, если нет противопоказаний к их применению (низкий уровень доказательности).

Введение анестетиков, ГК в мышцы и связки, в область фасеточных суставов, крестцово-подвздошное сочленение или эпидуральное пространство не рекомендуется даже в тех случаях, когда предполагается конкретная причина острой ПБ [14, 31].

Таким образом, если врач диагностирует острую неспецифическую (скелетно-мышечную) ПБ, следует в простой форме рассказать пациенту о хорошем прогнозе, отсутствии необходимости в проведении рентгенографии, КТ

или МРТ позвоночника. Важно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания, высокой вероятности быстрого выздоровления, необходимости сохранения активного образа жизни, социальной, профессиональной и бытовой деятельности. Для уменьшения боли можно использовать НПВП и миорелаксанты.

6. Профилактика

Для профилактики повторных обострений большое значение имеют: 1) избегание чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения; 2) исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.); 3) регулярные занятия лечебной гимнастикой, плавание, пешие прогулки [70].

В целом эффективны образовательная программа (профилактика чрезмерных нагрузок, длительного пребывания в статических и неудобных позах, правильные способы подъема тяжестей и др.) и лечебная гимнастика [71]. Все другие методы, например ношение защитного пояса или прием хондропротекторов либо других лекарственных средств, не доказаны как эффективные для профилактики боли в спине [28–31].

Внедрение рекомендаций в клиническую практику способно существенно улучшить состояние многих пациентов и уменьшить экономический ущерб, связанный с нетрудоспособностью вследствие острой скелетно-мышечной ПБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва; 2010. 368 с. [Podchufarova EV, Yakhno NN. *Bol' v spine* [Back pain]. Moscow; 2010. 368 p.]
2. Яхно НН, редактор. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. Клинические рекомендации. 2-е изд. Москва: ИМА-ПРЕСС; 2014. 72 с. [Yakhno NN, editor. *Bolevoi sindrom: patofiziologiya, klinika, lechenie. Klinicheskie rekomendatsii* [Pain syndrome: pathophysiology, clinic, treatment. Clinical guidelines]. 2nd edition. Moscow: IMA-PRESS; 2014. 72 p.]
3. Яхно НН. Неврология боли. Российский журнал боли. 2014;(2):3-5. [Yakhno NN. Neurology of pain. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2014;(2):3-5. (In Russ.)]
4. Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. Москва: ИМА-ПРЕСС; 2016. 104 с. [Parfenov VA, Isaikin AI. *Bol' v nizhnei chasti spiny: mify i realnost'* [Low back pain: myths and reality]. Moscow: IMA-PRESS; 2016. 104 p.]
5. Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, et al. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2010 Jul 2;11:144. doi: 10.1186/1471-2474-11-144.
6. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998 Sep 1;23(17):1860-6; discussion 1867.
7. Walker BF. The prevalence of low back pain: A systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord*. 2000 Jun;13(3):205-17.
8. McIntosh G, Hall H. Low back pain (acute). *BMJ Clin Evid*. 2011 May 9;2011. pii: 1102.
9. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163-96. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
10. Эрдес ШФ. Неспецифическая боль в нижней части спины. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. Москва; 2008. 70 с. [Erdes ShF. *Nespetsificheskaya bol' v nizhnei chasti spiny. Klinicheskie rekomendatsii dlya uchastkovykh terapevtov i vrachei obshchei praktiki* [Non-specific low back pain. Clinical guidelines for primary care physicians and general practitioners]. Moscow; 2008. 70 p.]
11. Яхно НН, Кукушкин МЛ, Чурюканов МВ, Сыроевигин АВ. Результаты открытого мультицентрового исследования «МЕРИДИАН» по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей. Российский журнал боли. 2012;(3):10-4. [Yakhno NN, Kukushkin ML, Churyukanov MV, Syroevigin AV. The results of open multicenter study «MERIDIAN» to assess the prevalence of pain syndromes in outpatient practice and therapeutic preferences of doctors. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2012;(3):10-4. (In Russ.)]
12. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4. Epub 2015 Jun 7.
13. Давыдов ОС. Распространенность болевых синдромов и их влияние на качество жизни в мире и в России по данным исследования глобального бремени болезней за период с 1990 по 2013 год. Российский журнал боли, 2015; 3-4:5-12. [Davydov OS. Prevalence of pain syndromes and their impact on the quality of life in the world and in Russia according to the study of the global burden of disease for the period from 1990 to 2013. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2015; 3-4:5-12. (In Russ.)]
14. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. 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. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y. Epub 2010 Jul 3.
15. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante. Guidelines department, diagnosis and management of acute low back pain (3 months) with or without sciatica & diagnosis, management and follow-up of

- patients with chronic low back pain. Paris; 2000. www.anaes.fr or www.sante.fr
16. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence-based management of acute musculoskeletal pain. Bowen Hills: Australian Academic Press; 2003.
17. The Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO). Clinical guideline for non-specific low back pain. 2003.
18. National Health Committee. National Advisory Committee on Health and Disability, Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation. New Zealand Acute Low back pain Guide. Wellington; 2004.
19. Spain, the Spanish Back Pain Research Network. Guia de practica clinica. Lumbalgia Inespecifica. Version espnola de la Guia de Practica Clinica del Programa Europeo COST B13. 2005.
20. Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, et al. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Eura Medicophys*. 2006 Jun;42(2):151-70.
21. Van Tulder MW, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2: S169-91.
22. Drug Committee of the German Medical Society. Recommendations for treatment of low back pain. Koln; 2007.
23. Friedrich M, Likar R. Evidence and consensus based Austrian guidelines for management of acute and chronic nonspecific backache. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(5-6):189-97.
24. Rossignol M, Arsenault B, Dionne C, et al. Clinic on lowback pain in interdisciplinary practice (clip) guidelines. 2007. <http://www.santpub-mtl.qc.ca/clip>
25. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):478-91.
26. Laerum E, Storheim K, Brox JI. New clinical guidelines for low back pain. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007 Oct 18;127(20):2706.
27. Malmivaara A, Erkintalo M, Jousimaa J, et al. Aikuisten alaselkäsairaudet. (Low back pain among adults. An update within the Finnish Current Care guidelines). Working group by the Finnish Medical Society Duodecim and the Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis. *Fenniae*. Duodecim 2008;124:2237-9
28. Wong J, Cote P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017 Feb;21(2):201-216. doi: 10.1002/ejp.931. Epub 2016 Oct 6.
29. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. Clinical Guidelines. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016. www.nice.org.uk/guidance/ng5
30. Stochkendahl M J, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018 Jan;27(1):60-75. doi: 10.1007/s00586-017-5099-2. Epub 2017 Apr 20.
31. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14.
32. Chou R, Loeser JD, Owens DK, et al; American Pain Society Low Back Pain Guideline Panel. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: An evidencebased clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 May 1;34(10):1066-77. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181a1390d.
33. Cutforth G, Peter A, Taenzer P. The Alberta health technology assessment (HTA) ambassador program: The development of a contextually relevant, multidisciplinary clinical practice guideline for non-specific low back pain: A review. *Physiother Can*. 2011 Summer;63(3):278-86. doi: 10.3138/ptc.2009-39P. Epub 2011 Aug 10.
34. Livingston C, King V, Little A, et al. Evidence-Based Clinical Guidelines Project. Evaluation and Management of Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline Based on the Joint Practice Guideline of the American College of Physicians and the American Pain Society (Salem, Oregon: Office for Oregon Health Policy and Research). 2011.
35. Bardin LD, King P, Maher CG Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust*. 2017 Apr 3;206(6):268-273.
36. World Health Organization. International statistical classification of disease and relation health problems. 10th ed. Geneva: World Health Organization; 1992.
37. Tavee JO, Levin KH. Low Back Pain. *Continuum (Minneapolis)*. 2017 Apr;23(2, Selected Topics in Outpatient Neurology):467-486. doi: 10.1212/CON.0000000000000449.
38. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 May 12;18(1):188. doi: 10.1186/s12891-017-1549-6.
39. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Dec;24(6):769-81. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002.
40. Henschke N, Kuijpers T, Rubinstein SM, et al. Injection therapy and denervation procedures for chronic low-back pain: a systematic review. *Eur Spine J*. 2010 Sep;19(9):1425-49. doi: 10.1007/s00586-010-1411-0. Epub 2010 Apr 29.
41. Roudsari B, Jarvik JG. Lumbar Spine MRI for Low Back Pain: Indications and Yield. *AJR Am J Roentgenol*. 2010 Sep;195(3):550-9. doi: 10.2214/AJR.10.4367.
42. Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, et al. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain*. 2014 Jul;18(6):755-65. doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00427.x. Epub 2013 Nov 26.
43. Andersen JC. Is Immediate Imaging Important in Managing Low Back Pain? *J Athl Train*. 2011 Jan-Feb;46(1):99-102. doi: 10.4085/1062-6050-46.1.99.
44. Hong JY, Son KS, Cho JH, Lee JH. An Updated Overview of Low Back Pain Management in Primary Care. *Asian Spine J*. 2017 Aug;11(4):653-660. doi: 10.4184/asj.2017.11.4.653. Epub 2017 Aug 7.
45. Jenkins HJ, Hancock MJ, Maher CG, et al. Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in the management of low back pain. *Eur J Pain*. 2016 Apr;20(4):573-80. doi: 10.1002/ejp.764. Epub 2015 Aug 18.
46. Balague F, Mannion AF, Pellise F, et al. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012 Feb 4;379(9814):482-91. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60610-7. Epub 2011 Oct 6.
47. Menezes Costa LC, Maher CG, Hancock MJ, et al. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ*. 2012 Aug 7;184(11):E613-24. doi: 10.1503/cmaj.111271. Epub 2012 May 14.
48. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 2008 Jul 7;337:a171. doi: 10.1136/bmj.a171.
49. Menezes Costa LC, Maher CG, McAuley JH, et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ*. 2009 Oct 6;339:b3829. doi: 10.1136/bmj.b3829.
50. Martinez-Quinones JV, Aso-Escario J, Consolini F, Arregui-Calvo R. Spontaneous regression from intervertebral disc herniation. Propos of a series of 37 cases. *Neurocirugia (Astur)*. 2010 Apr;21(2):108-17.
51. Chiu CC, Chuang TY, Chang KH, et al. The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2015 Feb;29(2):184-95. doi: 10.1177/0269215514540919. Epub 2014 Jul 9.
52. Macki M, Hernandez-Hermann M, Bydon M, et al. Spontaneous regression of sequestered lumbar discherniations: Literature review. *Clin Neurol Neurosurg*. 2014 May;120:136-41. doi: 10.1016/j.clineuro.2014.02.013. Epub 2014 Feb 25.
53. Mehmet T, Inci BA, Mustafa G, Adem Bozkurt A. Spontaneous Regression of Lumbar Disc Herniation After weight Loss: Case Report. *Turk Neurosurg*. 2015;25(4):657-61. doi: 10.5137/1019-5149.JTN.9183-13.1.
54. Yang X, Zhang Q, Hao X, et al. Spontaneous regression of herniated lumbar discs: Report of one illustrative case and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg*. 2016 Apr;143:86-9. doi: 10.1016/j.clineuro-

- ro.2016.02.020. Epub 2016 Feb 16.
55. Waddell G. The back pain revolution. Churchill Livingstone; 1998.
56. Oleske DM, Lavender SA, Andersson GB, Kwasny MM. Are back supports plus education more effective than education alone in promoting recovery from low back pain?: Results from a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Sep 1;32(19):2050-7.
57. Хабиров ФА. Руководство по клинической неврологии позвоночника. Казань: Медицина; 2006. 520 с. [Khabirov FA. *Rukovodstvo po klinicheskoi neurologii pozvonochnika* [Guidelines for clinical neurology of the spine]. Kazan': Meditsina; 2006. 520 p.]
58. Хабиров ФА, Хабирова ЮФ. Боль в шее и спине: руководство для врачей. Казань: Медицина; 2014. 504 с. [Khabirov FA, Khabirova YuF. *Bol' v shee i spine: rukovodstvo dlya vrachei* [Neck and back pain: a guide for doctors]. Kazan': Meditsina; 2014. 504 p.]
59. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, et al. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 1;(9):CD001929. doi: 10.1002/14651858.CD001929.pub3.
60. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. Amsterdam: Elsevier; 2002.
61. Kuritzky L, Samraj GP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *J Pain Res*. 2012;5:579-90. doi: 10.2147/JPR.S6775. Epub 2012 Nov 28.
62. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD000396. doi: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.
63. Насонов ЕЛ, Яхно НН, Каратеев АЕ и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. Научно-практическая ревматология. 2016;54(3):247-65. [Nasonov EL, Yakhno NN, Karateev AE, et al. General principles of treatment for musculoskeletal pain: interdisciplinary consensus. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2016;54(3):247-65. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2016-247-265
64. Кукушкин МЛ, Брылев ЛВ, Ласков ВБ и др. Результаты рандомизированного двойного слепого параллельного исследования эффективности и безопасности применения толперизона у пациентов с острой неспецифической болью в нижней части спины. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(11):69-78. [Kukushkin ML, Brylev LV, Laskov VB, et al. he results of a randomized double-blind parallel study of the efficacy and safety of tolperisone in patients with acute non-specific low back pain. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(11):69-78. (In Russ.)].
65. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD004252.
66. Pareek A, Chandurkar N, Chandanwale AS, et al. Aceclofenac-tizanidine in the treatment of acute low back pain: a double-blind, double-dummy, randomized, multicentric, comparative study against aceclofenac alone. *Eur Spine J*. 2009 Dec;18(12):1836-42. doi: 10.1007/s00586-009-1019-4. Epub 2009 May 7.
67. Friedman BW, Dym AA, Davitt M, et al. Naproxen with cyclobenzaprine, oxycodone/acetaminophen, or placebo for treating acute low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1572-80. doi: 10.1001/jama.2015.13043.
68. Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014 Nov 1;384(9954):1586-96. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60805-9. Epub 2014 Jul 23.
69. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ*. 2015 Mar 31; 350:h1225. doi: 10.1136/bmj.h1225
70. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al; 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 Aug;19(4):541-55.
71. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016 Feb;176(2):199-208. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7431.

Поступила 21.05.2018

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами