

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота и характер болей в нижней части спины среди амбулаторных больных в г. Москве (сообщение II)

Т.В. Дубинина, Е.А. Галушко, Ш.Ф. Эрдес
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Резюме

Цель. Определить частоту и характер болей в нижней части спины (БНС) у амбулаторных больных в г. Москве.

Материалы и методы. С помощью разработанной в ГУ Институт ревматологии РАМН анкеты в течение месяца было опрошено 1300 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет, активно обратившихся за медицинской помощью в поликлинику №17 ЮАО.

Результаты. БНС является частой причиной обращения к врачу в амбулаторной практике. Из диагностических методов обследования в большинстве случаев пациентам с БНС назначается рентгенография позвоночника. Самый частый диагноз, выставляемый пациентам с БНС в амбулаторной практике, — остеохондроз позвоночника. Частота выявления «знаков угроз» не превышает 10%.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, диагностика БНС, «знаки угрозы»

Актуальность изучения боли в нижней части спины (БНС) обусловлена не только широкой распространенностью данной патологии и экономическим ущербом, который наносится обществу, но и многими нерешенными проблемами как диагностики, так и лечения этого синдрома.

В настоящее время БНС рассматривается как мультидисциплинарная проблема, в которой наряду с неврологическими, травматологическими и ортопедическими немалое место занимают и ревматологические аспекты [3]. Практически любая из структур пояснично-крестцовой области (кости, суставы, связки, межпозвонковые диски, мышцы, нервы) может быть источником болевой импульсации в области нижней части спины, поэтому при постановке диагноза часто возникают трудности. Даже современный арсенал диагностических возможностей не всегда помогает поставить при БНС окончательный нозологический диагноз.

В России нет общепринятой концепции диагностики и лечения этой категории пациентов. В то же время в других странах на основе доказательной медицины разработаны клинические рекомендации как для острой, так и хронической БНС, которые широко используются врачами общей практики. Согласно этим рекомендациям, диагностический поиск при острой БНС в первую очередь должен быть сфокусирован на выявлении 'red flags' и исключении потенциально опасной специфической патологии. «Red flags» или «знаки угрозы» — это анамнестические и/или клинические признаки, при наличии которых у пациентов с БНС имеется повышенная вероятность развития или наличия тяжелого заболевания, являющегося причиной боли в нижней части спины, по сравнению с лицами, не имеющими таких факторов. Эти «знаки угрозы» позволяют заподозрить во время опроса и первичного осмотра пациента потенциально опасные состояния без дополнительного лабораторно-инструментального обследования. При БНС основными «знаками угрозы» считают: серьезную травму позвоночника, возраст старше 50 или моложе 20 лет, устойчивую лихорадку, онкологическое заболевание в анамнезе, необъяснимую потерю веса,

неослабевающую ночную боль в спине, прогрессирующий неврологический дефицит, клинические признаки синдрома конского хвоста (недержание мочи или затрудненное мочеиспускание, «седловидная» анестезия, нарушение чувствительности в области анального отверстия и промежности, двусторонняя слабость и/или онемение нижних конечностей), иммуносупрессию, длительный прием глюкокортикоидов. При подозрении на наличие у пациента одного из опасных состояний (обнаружение «знаков угрозы») врач должен назначить обследование и направить пациента к соответствующему специалисту [6,7]. Согласно Европейским рекомендациям по диагностике и лечению острой неспецифической БНС, в случае отсутствия «знаков угрозы» обследование пациента может быть отсрочено по крайней мере на 4-6 недель, которые обычно необходимы для купирования боли [7].

Среди диагностических методов обследования при БНС наиболее часто в амбулаторной практике используется рентгенография позвоночника. При БНС ее назначение обосновано при подозрении на наличие серьезных заболеваний («знаки угрозы»), таких как: перелом позвонка, инфекционный процесс или опухоль позвоночника, а также заболеваний, сопровождающихся развитием спондилита. Рентгенография является основным инструментальным методом диагностики при разных формах серонегативных спондилоартропатий. В других случаях применение этого диагностического метода нецелесообразно. Метод компьютерной томографии (КТ) незаменим для диагностики поражений костных структур позвоночника и выявления позвоночного стеноза. Однако недостатком метода является то, что необходимо знать уровень поражения позвоночника для того, чтобы уменьшить лучевую нагрузку на пациента. Магнитно-резонансная томография (МРТ) исследует не только позвоночник, но и спинной мозг и окружающие мягкие ткани. МРТ является методом выбора для выявления грыж диска и в отличие от КТ не связана с лучевой нагрузкой. Абсолютным противопоказанием к проведению этого исследования является наличие металлических предметов в теле пациента (например, искусственный водитель ритма, эндопротез сустава) и тяжелые формы клаустрофобии. Электромиография, скintiграфия, миело- и дискография широко в амбулаторной практике не используются и назначаются только соответствующими специалистами: нейрохирургами, онкологами и др. Лабораторное обследование включает общий и биохимический анализы крови, мочи, при необходимости определение HLA-B27, ревматоидного фактора и др., но назначение этих лабораторных тестов при БНС требуется тогда, когда высоко подозрение на наличие инфекции или опухоли позвоночника (метастаза), ревматического заболевания или неспинальной причины БНС [4,5].

Цель работы: определить частоту и характер

болевого синдрома в нижней части спины у амбулаторных больных в г. Москве и его значимость в общеклинической практике (данная часть работы подробно освещена в сообщении I) [2].

Настоящее сообщение посвящено методам диагностики, применяемым в реальной амбулаторной практике при БНС, и «знакам угрозы», выявляемым у пациентов с данной патологией.

Материал и методы

Исследование проведено в городской поликлинике №17 (главный врач Гугуцидзе А.С.). В основу было положено анкетирование активно обратившихся за медицинской помощью взрослых жителей района в возрасте от 18 до 50 лет. Опрос проводился в течение месяца врачами, ведущими амбулаторный прием в поликлинике, с помощью специально разработанной в ГУ Институт ревматологии РАМН анкеты. Анкета включала вопросы, касающиеся характера и длительности БНС, трудоспособности, а также ряд вопросов, с помощью которых мы хотели узнать мнение врачей о необходимости проведения обследования пациентов с БНС и его цели. Анкетирование осуществляли терапевты, неврологи, ревматолог и хирурги, в количественном соотношении, которое имелось в данном ЛПУ. Анкета заполнялась на всех первичных пациентов вне зависимости от жалоб, с которыми они обратились на прием. Всего было опрошено 1300 пациентов, в том числе 549 чел (42,2%) мужского пола (средний возраст $33,4 \pm 11,4$ лет) и 751 (57,76%) — женского пола (средний возраст — $39,5 \pm 9,7$ лет) (более подробно материалы и методы описаны нами в сообщении I)[2].

Результаты

Как сообщалось ранее [2], результат анализа анкет показал, что из 1300 первичных пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью, у 24,9% основной причиной обращения была боль в нижней части спины. Среди больных, обратившихся по другой причине, т.е. не по поводу БНС, у 3,9%, в момент осмотра также имелись боли в нижней части спины разной длительности и интенсивности. В течение последнего года БНС беспокоила 52,9% опрошенных пациентов, а в течение последнего месяца — 38,5%.

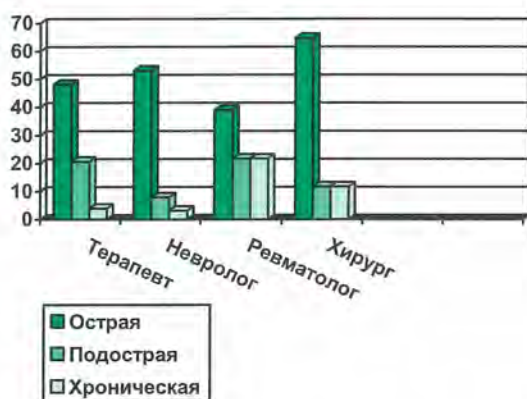
Анкетирование проводили врачи, ведущие амбулаторный прием в поликлинике. Как и предполагалось, наибольшее количество первично обратившихся пациентов было на приеме у терапевта — 986 чел (75,8%) из 1300, у невролога — 148 чел (11,4%), хирурга — 91 чел (7%) и у ревматолога — 75 чел (5,8%). Однако, проанализировав частоту принятых разными специалистами пациентов с БНС среди всех первично обратившихся на прием, мы обнаружили, что наибольшая доля этих больных была у невролога — 41,8%, затем — у ревматолога (30,6%) и у участкового терапевта (22,5%). Среди пациентов,

обратившихся к хирургу, 18,6% предъявляли жалобы на БНС.

Как было показано в предыдущем сообщении[2], по длительности болевого синдрома среди пациентов, обратившихся с жалобами на боль в нижней части спины, преобладали лица с острой (49,4%) и подострой (17,9%) болью, а по степени выраженности боли — с умеренной (62,7%) и сильной (24,4%). На рис.1 показано распределение пациентов в зависимости от длительности последнего эпизода БНС и их обращения к соответствующим врачам. Как видно, чаще всего ко всем специалистам приходили пациенты с острой болью в спине. Доля этих пациентов, от общего количества принятых больных с БНС, у хирурга составила — 64,7%, у невролога — 53,2%, у участкового терапевта — 48,1%. У ревматолога таких пациентов было 39,1%, а количество принятых им пациентов с подострой и хронической БНС было больше, чем у других специалистов — по 21,7% соответственно, а оставшиеся 17,5% в момент осмотра жалоб на боль в спине не предъявляли.

Рисунок 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕДНЕГО ЭПИЗОДА БНС И ИХ ОБРАЩЕНИЯ К СООТВЕТСТВУЮЩИМ ВРАЧАМ



Помимо вопросов, направленных на выяснение характера боли в спине, в анкете был представлен список симптомов, позволяющих заподозрить угрожающие жизни и здоровью больного состояния, называемые в зарубежной литературе «red flag» («знаки угрозы»), т.е. состояния, которые требуют срочного или неотложного врачебного вмешательства (дополнительно в этот список мы включили утреннюю скованность в позвоночнике). Как видно из табл.1, менее чем в 1% случаев (из 1300 включенных в исследование пациентов) отмечались: устойчивая лихорадка, связанная с болью в спине, онкологическое заболевание и туберкулез в анамнезе, сахарный диабет, необъяснимая потеря веса и нарушения со стороны тазовых органов. От 1 до 2% опрошенных указали на травму позвоночника в анамнезе, системный прием глюкокортикоидов и отсутствие эффекта от терапии. В 4% случаев име-

Таблица 1
«ЗНАКИ УГРОЗЫ» СРЕДИ ВСЕХ ОПРОШЕННЫХ БОЛЬНЫХ, N=1300 ЧЕЛ

«Знак угрозы»	Пациенты с БНС (n=324 чел)	Пациенты, обратившиеся по другой причине (n=976 чел)	Всего (n=1300 чел)
Травма позвоночника в анамнезе	16 (4,9%)	12 (1,2%)	28(2,1%)
Устойчивая лихорадка, связанная с БНС	2(0,6%)	1(0,1%)	3(0,2%)
Инфекция мочеполового тракта	24(7,4%)	29(3,0%)	53(4,1%)
Туберкулез в анамнезе	2(0,6%)	1(0,1%)	3(0,2%)
Онкологическое заболевание в анамнезе	2(0,6%)	3(0,3%)	5(0,4%)
Необъяснимая потеря в весе	2(0,6%)	8(0,8%)	10(0,8%)
Неослабевающая боль в спине	63(19,4%)	26(2,7%)	85(6,5%)
Сахарный диабет	6(1,8%)	6(0,6%)	12(0,9%)
Системный прием глюкокортикоидов	4(1,2%)	10(1,0%)	14(1,1%)
Нарушение чувствительности в нижних конечностях	28(8,6%)	30(3,1%)	58(4,5%)
Нарастающее онемение в нижних конечностях	33(10,2%)	17(1,7%)	50(3,8%)
Мышечная слабость в нижних конечностях	43(13,3%)	57(5,8%)	100(7,7%)
Нарушения со стороны тазовых органов	3(0,9%)	2(0,2%)	5(0,4%)
Отсутствие эффекта от терапии	14(4,3%)	5(0,5%)	19(1,5%)
Утренняя скованность в позвоночнике	196(60,5%)	127(13,0%)	323(24,8%)

лись: инфекция мочеполового тракта, нарушение чувствительности и нарастающее онемение нижних конечностей, в 7% — мышечная слабость в нижних конечностях и неослабевающая боль в спине (в том числе ночью и в покое). 24,8% больных указали на утреннюю скованность в позвоночнике.

При наличии БНС (n=324 чел.) у пациентов чаще встречались: травма позвоночника в анамнезе (4,9%), инфекция мочеполового тракта (7,4%), неврологическая симптоматика (нарушение чувствительности, онемение, мышечная слабость в нижних конечностях) — в среднем более 10% и утренняя скованность (60,5%). Хотелось бы отметить, что у одного пациента могли выявляться сразу несколько «знаков угрозы», чаще ими были симптомы невро-

логической патологии. Пациенты с острой БНС из «знаков угрозы» чаще отмечали наличие травмы позвоночника в анамнезе (7,5%), неослабевающую боль в спине (14,4%) и утреннюю скованность в позвоночнике (59,6%). «Знаки угрозы», вызывающие настороженность в отношении онкологического заболевания, инфекционного поражения позвоночника и синдрома конского хвоста у пациентов с острой БНС определялись менее чем в 1% случаев. При хронической БНС больные чаще, чем с острой болью, указывали на инфекцию мочеполового тракта (16,7%), неврологическую симптоматику (в среднем более 25%), неослабевающую боль в спине (44,4%), отсутствие эффекта от терапии (27,9%) и утреннюю скованность (66,7%) в позвоночнике. При анализе частоты выявления «знаков угрозы» при БНС в зависимости от специалиста оказалось, что всеми врачами достаточно часто выявлялась утренняя скованность (в среднем в 49%), а жизнеугрожающие состояния (подозрение на онкологическое заболевание и синдром конского хвоста) менее 1%. Все пациенты, принимающие глюкокортикоиды были на приеме у ревматолога. Пациенты, пришедшие на прием к хирургу чаще, чем обратившиеся к другим специалистам, в том числе и к неврологу, имели неврологические жалобы и в 64,4% случаев они жаловались на неослабевающую боль в спине и больше, чем пациенты, посетившие других специалистов отмечали неэффективность терапии.

фическое исследование позвоночника. Каждому пятому пациенту терапевты планировали назначить МРТ позвоночника. Они чаще, чем другие специалисты, назначали УЗИ внутренних органов и анализ крови. Скорее всего, это связано с необходимостью дифференциальной диагностики, так как к терапевтам обращаются пациенты с разнообразной патологией внутренних органов, которая может быть причиной отраженных болей в область нижней части спины. Хирурги почти каждому второму предполагали назначить рентгенографию позвоночника и каждому четвертому — КТ. Учитывая, что обратившиеся к хирургу пациенты, чаще указывали на наличие неврологической симптоматики, необъяснимым является тот факт, что ни в одном случае хирург не видел необходимости в консультации другого специалиста (в первую очередь невролога). Высокий процент назначения ревматологом консультаций других специалистов, по-видимому, связан с тем, что к этому специалисту, по сравнению с другими, чаще обращаются пациенты с системными заболеваниями, которые требуют более тщательного обследования, в том числе и другими специалистами.

Следует отметить, что в 92% случаев дополнительное обследование предполагалось назначить с целью уточнения диагноза, а в 8% с целью коррекции терапии.

Диагнозы, поставленные врачами на приеме по

Таблица 2

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, НАЗНАЧАВШИЕСЯ ПАЦИЕНТАМ С БНС, N=324 ЧЕЛ

Метод обследования	Количество пациентов, которым обследование было проведено ранее	Количество пациентов, которым обследование было дополнительно назначено на приеме	Всего обследованных пациентов с БНС
Рентгенография позвоночника	197(+3)*	85	285 (88,0%)
МРТ позвоночника	23(+2)*	109	134(41,3%)
КТ позвоночника	7	31	38(11,7%)
УЗИ внутренних органов	10(+1)*	25	36(11,1%)
Анализ крови	98(+5)*	31	134(41,3%)
Консультация другого специалиста	61(+9)*	44	114(35,2%)

*- в скобках указано количество пациентов, которым данный вид обследования назначен повторно.

В табл.2 представлены методы обследования, которые были проведены пациентам ранее и которые врачи хотели бы назначить пациентам с БНС. Как видно, из инструментальных методов обследования предпочтение отдавалось рентгенографии и МРТ позвоночника. Более 40% больным назначался анализ крови и 1/3 направлялась на консультацию к другим специалистам.

Обследования, которые специалисты предполагали назначить пациентам с БНС, представлены в табл.3. Видно, что инструментальные методы диагностики реже всего назначают неврологи — только каждому третьему пациенту, при этом каждому четвертому предполагалось провести рентгеногра-

позу болей в нижней части спины, представлены в табл.4. При этом у одного и того же пациента могло быть сразу несколько диагнозов. Например, дорсопатия и остеохондроз позвоночника или остеохондроз позвоночника и люмбагия. Как видно из таблицы каждому второму пациенту выставлялся диагноз остеохондроза позвоночника. В 1,5% случаев при первичном осмотре диагноз установлен не был. Среди ревматических воспалительных заболеваний, поражающих позвоночник, встретились в одинаковом проценте случаев анкилозирующий спондилоартрит и псориатическая спондилопатия (в 1,5%), в 0,9% случаев, по мнению врачей, боль в спине была связана с ревматоидным артритом. В

Таблица 3

ПЛАНИРУЕМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БНС РАЗНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ, %

Врач	Обследование не назначалось	Рентгенография	MPT	УЗИ внутренних органов	КТ	Анализ крови	Консультация другого специалиста
Терапевт	16,7	28,4	45,5	11,3	7,7	16,2	20,3
Невролог	62,9	25,8	8,1	0	3,2	0	0
Ревматолог	21,7	8,7	8,7	0	30,4	0	34,8
Хирург	11,8	41,2	17,6	5,9	29,4	0	0

Таблица 4

ДИАГНОЗЫ, ВЫСТАВЛЕННЫЕ ПАЦИЕНТАМ С БНС, %

Диагноз	Пациенты с БНС
Не был установлен	1,5
Здоров	0
Остеохондроз	51,2
Дорсопатия	18,5
Мышечно-тонический синдром	1,2
Радикулопатия	5,9
Люмбалгия	7,1
Нарушение осанки	9,2
Грыжа диска	3,1
АС	1,5
Псориатическая спондилопатия	1,5
РА	0,9
Другие	3,1

9,2% случаев БНС являлась следствием нарушения осанки и только у 1,2% пациентов боль в спине объясняли мышечно-тоническим синдромом. В графу «другое» были включены заболевания, встретившиеся в единичных случаях (холецистит, эрозивный гастрит, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, болезнь Гофмана, эндометриоз).

Обсуждение

В большинстве клинических рекомендаций по БНС, в том числе и в европейских, с целью облегчения диагностики и оптимизации лечения пациентов с БНС предложена простая и практичная схема, согласно которой пациенты при первичном осмотре делятся на 3 категории (так называемая диагностическая сортировка): 1 — имеющие серьезную спинальную патологию, 2 — с корешковой болью (радикулопатиями) и 3 — с неспецифической БНС [7]. Следует отметить, что обычно БНС является доброкачественным, самоограничивающимся состоянием [4]. Среди специфических причин боли в спине наиболее частыми являются травмы вследствие автоаварий и падений, переломы тел позвонков при остеопорозе, реже инфекционные поражения позвоночника (туберкулез, остеомиелит, эпидуральный абсцесс), а также первичные опухоли и метастазы в позвоночник. Вероятность выявления одной из этих причин в случае эпизода боли в пояснично-крестцовой области очень низкая. Частота компрессионных переломов при

БНС составляет 4%, опухоли — 0,7%, синдром конского хвоста — 0,04%, инфекции — 0,01% [5,9]. При анализе «знаков угроз» при БНС самым часто встречающимся состоянием в нашем исследовании была включенная в число «red flag» утренняя скованность в позвоночнике, ее отмечал чаще чем каждый второй пациент. Утренняя скованность — один из ведущих клинических симптомов воспалительных ревматических заболеваний, но она также может беспокоить и пациентов с неспецифической БНС. В данном исследовании мы не рассматривали длительность утренней скованности. Количество пациентов с ревматическими заболеваниями, попавших в исследование, было небольшим. Столь высокий процент «отмечаемости» утренней скованности как «знака угрозы» требует дальнейшего более углубленного изучения. Состояния, требующие немедленного или срочного врачебного вмешательства (подозрение на онкологическое заболевание, инфекционное поражение позвоночника и синдрома конского хвоста), у пациентов с БНС определялись менее чем в 1% случаев.

Компрессионная радикулопатия — одна из неврологических причин болевого синдрома в пояснично-крестцовой области, которую чаще всего связывают с компрессией корешка грыжей межпозвонкового диска. Пик заболевания приходится на возраст от 30 до 55 лет, и в 98% случаев поражение локализуется на уровне L4-5 или L5-S1. В более старшей возрастной группе причиной компрессии корешка может быть стеноз позвоночного канала. Боль, связанная с компрессией пояснично-крестцовых корешков грыжей межпозвонкового диска, носит неоднородный характер. «Классическая» картина компрессионной радикулопатии заключается в возникновении невропатической прокалывающей, жгучей боли и парестезий. Кроме чувствительных расстройств, характерно развитие слабости в так называемых индикаторных мышцах, иннервируемых преимущественно пораженным корешком. Характерным проявлением поясничного стеноза является нейрогенная перемежающаяся хромота. Иногда отмечается ощущение тяжести и слабости в ногах [1,5]. По нашим данным, диагноз радикулопатии был поставлен пациентам с БНС в 5,9% случаев, в 3,1% боль связали с грыжей межпозвонкового диска, что сопоставимо с частотой встречаемости данной патологии по литературным данным [9]. В тоже время нарушение чувствительности,

онемение, слабость в мышцах ног были отмечены более чем в 10% случаев, что также может свидетельствовать о наличии неврологической патологии у этих больных. С другой стороны, выявление этих симптомов основано только на жалобах пациентов, а не на неврологическом осмотре и, возможно, истинный процент неврологической симптоматики был ниже.

В нашей стране, по давно сложившейся традиции, универсальной причиной боли в спине считают остеохондроз позвоночника. К сожалению, упрощенное понимание боли в спине как проблемы остеохондроза позвоночника, препятствует разработке дифференцированных подходов к ее диагностике и лечению. Это было отмечено и в нашем исследовании. Каждому второму пациенту с БНС был поставлен диагноз остеохондроза позвоночника. Хотя наиболее частой причиной БНС во всем мире считают мышечно-скелетные болевые синдромы, а среди них — мышечно-тонический и миофасциальный болевые синдромы (около 85% пациентов с болями в спине) [1,4,7,9]. В нашем исследовании врачи только в 1,2% случаев связали БНС с этой патологией.

Результаты исследования также показали частое назначение (или желание назначить) в амбулаторной практике инструментальных методов диагностики, таких как рентгенография и МРТ позвоночника (88% и 41% соответственно), причем в 90% эти назначения делаются с целью уточнения диагноза. Однако, по данным литературы, авторы большинства обзоров, посвященных инструментальным методам диагностики, применяемым при БНС (рентгенография, КТ, МРТ и др.), приходят к выводу, что у взрослых пациентов моложе 50 лет без симптомов серьезной патологии или системных заболеваний (в том числе ревматических) использование этих методов обследования никак не влияет на терапию БНС [6,7]. J. Frymoyer с соавт. сравнили частоту рентгенологически выявляемых патологических изменений в позвоночнике у лиц, которые никогда не испытывали боли в спине, с теми, кто имел БНС различной интенсивности [8]. Оказалось, что в обеих группах эти изменения встречались практически с одинаковой частотой.

R.Savage с соавт. пытались выявить наличие каких-либо характерных изменений при МРТ позвоночника у лиц различных специальностей с болью и без боли в спине [10]. Несмотря на то, что боль в спине была характерна для старшей возрастной группы, не было обнаружено взаимосвязи между ее наличием и изменениями в позвоночнике. Оказалось, что у 66% «здоровых» людей при МРТ выявляются различные анатомические изменения в позвоночнике, а у 47 % лиц с БНС МРТ-картина остается нормальной. Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что наиболее часто используемое рентгенологическое обследование редко помогает поставить окончательный диагноз, за исключением серьезной травмы или онкопатологии, а КТ и МРТ, являясь лучшими визуализирующими методами, нередко дают ложноположительные результаты [4]. Следовательно, их назначение обосновано только в тех случаях, когда имеются веские основания подозревать серьезную патологию (по нашим данным таких пациентов было менее 1%) или когда пациент готовится к оперативному вмешательству на позвоночнике. В противном случае это ведет к необоснованным экономическим расходам, увеличивая стоимость и длительность лечения (из-за ожидания результатов исследований).

Таким образом, в амбулаторных условиях врачу, к которому обратился пациент по поводу БНС, необходимо решить как минимум 2 задачи: во-первых, разобраться, имеет ли он дело с потенциально опасным для здоровья и жизни пациента состоянием и, во-вторых, попытаться подобрать качественную анальгетическую терапию. Если по данным клинического осмотра отсутствуют признаки «серьезной патологии», то врачу следует проинформировать пациента о доброкачественности его состояния, об отсутствии как признаков «опасного заболевания», так и необходимости в проведении дополнительного обследования, назначить адекватную противоболевую терапию и убедить пациента, что небольшая физическая нагрузка не опасна, и ему следует как можно скорее приступить к работе.

Работа проведена при финансовой поддержке фармацевтической компании «д-р Редди`с Лабораторис».

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с болевыми синдромами в пояснично-крестцовой области. *Боль*, 2006, 29-37
- 2 Частота и характер болей в нижней части спины среди амбулаторных больных в г. Москве. Сообщение I. Ш.Ф. Эрдес, Т.В. Дубинина, Е.А. Галушко. *Научно-практич. ревматол.*, 2, 2006, 12-20
- 3 Шостак Н.А., Насонова В.А., Шеметов Д.А. и соавт. Боль в нижней части спины, как многодисциплинарная проблема (обзор). *Тер. архив*, 2000, 10, 57-60
- 4 Эрдес Ш. Принципы диагностики и лечения болей в нижней части спины. *Научно-практич. ревматол.*, 2006, 2, 37-44
- 5 Atlas S.J., Deyo R.A. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J. Gen.*

- Intern. Med.*, 2001, 16, 120-131
- 6 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur. Spine J.*, 2006, 15, 192-300
 - 7 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain. *Eur. Spine J.*, 2006, 15, 169-191
 - 8 Frymoyer J.W., Newberg A., Pope M.H. et al. Spine radiographs in patients with LBP. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 1984, 7, 1048-55
 - 9 Kinkade S. Evaluation and treatment of low back pain. *Am. Family Physician*, 2007, 8, 1181-92
 - 10 Savage R.A., Whitehouse G.H., Roberts N. The relationship between the MRI appearance of the lumbar spine and LBP, age and occupation in males. *Eur. Spine J.*, 1997, 6, 106-114

Поступила 15.11.07

Abstract

T.V. Dubinina, E.A. Galushko, S.F. Erdes

Frequency and character of low back pain among outpatients in Moscow. Report II

Objective. To determine frequency and character of low back pain (LBP) among outpatients in Moscow.

Material and methods. 1300 pts aged 18 to 50 years actively visited out-patients' clinic №17 of South Administrative District were examined during a month with a questionnaire developed in the Institute of Rheumatology of RAMS.

Results. LBP is a frequent cause of pt visits in outpatient practice. Spine X-ray was the most frequent diagnostic method used in such cases. Spine osteochondrosis was the most frequent diagnosis in these pts. Frequency of "red flags" did not exceed 10%.

Key words: low back pain, LBP diagnosis, "red flags"