

В.А.Парфенов, А.И.Исайкин

**БОЛИ  
В ПОЯСНИЧНОЙ  
ОБЛАСТИ**

Москва  
2018

УДК 617.559-009.76

ББК 56.12

П19

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Авторы:*

**Парфенов Владимир Анатольевич** – докт. мед. наук, проф., заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии, директор Клиники нервных болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовского университета), главный редактор журнала «Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика», член правления Всероссийского общества неврологов, член Европейской академии неврологии (платформа «Общая неврология»), руководитель комитета «Боли в спине» Российского общества по изучению боли, автор более 400 научных статей и книг.

**Исайкин Алексей Иванович** – канд. мед. наук, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовского университета), куратор III неврологического отделения Клиники нервных болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, автор 77 научных статей и книг.

## **Парфенов В.А.**

П19 Боли в поясничной области / В.А.Парфенов, А.И.Исайкин. – М., 2018. – 200 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-586-7

Боли в пояснично-крестцовой области – одна из наиболее частых причин обращения к врачу и потери трудоспособности. В книге представлены современные данные о причинах, диагнозе, лечении и профилактике поясничных болей, приведены собственные клинические наблюдения. Отмечается, что использование современных общепринятых рекомендаций позволяет помочь большинству пациентов, вернуть их к активной профессиональной и социальной деятельности, уменьшить экономический ущерб, связанный с нетрудоспособностью.

Книга предназначена для неврологов, терапевтов, врачей общей практики и других специальностей.

УДК 617.559-009.76

ББК 56.12

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

Сокращения . . . . .	5
Введение . . . . .	6
1. Причины поясничной боли . . . . .	9
1.1. История изучения, роль остеохондроза . . . . .	9
1.2. Неспецифические и специфические причины поясничной боли	14
1.3. Специфические причины: клинические наблюдения . . . . .	16
1.4. Грыжа межпозвоночного диска как причина поясничной радикулопатии и дискогенной боли . . . . .	23
1.5. Поясничный стеноз и листез . . . . .	27
1.6. Мышечные боли . . . . .	31
1.7. Патология крестцово-подвздошного сустава (сочленения) . . . . .	34
1.8. Патология фасеточных суставов . . . . .	37
1.9. Психологические и социальные факторы боли . . . . .	38
1.10. Фибромиалгия . . . . .	41
2. Обследование . . . . .	43
2.1. Жалобы, анамнез и физикальное обследование . . . . .	43
2.2. Инструментальные методы обследования . . . . .	54
2.3. Психологические методы обследования . . . . .	66
2.4. Краткие рекомендации по обследованию . . . . .	67
3. Клиника, диагноз и течение поясничной боли . . . . .	70
3.1. Неспецифическая боль в спине . . . . .	70
3.2. Поясничная дискогенная радикулопатия . . . . .	77
3.3. Поясничный стеноз. . . . .	82
3.4. Фибромиалгия . . . . .	87
4. Лечение неспецифической люмбагии и люмбоишиалгии . . . . .	95
4.1. Лечение острой неспецифической люмбагии и люмбоишиалгии . . . . .	95
4.1.1. Общие принципы и нелекарственные методы . . . . .	95
4.1.2. Мануальная терапия . . . . .	99

---

4.1.3. Нестероидные противовоспалительные средства . . . . .	103
4.1.4. Миорелаксанты . . . . .	107
4.1.5. Другие лекарственные средства . . . . .	108
4.1.6. Клинические наблюдения . . . . .	109
4.2. Лечение хронической неспецифической люмбалгии и люмбоишалгии . . . . .	114
4.2.1. Общие принципы и нелекарственные методы . . . . .	114
4.2.2. Лекарственные средства . . . . .	125
4.2.3. Клинические наблюдения . . . . .	131
4.3. Лечение фибромиалгии . . . . .	144
5. Лечение поясничной радикулопатии и поясничного стеноза . . . . .	145
5.1. Консервативное лечение поясничной радикулопатии . . . . .	145
5.2. Хирургическое лечение поясничной дискогенной радикулопатии . . . . .	157
5.3. Лечение поясничного стеноза . . . . .	163
Заключение . . . . .	167
Литература . . . . .	177

---

## ВВЕДЕНИЕ

---

Поясничная (пояснично-крестцовая) боль (ПБ) – боль в нижней части спины, занимает первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю, отражающему количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [145].

К ПБ относят боль, которая локализуется между двенадцатой парой ребер и ягодичными складками. В МКБ-10 ПБ выделена в рубриках: М54.1 – радикулопатия, М54.3 – ишиас, М54.4 – люмбаго с ишиасом, М54.5 – боль внизу спины (люмбалгия).

К острой боли в спине относят все случаи продолжительностью до 4 нед. Если боль сохраняется от 4 до 12 нед., она расценивается как подострая, а боль длительностью 12 нед. и более – как хроническая. Рецидивом ПБ считают те случаи, когда боль не возникала в течение не менее 6 мес. Если боль возобновилась через более короткий промежуток времени, ее появление расценивается как обострение хронической боли в спине.

ПБ – одна из наиболее частых причин обращения к врачу, примерно 6–9% людей взрослого возраста в течение года консультируются по поводу этой жалобы [181]. В США боль в спине – одна из наиболее распространенных жалоб, с которой пациенты посещают врача общей практики [272]. Почти каждый четвертый житель США отмечал боль в спине хотя бы раз в течение последних 3 месяцев [128], в мире страдают ПБ 632 млн человек [329]. На протяжении жизни ПБ возникают у большинства (более чем у 70%) людей, пик частоты болей наблюдается в 35–55 лет [74]. Согласно эпидемиологическим данным, 18,3% населения при опросе отмечают, что боль в спине беспокоит их в настоящее время, 30,8% сообщают, что испытывали боль в спине в течение последнего месяца, 38,9% – в течение последнего года [166]. 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 [61]. В Великобритании около 30% обращений к врачу общей практики связано с болью в спине и конечностях, при этом на ПБ приходится около 7 млн обращений в год [278].

У большинства больных ПБ регрессирует в течение 1–3 мес., однако среди пациентов, перенесших острую боль, 60–80% в течение года периодически испытывают боль или дискомфорт, а среди тех, кто имел в связи с болью нетрудоспособность, 40% отмечают повторные эпизоды боли с нетрудоспособностью [162]. Повторные обострения развиваются в 24–80% случаев, пик заболеваемости приходится на средний возраст, частота случаев остается высокой до 60–65 лет, затем постепенно снижается [166]. Наблюдение 973 пациентов с острой ПБ показало, что почти у трети из них (28%) возникли повторные обострения в течение последующего года [159]. В целом после эпизода острой ПБ ее сохранение или повторение наблюдается в течение года у одной трети пациентов [252].

С болью в спине связаны колоссальные социально-экономические потери общества из-за временной утраты трудоспособности. В 2005 г. в США прямые медицинские затраты на лечение пациентов, страдающих ПБ, превысили 86 млрд долларов [235]. ПБ – одна из наиболее частых причин инвалидизации населения, на ее долю приходится 10% в структуре инвалидизации, вызванной различными заболеваниями [329].

В большинстве случаев острая ПБ вызвана неопасным для жизни заболеванием, однако исключение потенциально опасных заболеваний составляет основу диагностики. Неадекватное лечение даже благоприятной по прогнозу неспецифической боли в спине ухудшает прогноз, способствует ее хронизации, значимо снижает качество жизни пациента.

Существенную помощь в ведении пациентов с болью в спине оказывают рекомендации экспертов. Одними из первых стали Канадские рекомендации, предложенные 30 лет назад и основанные на результатах 109 рандомизированных исследований [301]. В настоящее время разработано несколько национальных

и международных рекомендаций по ведению пациентов с ПБ, основанных на результатах большого числа рандомизированных исследований (958 к апрелю 2009 г.), посвященных оценке эффективности различных методов лечения боли в спине [196]. В 2010 г. был опубликован сравнительный анализ 15 клинических рекомендаций – 13 национальных (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2000 [67]; Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group, 2003 [82]; The Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO), 2003 [319]; National Health Committee, 2004 [248]; Spain, the Spanish Back Pain Research Network, 2005 [300]; Negrini S. et al., 2006 [251]; Drug Committee of the German Medical Society, 2007 [130]; Friedrich M., Likar R., 2007 [141]; Rossignol M. et al., 2007 [279]; Chou R. et al., 2007 [111]; Laerum E. et al., 2007 [206]; Malmivaara A. et al., 2008 [227]; Back pain (low) and sciatica, 2008 [83]) и 2 международных европейских (van Tulder M.W. et al., 2006 [326]; Airaksinen O. et al., 2006 [68]) в период с 2000-го по 2008 год. Анализ этих рекомендаций показывает, что они совпадают по основным позициям обследования и лечения пациентов [196]. Недавно опубликованы рекомендации экспертов из Канады [339], Великобритании [252] и США [272].

Принципы оказания медицинской помощи пациентам с ПБ различаются в зависимости от того, какой специалист проводит лечение. Больные часто обращаются не только к врачам общей практики, но и к специалистам по мануальной терапии, рефлексотерапии. Часть пациентов приходят на прием к неврологам, ревматологам, ортопедам и нейрохирургам. По данным проведенного в США исследования, 40% пациентов с болью в спине обращаются к мануальным терапевтам, 34% – к врачам общей практики, 8% – к ортопедам и спортивным врачам, 3% – к неврологам, 4% – к врачам неотложной помощи [198]. При оценке знаний врачей, оказывающих помощь пациентам с болью в спине, отмечено, что только половина из них дали правильные ответы на вопросы, касающиеся обследования (55,9%) и лечения (54,7%) пациентов [211].

Информирование врачей нашей страны о причинах, обследовании, диагностике и лечении ПБ будет способствовать совершенствованию ведения пациентов с одним из наиболее частых недугов современного человека.

---

## 1. ПРИЧИНЫ ПОЯСНИЧНОЙ БОЛИ

---

### 1.1. История изучения, роль остеохондроза

В начале XX в. основными причинами боли в спине считались инфекционно-ревматическое поражение (отсюда термины «радикулит», «миозит», «мышечный ревматизм») или механическая компрессия опухолевой природы. Еще в 1857 г. Р.Вирхов описал травматическую грыжу шейного диска и определил ее как «хондрому», т.е. опухоль, вслед за ним о подобных «опухолях» сообщили и другие авторы. В 1929 г. У.Э.Денди первым выполнил и описал удаление грыжи диска, приняв ее за опухоль. Только в 1934 г. У.Дж.Микстер и Дж.С.Барр на основании результатов успешно проведенной операции показали, что грыжа связана с разрывом межпозвоночного диска. Это способствовало созданию теории, согласно которой боль в спине вызвана дегенеративно-дистрофическими процессами (преждевременным старением) в позвоночнике. Предпосылки данной теории были заложены значительно раньше. Еще в 1897 г. Р.Бенеке описал дистрофические изменения в позвоночнике и ввел термин «спондилез». Ч.Шморль предложил дегенеративные изменения в межпозвоночном диске и прилежащих к нему телах позвонков обозначать термином «межпозвоночный остеохондроз» (*osteocondrosis intercorporalis*), а введенный Р.Бенеке термин «спондилез» использовать для обозначения изменений в области передней продольной связки. Сформировалось мнение, согласно которому боль в спине вызвана развитием грыж межпозвоночного диска и возникает вследствие дегенеративных процессов в позвоночнике.

В нашей стране длительное время лидером в изучении боли в спине был Я.Ю.Попелянский. На стыке неврологии и ортопедии он создал новое направление в медицине – вертеброневрологию, которая получила развитие в работах его учеников и последова-

телей – В.П.Веселовского, Ф.А.Хабирова, Г.А.Иваничева. Вертеброневрология определялась как наука о клинических проявлениях функциональных и органических поражений периферических и центральных отделов нервной системы при заболеваниях позвоночника, а остеохондроз позвоночника – как самостоятельная нозологическая единица [41, 42]. Была предложена концепция единой биокинематической цепи, согласно которой при поражении одного отдела позвоночника развиваются изменения во всех его участках; были установлены наследственная предрасположенность, биохимические и иммунологические аспекты поражения позвоночного двигательного сегмента при остеохондрозе, разработана тактика лечения и профилактики обострений [2–4, 6, 7, 10–14, 17, 41, 42, 47, 53–56, 58–60]. В рамках вертеброневрологии была предложена синдромно-патогенетическая классификация, в которой выделялись компрессионные (корешковые и спинальные) и рефлекторные (мышечно-тонические и нейродистрофические) синдромы, а позже и миоадаптивный синдром, обусловленный постуральными или викарными перегрузками определенных мышц. В 1987 г. на базе Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии был впервые создан Республиканский центр патологии позвоночника. Первая в СССР кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины была открыта в 1989 г. в Кисловодске, ее возглавил профессор А.А.Лиув [23].

В сентябре 1993 г. на базе Клиники нервных болезней (КНБ) им. А.Я.Кожевникова Первого Московского медицинского института им. И.М.Сеченова (ныне Первый МГМУ, Сеченовский университет) Н.Н.Яхно организовал первое в нашей стране отделение боли и заболеваний периферической нервной системы (III неврологическое отделение). В работах, выполненных под руководством Н.Н.Яхно, было показано, что у пациентов с болью в спине клиническая картина, течение и прогноз не определяются исключительно морфологическими изменениями в позвоночнике и размерами грыжи межпозвоночного диска [57]. В генезе боли в спине имеют значение ноцицептивный, невропатический и психогенный компоненты; при острой боли доминирует ноцицептивная и невропатическая боль, при хронической – психогенный компонент [1, 18, 24, 37, 62–66].

Таблица 1

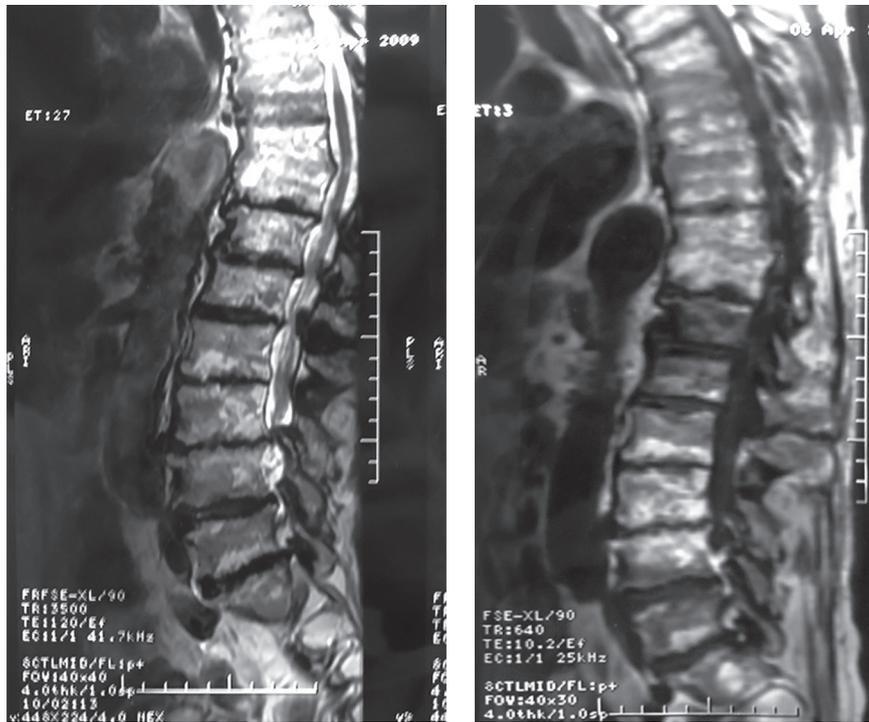
**Дорсопатии (патология позвоночника)  
и дорсалгия (боль в спине) в МКБ-10**

<b>Деформирующие дорсопатии (M40–M43)</b>
<b>M40 Кифоз и лордоз</b>
<b>M41 Сколиоз</b>
<b>M42 Остеохондроз позвоночника</b>
M42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника
M42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых
M42.9 Остеохондроз позвоночника неуточненный
<b>M43 Другие деформирующие дорсопатии</b>
M43.0 Спондилолиз
M43.1 Спондилолистез
M43.2 Другие сращения позвоночного столба
M43.3 Привычный атланта-аксиальный подвывих с миелопатией
M43.4 Другие привычные атланта-аксиальные подвывихи
M43.5 Другие привычные подвывихи позвонков
M43.6 Кривошея
M43.8 Другие уточненные деформирующие дорсопатии
M43.9 Деформирующая дорсопатия неуточненная
<b>Спондилопатии (M45–M49)</b>
<b>M45 Анкилозирующий спондилит</b>
<b>M46 Другие воспалительные спондилопатии</b>
<b>M47 Спондилез</b>
M47.0 Синдром сдавления передней спинальной или позвоночной артерии
M47.1 Другие спондилезы с миелопатией
M47.2 Другие спондилезы с радикулопатией
M47.8 Другие спондилезы
M47.9 Спондилез неуточненный
<b>M48 Другие спондилопатии</b>
<b>M49 Спондилопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках</b>
<b>Другие дорсопатии (M50–M54)</b>
<b>M50 Поражения межпозвоночных дисков шейного отдела</b>
M50.0 Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с миелопатией
M50.1 Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с радикулопатией

Таблица 1 (окончание)

M50.2	Смещение межпозвоночного диска шейного отдела другого типа
M50.3	Другая дегенерация межпозвоночного диска шейного отдела
M50.8	Другие поражения межпозвоночного диска шейного отдела
M50.9	Поражение межпозвоночного диска шейного отдела неуточненное
<b>M51 Поражение межпозвоночных дисков других отделов</b>	
M51.0	Поражение межпозвоночного диска поясничного и других отделов с миелопатией
M51.1	Поражение межпозвоночного диска поясничного и других отделов с радикулопатией
M51.2	Другое уточненное смещение межпозвоночного диска
M51.3	Другая уточненная дегенерация межпозвоночного диска
M51.4	Узлы (грыжи) Шморля
M51.8	Другое уточненное поражение межпозвоночного диска
M51.9	Поражение межпозвоночного диска неуточненное
<b>M53 Другие дорсопатии, не классифицированные в других рубриках</b>	
<b>M54 Дорсалгия</b>	
M54.0	Панникулит, поражающий шейный отдел и позвоночник
M54.1	Радикулопатия
M54.2	Цервикалгия
M54.3	Ишиас
M54.4	Люмбаго с ишиасом
M54.5	Боль внизу спины
M54.6	Боль в грудном отделе позвоночника
M54.8	Другая дорсалгия
M54.9	Дорсалгия неуточненная

К сожалению, в нашей стране остеохондроз нередко рассматривается как основная причина боли в спине, что не соответствует современным представлениям. С остеохондрозом ошибочно связывают, помимо боли в спине, болевые синдромы в конечностях, головную боль, головокружение, соматические заболевания, сосудистые заболевания головного мозга, аритмию и т. д. Основанием для этого служит необоснованное предположение о возможной компрессии висцеральных нервов, иннервирующих внутренние органы, позвоночные и другие артерии.

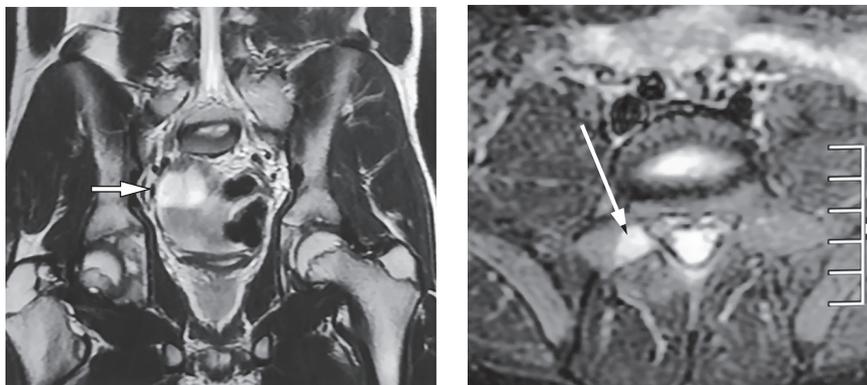


**Рис. 1.** МРТ пациента 72 лет с острой поясничной болью: признаки множественного метастатического поражения позвонков.

Пациент К., 15 лет, обратился с жалобами на тянущие интенсивные (до 7 баллов по визуальной аналоговой шкале – ВАШ) боли в пояснично-крестцовой области справа, иррадиирующие в правую ягодичную область и по передней поверхности бедра (до колена). Боли возникли после интенсивной физической нагрузки во время игры в футбол, которым юноша занимается с 7 лет. После недельного отдыха боли регрессировали, юноша приступил к тренировкам, при которых снова появилась интенсивная боль.

При обследовании в соматическом и неврологическом статусах изменений не обнаружено. Найдена болезненность в проекции правого крестцово-подвздошного сустава, усиливающаяся при перкуссии, положительны проба Патрика, тест заднего смещения.

Клинические анализы крови, мочи, ревматические пробы – без патологии. При МРТ обнаружены признаки отека крестцовой кости посттравматического генеза (рис. 2).



**Рис. 2.** МРТ пациента К., 15 лет, с подострой пояснично-крестцовой болью: признаки травматического перелома крестца.

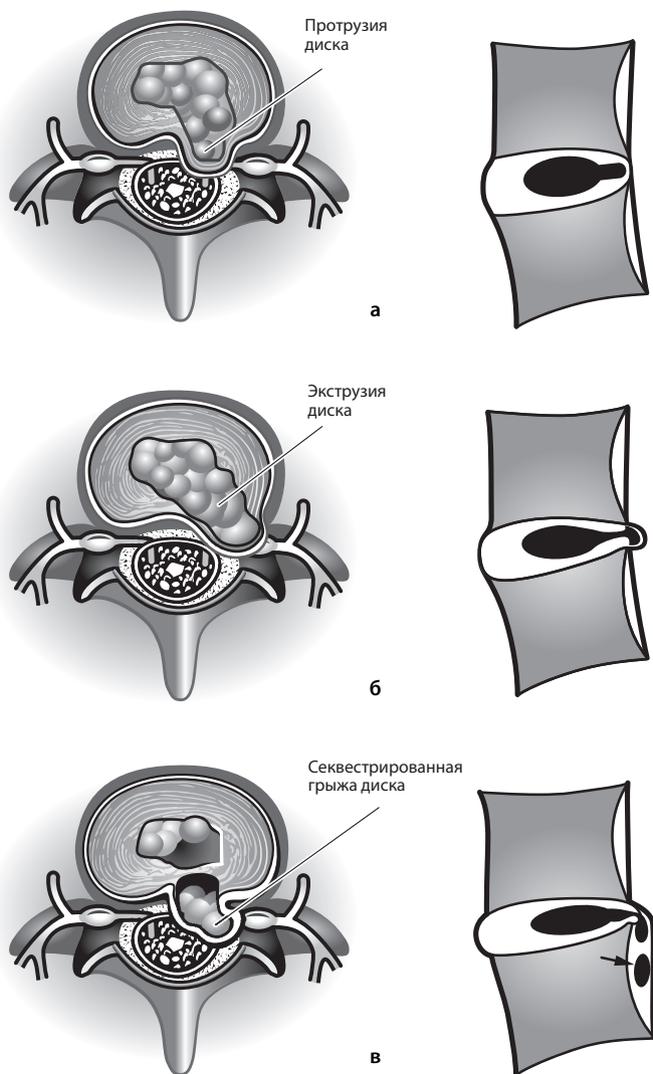
Таким образом, у молодого спортсмена после интенсивной физической нагрузки развилась правосторонняя люмбоишиалгия (боль в спине с распространением в правую ногу). На специфический характер боли указывали наличие вероятной травмы (развитие боли во время игры в футбол) и молодой возраст пациента. При МРТ выявлены признаки перелома крестцовой кости. Представленное наблюдение типично для молодых спортсменов, имеющих неадекватные для незрелой костной ткани физические нагрузки [184]. По рекомендации травматолога пациент принимал пероральные НПВС и отказался от тренировок на 2 мес. Боли полностью регрессировали, пациент приступил к занятиям спортом с постепенным расширением тренировочного режима.

Пациентку П., 52 лет, беспокоили интенсивные (до 9 баллов по ВАШ), усиливающиеся при движении ПБ, ограничение передвижения до 100 м из-за болей, повышение температуры к вечеру до 37,5°C, сильная потливость ночью.

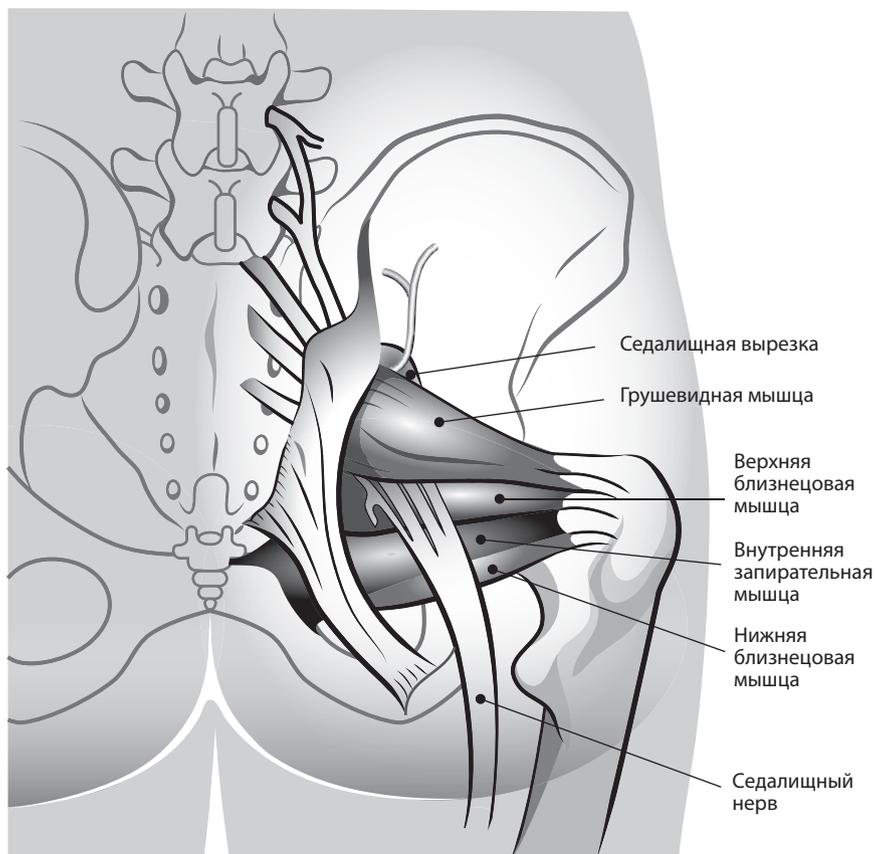
Боли беспокоили в течение месяца, усилились после занятия фитнесом с инструктором. В дальнейшем стала отмечать общую слабость, недомогание, субфебрилитет. Принимала НПВС, продолжала работать, из-за сохраняющихся интенсивных болей была вынуждена ходить в корсете. Из анамнеза известно, что у пациентки была травма (перелом?) поясничного отдела позвоночника 30 лет назад.

В анализе крови повышение СОЭ до 38 мм/ч, С-реактивного белка – до 8,65 мг/л (норма 0–5 мг/л), ревматоидного фактора – до 40,0 МЕ/л (норма 0–15 МЕ/л). При рентгенографии легких изменений не обнаруже-

сдерживания ее распространения (предполагается разрыв связочных структур). *Секвестрированная грыжа* – подтип экструзии, при котором выпавший фрагмент теряет связь с основанием (рис. 6, в). В классификации оцениваются направление мигра-

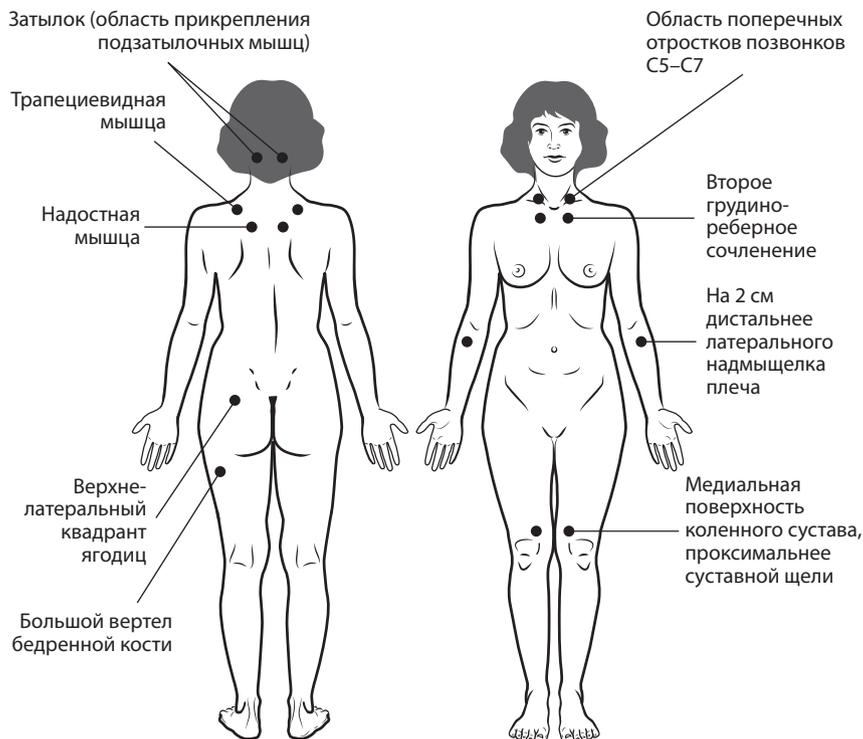


**Рис. 6.** Схема протрузии (а), экструзии (б) и секвестрированной грыжи (в) в сагиттальном и поперечном сечении.



**Рис. 9.** Анатомия области подгрушевидно-седалищного пространства.

перенапряжения и чрезмерной нагрузки. Показано, что у офисных работников даже неинтенсивное, но продолжительное (более 30 мин) напряжение мышц, вызванное набором текста на компьютере, может способствовать образованию мышечных триггерных точек, формирующих миофасциальный синдром; мышечные триггерные точки могут формироваться в результате перегрузки шейных и постуральных мышц при длительной сидячей работе [321]. Длительное мышечное напряжение приводит к нейронной гиперстимуляции, в результате чего происходит сенситизация механорецепторов и болевых рецепторов [218, 305].



**Рис. 33.** Схема расположения триггерных (болезненных) точек при пальпации, характерных для фибромиалгии.

Severity Scale) (рис. 35). Пациенты имеют высокую вероятность наличия фибромиалгии, если:

- боль в определенных областях и другие симптомы присутствуют не менее 3 последних месяцев;
- набирают 7 баллов или более по Индексу распространенной боли и 5 баллов или более по Шкале оценки тяжести симптомов *или*
- набирают 3–6 баллов по Индексу распространенной боли и 9 баллов или более по Шкале оценки тяжести симптомов [338].

В соответствии с альтернативными диагностическими критериями фибромиалгии от 2013 г. для оценки симптомов применяются две другие шкалы – Опросник локализации боли

<b>Индекс распространенной боли (Widespread Pain Index)</b> <i>Отметьте количество областей, в которых пациент испытывал боль за последнюю неделю (0 – не испытывал, 1 – испытывал).</i> <b>Общее количество баллов – от 0 до 19</b>	
Плечевой пояс справа Плечевой пояс слева Правое плечо Левое плечо Правое предплечье Левое предплечье	
Тазовая область (ягодица, вертел) справа Тазовая область (ягодица, вертел) слева Правое бедро Левое бедро Правая голень Левая голень	
Челюсть справа Челюсть слева Грудная клетка Живот	
Верхняя половина спины Нижняя половина спины Шея	

**Рис. 34.** Индекс распространенной боли.

(Pain Location Inventory) (рис. 36) и Шкала для оценки влияния симптомов (Symptom Impact Questionnaire) (рис. 37) [87].

На основании альтернативных диагностических критериев фибромиалгии от 2013 г. пациенты имеют высокую вероятность наличия фибромиалгии, если [87]:

- боль в определенных областях и другие симптомы присутствуют не менее 3 последних месяцев;
- 17 баллов и более по Опроснику локализации боли;
- 21 балл и более по Шкале для оценки влияния симптомов.

Обязательно обследование пациента на наличие «красных флажков» – знаков и симптомов,стораживающих врача в отношении вторичного генеза хронической распространенной боли. К ним относятся: повышение температуры тела, апноэ

Пациент Г., 58 лет, предъявлял жалобы на сильную боль в поясничной области, резкое ограничение движений в поясничном отделе позвоночника из-за усиления боли. В течение 4 лет зарегистрировано 3 эпизода боли в поясничной области, каждый из которых продолжался от 10 до 20 дней. К врачам не обращался, местно применял Финалгель и другие мази. Более 10 лет страдает артериальной гипертензией, обычное АД составляет 140–150/90–100 мм рт.ст. Настоящее обострение возникло за 10 дней до консультации, после длительного пребывания в неудобном положении. Боль в спине стала значительной (8 баллов по ВАШ), что заставило пациента обратиться в поликлинику по месту жительства, где были рекомендованы инъекции диклофенака внутримышечно. На фоне трех инъекций диклофенака боль в поясничной области уменьшилась, но пациент стал отмечать сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, повышение АД до 160–170/100 мм рт.ст., что заставило его отказаться от дальнейшего использования препарата, при этом боль усилилась.

При обследовании в соматическом статусе изменений не выявлено, АД – 150/100 мм рт.ст., ЧСС – 85 в минуту. Обнаружены сколиоз в поясничном отделе позвоночника выпуклостью вправо, сглаженность поясничного лордоза, значительное напряжение мышц спины, ограничение движений в поясничном отделе из-за усиления боли. Парезов, расстройств чувствительности не выявлено, ахиллов и коленный рефлексы живые, патологических рефлексов нет. При МРТ позвоночника обнаружено несколько небольших срединных протрузий межпозвоночных дисков до 2–3 мм на поясничном уровне.

По данным обследования диагностированы неспецифическая поясничная боль (люмбалгия), а также артериальная гипертензия. Назначены НПВС (инъекции Мовалиса по 15 мг внутримышечно в течение 3 дней, затем прием Мовалиса внутрь по 15 мг/сут.), а также миорелаксант (Мидокалм по 150 мг/сут. 2 раза), рекомендованы контроль АД и регулярный прием антигипертензивных средств. Пациент информирован о вероятном благоприятном исходе заболевания, даны рекомендации по двигательному режиму.

Уже на 2-й день терапии боль в спине существенно уменьшилась, а через 7 дней после начала лечения стала минимальной (1 балл по ВАШ). Движения в поясничном отделе позвоночника полностью восстановились, пациент вернулся к работе. Рекомендовано избегать подъема тяжестей, значительных физических нагрузок и длительного сидения, увеличить время пеших прогулок.

Таким образом, у пациента среднего возраста, страдающего неспецифической ПБ и артериальной гипертензией, примене-

ние диклофенака сопровождалось нежелательными явлениями со стороны сердечно-сосудистой системы, повышением АД, что заставило его отказаться от лечения. Боль продолжалась в течение 10 дней и привела к значительному ограничению активности и временной нетрудоспособности. Разъяснение причины заболевания, информирование о высокой вероятности быстрого выздоровления, использование НПВС (Мовалиса) в комбинации с миорелаксантом (Мидокалмом) позволили добиться быстрого ослабления боли и восстановления трудоспособности, лечение не сопровождалось какими-либо нежелательными явлениями.

В качестве примеров эффективного лечения синдрома грушевидной мышцы приводим следующее наблюдение.

Пациентка 19 лет, профессионально занимающаяся фехтованием, обратилась в КНБ им. А.Я.Кожевникова Первого МГМУ с жалобами на распирающие боли в ягодичной области справа, иррадиирующие по задней поверхности ноги, ощущение ползания мурашек («ногу как будто отсидела»). Боли продолжают в течение 2 мес., усиливаются при сидении, тренировках, уменьшаются при ходьбе. Применение НПВС и миорелаксантов несколько уменьшило боли. При МРТ пояснично-крестцовой области выявлена протрузия до 4 мм между четвертым и пятым поясничными позвонками, которая вначале была расценена как причина боли. В анализах крови и мочи изменений не обнаружено.

При соматическом и неврологическом обследовании нарушений не выявлено. Движения в поясничном отделе не ограничены, болезненность при пальпации грушевидной мышцы справа, положительная проба Бонне–Бобровниковой справа.

Учитывая локализацию боли, ее усиление при сидении и специфической нагрузке (стойка при фехтовании с перенапряжением ягодичных мышц), наличие болезненности при пальпации грушевидной мышцы и положительную пробу Бонне–Бобровниковой справа при отсутствии существенных изменений на МРТ, поставлен диагноз миофасциального синдрома грушевидной мышцы.

Пациентке было проведено лечение с применением постизометрической релаксации, блокад с местными анестетиками в проекцию грушевидной мышцы, что привело к регрессу боли, выраженному улучшению состояния. Пациентка консультирована специалистом по лечебной гимнастике, даны рекомендации по двигательной активности, избеганию неудобных поз и положений.

Положительного эффекта от консервативной терапии нередко удается достигнуть у тех пациентов, которые ранее перенесли хирургическое лечение по поводу грыжи межпозвоночного диска, что отражает следующее наблюдение.

Пациентка М., 52 лет, предъявляла жалобы на сильную стреляющую боль в поясничной области, иррадиирующую в обе ягодичные области, больше вправо, а также резкое ограничение движений в поясничном отделе позвоночника из-за усиления боли. Впервые боль в пояснице появилась 2 года назад. Пациентка проходила лечение по месту жительства у невролога, который направил ее на МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Выявлена грыжа диска до 8 мм между четвертым и пятым поясничными позвонками. Пациентка направлена на консультацию к нейрохирургу, который предложил хирургическое лечение. Проведено удаление грыжи диска; боль полностью регрессировала в течение месяца.

Настоящее обострение возникло за 21 день до консультации в КНБ им. А.Я.Кожевникова Первого МГМУ после физической нагрузки. Пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства. Была выполнена МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: на месте прооперированной 2 года назад грыжи вновь обнаружена грыжа размером 7 мм и две протрузии на других поясничных уровнях. Пациентке в поликлинике были рекомендованы постельный режим и внутримышечные инъекции диклофенака. После пяти внутримышечных инъекций диклофенака боль уменьшилась, но затем возобновилась. Предложено повторное хирургическое лечение грыжи диска.

На момент осмотра в КНБ интенсивность боли в спине достигала 6 баллов по ВАШ. Пациентка не имела каких-либо хронических заболеваний. При обследовании в соматическом и неврологическом статусе изменений не выявлено, АД – 120/80 мм рт.ст., ЧСС – 84 в минуту. При внешнем обследовании выявлены сколиоз в поясничном отделе позвоночника выпуклостью влево, сглаженность поясничного лордоза, значительное напряжение мышц спины, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника из-за усиления боли. В области поясницы имелся послеоперационный рубец.

По данным обследования диагностирована острая неспецифическая люмбалгия (поясничная боль). Назначены НПВС (Аркоксиа внутрь по 90 мг/сут.), а также тизанидин по 2 мг 2 раза в сутки. Пациентка была информирована об отсутствии признаков компрессии спинномозговых корешков, скелетно-мышечном характере боли, вероятном благоприятном исходе заболевания без хирургического лечения. Даны рекомендации по двигательному режиму, целесообразности сохранения двигательной активности, избегания постельного режима.