

## Диагностика и лечение болей в нижней части спины

Н.А. Шостак

Кафедра факультетской терапии им. акад. А. И. Нестерова, РГМУ

Под синдромом боли в нижней части спины (*low back pain*) понимают боль, локализирующуюся между XII парой рёбер и ягодичными складками.

В МКБ X пересмотра БНС отнесена к рубрике "**Болезни костно-мышечной системы**" (XIII класс), что свидетельствует об отнесении данной патологии к компетенции врача - ревматолога.

**МКБ X пересмотра XIII класс болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани**

**M 42** остеохондроз позвоночника

**M 42.0** юношеский остеохондроз позвоночника; болезнь Кальве; болезнь Шейермана

**M 42.1** остеохондроз позвоночника у взрослых

**M 42.9** остеохондроз позвоночника *неточный*

**M 43.0** спондилолиз

**M 54.5** боль внизу спины; поясничная боль; напряжение внизу спины; люмбаго БДУ

**M 54.6** боль в грудном отделе позвоночника *исключена: вследствие поражения межпозвоночного диска.*

В настоящее время БНС широко распространена, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигла размеров эпидемии, что в большинстве случаев связано с возрастающими нагрузками на человека. Экономический ущерб, связанный с нетрудоспособностью пациентов с БНС, оценивается как огромный, и в штате Калифорния, напр., он составил 200 миллионов долларов в год.

Согласно наиболее принятой в настоящее время классификации Kuritsky выделяют первичный и вторичный синдромы БНС.

Главными причинами **первичного синдрома БНС** являются механические факторы:

1. дисфункция мышечно-связочного аппарата,
2. спондилез ( в зарубежной литературе это синоним остеохондроза позвоночника),
3. грыжа межпозвоночного диска

Причины **вторичного синдрома Kuritsky** объединил в 6 групп, представленных на *таблице 1*.

К указанной классификации, на наш взгляд, необходимо внести некоторые дополнения. Следует обратить внимание, что ЛВР может быть единственным клиническим признаком опухолей позвоночника (первичных и метастатических). При этом боль не проходит в покое, усиливается ночью и при перкуссии. Для опухолей позвоночного канала характерна острая боль радикулярно-го типа, которые необходимо дифференциро-

вать с грыжами межпозвоночного диска. Кроме злокачественных новообразований позвоночника необходимо помнить об опухолеподобных заболеваниях позвонков (кисты, хондромы). Опухоли другой локализации также являются источником болей в спине. Так, например, опухоль поджелудочной железы, особенно хвоста или тела, гипернефрома, рак простаты практически всегда проявляются болями в нижней части спины.

Наиболее частым источником люмбагии хронического типа являются также гинекологические заболевания: опущение матки, миомы, эндометрит, аднексит, рак матки, эндометриоз, варикозное расширение вен таза - малознакомая врачам патология, но частая причина боли. При этих состояниях боль чаще локализуется в крестце и усиливается при длительном стоянии.

Кроме этого, следует отдельно выделить группу больных, жалующихся на боль в копчике, которая может возникнуть вследствие падения на ягодицы, блокады крестцово-копчикового сочленения у женщин после родов, нередко копчиковая боль имеет отраженный характер и связана с грыжей нижних поясничных дисков, опухолью позвоночника, аноректальной инфекцией.

Одной из важных причин болей в спине является остеопороз, нередко встречающийся у женщин в климактерическом периоде.

**Факторами риска остеопороза являются:**

1. **Генетические/антропометрические:** пожилой возраст; этническая предрасположенность (европеоидная и монголоидная расы); низкая масса кости; полиморфизм гена рецептора витамина D (ВВ генотип); полиморфизм гена эстрогенов рецепторов.
2. **Гормональные:** женский пол; ранняя менопауза; позднее начало менструаций; аменорея; бесплодие.
3. **Стиль жизни/особенности питания:** курение; низкая физическая нагрузка; злоупотребление кофеином.
4. **Сопутствующие заболевания:** эндокринные; ревматические; гематологические/опухолевые; другие.
5. **Лекарства/хирургические операции:** овариэктомия; гормоны щитовидной железы; ГКС; химиотерапия и др.

Таблица 1. Основные причины вторичного синдрома БНС (Kuritsky, 1997)

1.	Врождённые аномалии	- spina bifida - спондилолистез
2.	Травма	- переломы позвонков - протрузия межпозвонковых дисков - повреждение межпозвонковых дисков
3.	Артриты, в т. ч.	- ювенильный хронический артрит* - анкилозирующий спондилит - реактивный артрит* - серонегативная спондилоартропатия*
4.	Другие заболевания	- опухоли - инфекции (туберкулёз, остеомиелит, гнойный дисцит, эпидуральный абсцесс, нагноившаяся гематома забрюшинного пространства**) - нарушения метаболизма (болезнь Педжета) - боль «слабой осанки» - психические заболевания - метаболические (остеопороз, остеомаляция) - неврологические (дебют диффузного заболевания нервной системы*)
5.	Проекционная боль при заболеваниях внутренних органов	- язва или опухоль задней стенки желудка - воспаление, киста или опухоль поджелудочной железы - расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты - опухоли, дивертикулиты, воспаление толстой кишки
6.	Заболевания мочеполовых органов	- альгодисменорея - опухоль и нарушение расположения мочеточников - опухоль и воспаление простаты - мочекаменная болезнь

Примечание. \* - собственные наблюдения авторов статьи

\*\* - в нашем наблюдении БНС острого течения и ограничение подвижности позвоночника были единственным проявлением болезни в течение 3-4 дней у молодой женщины 20 лет.

БНС чаще всего развивается в возрасте от 20 до 50 лет (пик заболеваемости в возрасте от 35 до 45 лет). Именно в этой возрастной группе обычно диагностируют первичный (механический) синдром БНС, тогда как у больных моложе 20 лет и старше 50 лет преобладает вторичный синдром БНС. Заболевание может протекать остро (до 3 недель), подостро (3-12 недель) и хронически (более 12 недель или до 25 эпизодов в год).

При клиническом обследовании врачу необходимо установить не только характер и локализацию боли, но и провоцирующие факторы. Провоцирующими факторами острого и подострого течения БНС могут быть травма, подъём непосильного груза, неподготовленные движения, длительное пребывание в нефизиологической позе, переохлаждения. В этих случаях боль чаще локализуется только в спине, если нет поражения корешка, и может быть связана как с поражением позвоночника (иногда это первое проявление формирующейся протрузии диска), так и с поражением мягких тканей - спазм и растяжение мышц, растяжение связок. Особенно следует уделять внимание выявлению причин хронической боли в спине, в частности, исключению вторичного характера ЛВР.

Хроническая боль может возникать как после регресса острой боли, так и независимо от нее. Наиболее частыми причинами хронической люмбагии являются:

1. Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента на разных стадиях межпозвонкового остеохондроза, приводящая к избыточной нагрузке на фасеточные суставы и мышцы.

2. Миофасциальный синдром

3. Артроз фасеточных суставов.

4. Спондилолистез.

При *нестабильности позвоночного сегмента*, приводящей к избыточной нагрузке на фасеточные суставы и мышцы, боль обычно двухсторонняя, усиливающаяся при наклонах и облегчающаяся в покое. Движения в поясничном отделе позвоночника не ограничены, но отмечается болезненность при разгибании. Боль может иррадиировать в крестцово-подвздошные сочленения и крыло подвздошной кости, но не в ягодицы и бедро. При пробе Ласега отмечаются двухсторонние умеренные боли только в пояснице.

При *артрозе фасеточных суставов*, который является *одной из самых частых причин хронической боли* спины у пожилых, боль будет двухсторонняя, локализующаяся, в отличие от дискогенной, паравертебрально, а не по средней линии, усиливающаяся при длительном стоянии и разгибании и уменьшающаяся при ходьбе и сидении.

*Миофасциальный синдром* в паравертебральных мышцах развивается чаще на фоне остеохондроза, но изредка самостоятельно (при хронической микротравматизации, перерастяжении или сдавлении мышц при травме и длительной иммобилизации).

## Алгоритм диагностики и лечения болей в спине

I. При обследовании больного задать следующие основные вопросы (для лучшего запоминания по рекомендации Д.С. Williams можно использовать мнемоник "P-Q-R-S-T").

**P (provocative factors)** - провоцирующие и облегчающие боль факторы:

1. Усиливается ли боль при сгибании или разгибании?
2. Усиливается или ослабляется боль в положении лежа, сидя, стоя?
3. Что усиливает и ослабляет боль?
4. Усиливается ли симптоматика при кашле, чихании?

**Q (quality of pain)** - характер боли:

1. Боль тупая, острая, жгучая, связана с покалыванием, онемением?

**R (radiation of pain)** - иррадиация боли:

1. Иррадирует ли боль в конечности?
2. Есть ли нарушения функции кишечника, мочеиспускания?

**S (severiti)** - тяжесть боли и других системных симптомов:

1. Вынуждает ли боль спокойно лежать на спине или пациент корчится от боли?
2. Имеются ли лихорадка, похудание?

**T (timing of pain)** - время появления боли:

1. Когда началась боль?
2. Есть ли боли ночью?
3. Были ли раньше травмы спины?

II. Использовать рекомендованные ВОЗ опросники, позволяющие объективизировать состояние больных (оценка боли по ВАШ, тест Шобера, опросник Освестри, индекс физической нетрудоспособности Вадделя и др.)

III. Рентгенография позвоночника в прямой и боковой проекциях.

Показания к рентгенологическому обследованию включают:

1. Острое начало болей у пациента моложе 15 лет и старше 50 лет без данных о травме в анамнезе;
2. Сильная боль;
3. Боль в спине после травмы;
4. Боль, не уменьшающаяся в положении лежа;
5. Больные с опухолевыми процессами, способными метастазировать в кости (опухоли предстательной железы, молочной железы, почек, легких, щитовидной железы);
6. Жалобы на лихорадку, похудание.

В ряде случаев необходимо использовать функциональные рентгенологические тесты (в состоянии максимального сгибания и разгибания), которые позволяют выявить нестабильность позвоночно-двигательного сегмента, а также ранние признаки дегенеративного поражения позвоночника. Кроме того, рентгенография позвоночника показана всем больным,

которые направляются на физиолечение и мануальную терапию.

IV. Электрмиография проводится при:

- 1) наличии симптомов радикулопатии и неясном диагнозе;
- 2) необходимости определить тяжесть поражения нервов или анатомическое местонахождение дисков;
- 3) перед предстоящим хирургическим вмешательством. Чувствительность метода составляет 92%, специфичность 38%

V. Радиоизотопная остеосцинтиграфия

VI. Денситометрия

VII. Компьютерная томография (чувствительность - 92%, специфичность - 88%) Выявляет патологию костной ткани, позволяет диагностировать грыжи диска, стеноз позвоночного канала.

VIII. Магнитно-резонансная томография, в отличие от КТ, позволяет получить изображение в любой проекции. Метод обладает наибольшей чувствительностью (93%) и специфичностью (92%). Показан для исследования не только позвоночника, но и спинного мозга, особенно при подозрении на опухоли, грыжи диска, стеноз позвоночного канала, патологию оболочек спинного мозга. Абсолютными противопоказаниями к использованию МРТ является наличие имплантированного искусственного водителя ритма, подозрение на наличие металлических осколков в жизненно важных органах (последствия ранений).

IX. При подозрении на сдавление спинного мозга или конского хвоста (если КТ или МРТ недоступны), а также при планировании оперативного вмешательства проводят миелографию.

По показаниям проводят рентгенографию легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства, ректороманоскопию. У женщин обязателен осмотр гинеколога, у мужчин - уролога (по показаниям - тест на простата-специфический антиген). Все больные должны быть осмотрены невропатологом, особенно при рецидивировании болевого синдрома. Комплексное обследование включает также клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня глюкозы, электролитов, азота мочевины, креатинина, Са, Р, мочевой кислоты, электрофореза белков сыворотки, по показаниям кислой и щелочной фосфатазы.

Лечение БНС представляет большие трудности. Растущая тенденция нетрудоспособности при LBP во многих странах мира побудила ВОЗ выступить с инициативой активного многоцентрового изучения LBP, касающегося лечения LBP. Известно, что в лечении LBP используются многочисленные медикаментозные и немедикаментозные средства, эффективность которых требует уточнения.

В такой сложной ситуации лечащему врачу достаточно трудно выбрать из широкого

спектра, предлагаемых зарубежными и отечественными фармацевтическими фирмами нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), адекватные для больных лекарственные средства. Оптимально, как для врача, так и для больного, должен рекомендоваться препарат, который обладал бы выраженным анальгезирующим и противовоспалительным действием в сочетании в хорошей переносимостью и минимумом развития побочных действий.

В связи с этим представило интерес предложение фирмы "Немофарм" провести клинические испытания калиевой соли дилофенака - **РАПТЕНА РАПИД**.

Лекарство быстро всасывается, и его сильный обезболивающий эффект достигается уже через 20-30 минут. Выводится из организма, в основном, с мочой в свободной и конъюгированной форме, а 30-35% выведенной дозы элиминируется с желчью. Основным механизмом действия препарата является ингибирование циклооксигеназы, препятствуя синтезу циклических метаболитов арахидоновой кислоты (простагландинов, простаглицлипа, тромбксана и др.) - мощных медиаторов воспаления из гранулоцитов, базофильных клеток и макрофагов, снижается чувствительность кровеносных сосудов к брадикинину и гистамину, тормозится синтез протромбина и агрегация тромбоцитов, увеличивается уровень В-эндорфина в сыворотке и нарастает обезболивающее действие.

Следовательно, **РАПТЕН РАПИД** - анальгетик для коротких курсов (до 10-14 дней) терапии головной боли, боли при удалении и протезировании зубов, острой боли в спине и суставах.

В плане оценки клинической эффективности и переносимости проведена терапия **РАПТЕНОМ РАПИД** больных с синдромом болей в нижней части спины.

**РАПТЕН РАПИД** назначался 20 пациентам - 12 женщинам и 8 мужчинам, средний возраст которых составил 51,2 года (от 34 до 72 лет), длительность болезни - 5,3 года (от 1 года до 12 лет). Основной причиной болей в спине был остеохондроз L1 и LV поясничных позвонков, сопровождавшийся люмбагией, миофасциальным синдромом и дискозом. 12 больных имели боли хронического, остальные 8 - острого и подострого течения.

Предшествующая терапия включала у 8 больных - диклофенак натрия, у 4 - бруфен, у 2 - парацетамол, солфаллекс и индометацин - по 1 больному, 4 пациента не принимали никаких НПВП. До приема **РАПТЕНА РАПИД** вышеуказанные НПВП были отменены и всем больным препарат назначался в качестве монотерапии по 1 таблетке (по 50 мг в каждой) три раза в день в течение 10 дней.

Клиническая эффективность лечения оценивалась по следующим параметрам до назначения лечения и после окончания курса.

1. Болевому индексу - в баллах;
2. Утренней скованности - длительность в минутах;
3. Характеру болей по Мак-Гиллу - в баллах;
4. Индексу хронической нетрудоспособности по Вадделю - в баллах.

Тщательно анализировались возникающие нежелательные побочные действия.

Все больные завершили курс лечения **РАПТЕНОМ РАПИД**. Изменения клинических показателей у 20 больных с болями в спине под влиянием терапии **РАПТЕНОМ РАПИД** представлена в таблице 2.

Было установлено, что у всех пациентов до начала лечения отмечался болевой синдром разной степени выраженности и в среднем составил 3,4 балла, утренняя скованность продолжительностью 22 минуты, характер боли по Мак-Гиллу - 7,2 балла и индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю - 5,6 балла. После окончания 10-дневного курса лечения выявлена существенная положительная динамика всех оцениваемых клинических тестов. Болевой индекс уменьшился до 1,3 балла, длительность утренней скованности до 3,7 минут и 1х1 больных - исчезла полностью. Значительно изменился характер боли от колющей, охватывающей, мучительной до слабой или отсутствующей. Индекс Мак-Гилла снизился до 2,6 баллов. Также зарегистрировано выраженное снижение индекса нетрудоспособности по Вадделю с 5,6 до 2,3 балла. Из общей группы выделена подгруппа из 8 больных с острой и подострой стадиями болезни, в которой уменьшение болевого индекса, утренней скованности и индексов боли и нетрудоспособности было наиболее значительным (таблица 3).

В этой подгруппе наблюдалось снижение болевого синдрома с 3,5 до 0,9 баллов; длительности утренней скованности с 21,9 до 1,6 минут, характера болей по Мак-Гиллу до 2,9 баллов, а индекс хронической нетрудоспособности уменьшился с 6,1 до 1,9 баллов.

Поведенная оценка эффективности врачом выявила значительное улучшение у 6 больных (30%), уменьшение у 10 больных (50%), удовлетворительный эффект у 2 больных (10%) и без эффекта у 2 больных (10%). Оценка результатов терапии больным выражалась в значительном улучшении у 6 (30%), улучшение у 10 (50%), удовлетворительный эффект у 3 больных (15) и без эффекта у 1 (5%).

Переносимость препарата в целом была отличной и хорошей. Только у 5 больных отмечены побочные явления в виде эпигастральных болей на 4-5 день приема лекарства (2 больных) и неприятного ощущения в подложечной области на 3 день (1 больной), изжоги на 4 день (2 больных), но они не потребовали отмены **РАПТЕНА РАПИД** и прошли самостоятельно.

Таблица 2. Динамика клинических показателей у 20 больных с болями в спине до и после лечения РАПТЕНОМ РАПИД

Показатель	N=20	
	До лечения	После лечения
Болевой индекс, баллы	3,4	1,3
Длительность утренней скованности (мин.)	22	3,7
Боли по Мак-Гиллу (баллы)	7,2	2,6
Индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю (баллы)	5,6	2,3

Таким образом, клиническое испытание РАПТЕНА РАПИД показало его выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие. Это нашло отражение в значительном снижении показателей болевого синдрома, увеличении объема движений в позвоночнике, а также в положительной динамике других оцениваемых параметров у пациентов с болями в спине, что в сочетании с хорошей переносимостью препарата позволяет рекомендовать его для лечения больных с болями в спине, особенно при остром и подостром течении.

Лечение БНС проводится с учётом формы заболевания и варианта его течения и включает следующие мероприятия, рекомендованные экспертами ВОЗ с дополнениями. Эксперты ВОЗ рекомендуют следующие мероприятия при лечении БНС.

1. Устранение причины.
2. Отдых в течение нескольких дней (от 2 до 5).
3. Ношение бандажа (Поясничный корсет часто и в некоторых случаях с успехом используется при болях в спине, но в 1999 году сформулировано положение о том, что с точки зрения доказательной медицины не получено свидетельств о необходимости ношения бандажа).
4. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).
5. Миорелаксанты.
6. Локальная терапия: инъекции (анестетики, глюкокортикоиды), мази, акупунктура.
7. Мануальная терапия.
8. Тракция (с позиции доказательной медицины нет данных о ее безусловной эффективности).
9. Транскутанная электрическая нервная стимуляция.
10. Физические упражнения.
11. Хирургическая декомпрессия.
12. Обучающие программы для работы с пациентами.
13. Психологическая коррекция.

При возникновении БНС рекомендуется: **отдых** в течение нескольких дней (от 2 до 5).

Таблица 3. Изменения клинических параметров у 8 больных с болями в спине острого и подострого течения под влиянием лечения РАПТЕНОМ РАПИД

Показатель	N=8	
	До лечения	После лечения
Болевой индекс, баллы	3,5	0,9
Длительность утренней скованности (мин.)	21,9	1,6
Боли по Мак-Гиллу (баллы)	12	2,9
Индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю (баллы)	6,1	1,9

Однако во всех исследованиях последних лет подчеркивается, что не постельный режим, а ранняя активизация больных должна быть главным компонентом программы лечения, что способствует улучшению питания межпозвоночного диска. При предполагаемом воспалительном компоненте БНС могут назначаться НПВС. Однако, надо отметить, что до настоящего времени применение НПВС не решило проблему борьбы с БНС.

При стихании острой боли в программу лечения включают физические упражнения, мануальную терапию, средства, уменьшающие мышечный спазм и улучшающие состояние мышц спины и брюшного пресса. При неэффективности терапии, сохраняющемся болевом синдроме после исключения инфекции, опухоли, эрозии кости, остеопороза и некоторых других заболеваний ряд авторов рекомендует эпидуральное введение глюкокортикостероидов или анестетиков.

Широко применяющаяся тракционная терапия - сухое скелетное или подводное вытяжение - позволяет, по данным литературы, уменьшить функциональные нарушения в позвоночнике, связанные с ограничением его подвижности в двигательном сегменте или формированием его обратимого блокирования. Вместе с тем показано, что тракционная терапия эффективна лишь у 45% пациентов и имеет ряд противопоказаний к её использованию, в частности, такие широко распространенные заболевания, как гипертоническая болезнь II - III стадии, ишемическая болезнь сердца, дисциркуляторная энцефалопатия, остеопороз в области позвонков, в связи с чем ряд авторов рекомендует ограничить ее использование. В настоящее время в нашей стране МГТУ им. Н.Э. Баумана разработан новый тип комплексной механотерапии, основанный на комбинация естественного последовательного нагружения позвоночника под воздействием собственного веса, а также периодического массажа мышц, синхронизации их с биологическими процессами в организме.

## Схемы лечения острой и хронической люмбагии (в практике терапевта, ревматолога, врача общей практики)

### ОСТРАЯ ЛЮМБАЛГИЯ

**Острый (подострый) период:**

1. **Постельный режим** (твердая поверхность) (2-5 дней).
2. **Холод или легкое сухое питье** (Криотерапия используется в первые 2-3 дня обострения в течение 10-20 мин каждые 2 часа - можно использовать пакетики со льдом, спрей).
3. **Корсет** (несколько дней). Корсет должен лимитировать поясничный лордоз и поддерживать мышцы брюшного пресса, не ограничивая общую подвижность. Длительное применение корсета может привести к остеопорозу и ослаблению мышц брюшного пресса, которое можно избежать, применяя физические упражнения, направленные на вытяжение мышц. Пациентов следует убедить снимать корсет, когда боль терпима и сохраняется подвижность в поясничном отделе позвоночника. В таких случаях предпочтительнее рекомендовать поддерживающий эластический пояс.
4. **НПВП**, например: **диклофенак** 100 мг/сутки, **раптен** 150 мг/сутки.
5. **Миорелаксанты**: **клоназепам** 1-2 мг/сутки; **сирдалуд** 4-8 мг/сутки (не более 2 недель); **диазепам** 10-30 мг/сутки.
6. **Финалгон** местно - на 3-5-й день
7. **По показаниям** - блокада местными анестетиками.

**После стихания остроты:**

1. **ЛФК.**
2. **Массаж.**
3. **ФЗТ.**
4. **Мануальная терапия.** *Абсолютные противопоказания* к проведению мануальной терапии: опухоли позвоночника; метастатические поражения позвоночника; спондилит; остеопороз. *Относительные противопоказания*: грыжи дисков; гиперлордоз поясничного и шейного отдела позвоночника; "плоская" спина отсутствие физиологического кифоза в грудном отделе позвоночника; врожденная дисплазия костно-хрящевой части позвоночника и связочно-сумочного аппарата).

### ХРОНИЧЕСКАЯ ЛЮМБАЛГИЯ

**При обострении:**

1. Нпвп.
2. Локальная терапия.
3. Анальгетики.
4. Миорелаксанты.

**При стихании:**

1. Увеличение двигательной активности больного.
2. Немедикаментозные методы лечения.

3. Коррекция психологического статуса.
4. Обучение больного, в том числе двигательному стереотипу.

Однако, несмотря на определенные успехи медикаментозной терапии и немедикаментозной реабилитации больных, БНС в ряде случаев прогрессирует даже на фоне лечения. В этих случаях необходимо **пересмотреть концепцию лечения:**

- а) провести тщательный поиск **причины БНС** (исключить ее вторичный характер);
- б) оценить **показания к хирургической декомпрессии позвоночника;**
- в) изучить **психологический статус пациента.**

По концепции Вадделя, боль и вред не являются одним и тем же, но **боль и длительная необоснованная иммобилизация** вызывают психологические расстройства, когда пациенты с хронической болью ощущают свою неполноценность в трудоустройстве, в финансовом отношении, а часто и в семейном статусе. В конечном счете, любые хронические состояния приводят к отчаянию и безнадежности, за которыми следуют социальная дезадаптация и финансовая зависимость. Некоторые авторы считают, что в трансформации БНС в хроническое или рецидивирующее, часто торпидное течение у ряда больных ответственны именно психологические особенности пациента. Так, хроническими больными, по данным последних исследований, чаще всего становятся те пациенты, которые считают свою работу не престижной. Для некоторых ревматологов такое открытие является, по мнению Вадделя, подтверждением того, что хроническая БНС частично, а иногда и полностью является психологической проблемой.

Вопрос о **хирургической помощи** решается совместно специалистами разных специальностей - терапевтами, невропатологами, нейрохирургами, ревматологами, ортопедами. В настоящее время показания к хирургическому лечению сужены, поскольку накопились факты о том, что даже при очень хорошей методике хирургической декомпрессии, заболелые склонно рецидивировать.

В заключении необходимо еще раз остановиться на важнейшей проблеме ведения больных. БНС - это лишь синдромальный диагноз, поэтому в каждом конкретном случае врач общей практики, терапевт или ревматолог должен, согласно алгоритму обследования больных, стремиться к нозологической идентификации, чтобы с позиций мультидисциплинарного подхода к данной проблеме составить индивидуальную программу лечения и реабилитации пациента, основанную на принципах доказательной медицины.