

Острая боль в спине в практике семейного врача

А.С. Сон, Ю.А. Солодовникова

Одесский национальный медицинский университет

Резюме. В обзорной статье приведены результаты исследования боли в пояснице — распространенного, часто повторяющегося состояния, которое возникает преимущественно вследствие неспецифических причин. Одним из наиболее распространенных этиологических факторов боли в пояснице является остеохондроз позвоночника. Диагностический поиск должен быть направлен на оценку наличия системных или других невертеброгенных причин возникновения боли в пояснице. Неблагоприятные психосоциальные факторы значительно увеличивают длительность болевого синдрома и повышают риск инвалидизации. Пациентам с острой или хронической болью в нижней части спины следует рекомендовать сохранять максимальную повседневную активность и избегать постельного режима. Лечение неспецифической боли в пояснице включает междисциплинарный подход, направленный на сохранение функции и профилактики инвалидизации пациентов. Хирургическое лечение показано при наличии тяжелых или прогрессирующих неврологических нарушений или синдроме конского хвоста.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, диагностика, лечение.

Боль в нижней части спины поражает значительную часть популяции и является ведущей причиной обращений к врачам общей практики [1-5]. Так, ряд авторов указывают, что до 84% респондентов среди взрослого населения отмечают как минимум один эпизод боли в нижней части спины в жизни [6]. Пик распространенности боли в нижней части спины отмечается у больных после 30 лет и прямо пропорционально возрастает до 60-65 лет, а затем снижается.

Среди факторов риска развития боли в нижней части спины наиболее часто отмечают физические, психологические, социальные, профессиональные — см. табл. 1 [2, 6].

Боль в нижней части спины имеет огромное социально-экономическое значение. Она является лидирующей причиной нетрудоспособности в мире и занимает второе место среди медицинских причин неявки на работу в США [9, 10]. В США прямые медицинские расходы на диагностику и лечение боли в нижней части спины ежегодно составляют около 33 миллиардов долларов, тогда как непрямые потери за счет дней нетрудоспособности и уменьшения продуктивности труда у данной категории

Таблица 1 Факторы риска развития боли в нижней части спины

Физические факторы	Психологические факторы	Социальные факторы	Профессиональные факторы
Пожилой возраст	Депрессия	Низкий уровень образования	Физически или психологически напряженная работа
Женский пол Ожирение Курение	Тревога Соматоформные расстройства	Возрастающий ежедневный стресс	Сидячая работа Общая вибрация Низкая социальная поддержка на рабочем месте Неудовлетворенность работой

больных увеличивает затраты до 100 миллиардов долларов ежегодно [2]. Боль в нижней части спины является одной из ведущих жалоб на амбулаторном приеме, уступая лишь жалобам респираторного характера, и в США обуславливает до 15 миллионов амбулаторных обращений в год [7].

Наиболее распространенные причины боли в пояснице могут быть выявлены радиологически (спондилез, спондилолистез) и клиничко-неврологически (лордоз, кифоз, радикулопатия, ишиас).

Экспериментальные исследования показывают, что боль в пояснице может быть обусловлена поражением одной или более анатомических структур позвоночника, в том числе связок, суставов, межпозвоночных дисков, паравертебральной мускулатуры и фасций, корешков спинномозговых нервов [8-10].

Острая боль в пояснице, которая индуцирована физической нагрузкой, вероятнее всего является результатом перенапряжения мышц, с последующим возникновением микронадрывов сухожильных элементов между мышцами и костью или разрыв мышечных волокон. Стойкое перенапряжение мышц, особенно неподготовленных или нетренированных, может вызвать тонические сокращения (спазмы) [11]. Растяжение связок является еще одной распространенной причиной острой боли в спине и возникает, когда связка растягивается сверх ее физиологического диапазона.

Наиболее распространенной причиной хронической боли в пояснице являются дегенеративные изменения костных структур и связок. Тем не менее, артрит позвоночника, называемый также «спондилез» является естественным процессом, сопровождающим старение. Так, до 80% женщин и 60% мужчин в возрасте 49 лет имеют остеофиты и другие изменения, которые указывают на ранний спондилез; почти все лица старше 79 лет имеют очевидный спондилез на обычных рентгенограммах. Следует отметить, что существует слабая корреляция между наличием спондилеза, и в том числе грыжи диска, при нейровизуализационных исследованиях и клиническими проявлениями болевого синдрома [12, 13].

Фасеточные суставы являются истинными синовиальными суставами и поэтому являются объектом развития дегенеративных или воспалительных изменений. Наличие костных разрастаний этих суставов может вызывать «фасеточную» боль и, наряду с утолщением желтой связки, способствовать развитию стеноза позвоночного канала [14].

До сегодняшнего дня продолжается научная дискуссия о роли внутренней дегенерации диска или его разрушения в возникновении дегенеративных изменений фиброзного кольца и пульпозного ядра. Внутренняя дегенерация диска была предложена в качестве причины первичной дискогенной боли в спине. Тем не менее, студенистое ядро не имеет иннервации, а нервные окончания фиброзного кольца

не содержат субстанции P и не имеют ноцицепторов, что оставляет неопределенность в отношении патофизиологии первичной дискогенной боли [15]. Некоторые исследователи отмечают, что новые нервы и кровеносные сосуды, прорастающие в поврежденное фиброзное кольцо, могут быть источником первичной дискогенной боли [16].

Корешковый болевой синдром характеризуется болью, иррадиирующей в нижние конечности, и обусловлен сдавлением и/или воспалением спинального нервного корешка. В результате сужения межпозвоночного отверстия, которое чаще всего обусловлено грыжей диска или спондилезом, реже наличием доброкачественных или злокачественных опухолей или эпидуральных абсцессов, возникает компрессия спинальных нервов. Риск возникновения грыжи выше для поясничных дисков, чем для шейных и грудных, частично из-за повышенного статического и кинетического давления на этом уровне, но и потому, что задняя продольная связка, образующая переднюю стенку позвоночного канала, выполняет лишь половину ширины тела на уровне поясничных позвонков. L5 и S1 радикулопатии являются наиболее распространенными, обуславливая более 90% пояснично-крестцовых корешковых синдромов.

Стеноз позвоночного канала приводит к его сужению, чаще всего данное состояние возникает вследствие спондилеза и протекает бессимптомно. По анатомическим критериям различают:

- центральный стеноз — уменьшение расстояния от задней поверхности тела позвонка до ближайшей противоположной точки на дужке у основания остистого отростка (до 12 мм — относительный стеноз, 10 мм и меньше — абсолютный) либо площади позвоночного канала (до 100 мм² — относительный стеноз, 75 мм² и менее — абсолютный стеноз);
- латеральные стенозы — сужение корешкового канала и межпозвоночного отверстия до 4 мм и менее.

Клиническая классификация основана на степени тяжести клинических проявлений стеноза позвоночного канала:

I степень — легкие проявления перемежающейся хромоты, слабо выраженный болевой синдром, ходьба не нарушена;

II степень — умеренно выраженные проявления перемежающейся хромоты, умеренно

выраженный болевой синдром, ходьба нарушена умеренно, передвижение без посторонней помощи;

III степень — выраженные проявления перемежающейся хромоты, выраженный болевой синдром, ходьба с посторонней помощью;

IV степень — тяжелые проявления перемежающейся хромоты, резко выраженный болевой синдром, больной не ходит. Клинические проявления стеноза позвоночного канала варьируют в зависимости от степени стеноза и уровня его расположения.

Частыми симптомами стеноза при преимущественном поражении латеральных структур канала являются радикулопатии, в то время как при преимущественно центральном стенозе чаще возникает нейрогенная хромота, которую всегда следует дифференцировать с сосудистой хромотой. Характерными особенностями нейрогенной хромоты является облегчение при сгибании туловища вперед, наличие парестезий, изменение рефлекторного ответа, а также отсутствие ослабления дистальной артериальной пульсации. Выраженный болевой синдром, перемежающаяся хромота, грубо нарушающая ходьбу, нарастающие парезы, присоединение тазовых расстройств свидетельствуют о значительной компрессии спинного мозга, корешков конского хвоста. В случае неэффективности адекватного консервативного лечения в течение 6 месяцев и более больным показано оперативное вмешательство.

Спондилолистез представляет собой смещение тел позвонков кпереди относительно нижележащего позвонка. Причинами спондилолистеза могут быть переломы или деформации *pars interarticularis* (врожденные, травматические или патологические) и дегенеративные изменения. Спондилолистез чаще отмечается на уровне нижних поясничных позвонков: L4-5 и L5-S1. Различают следующие клинико-рентгенологические степени спондилолистеза по классификации Майердинга: I степень — смещение позвонка на $\frac{1}{4}$ величины поверхности тела, II — на $\frac{1}{2}$, III — на $\frac{3}{4}$, IV степень — на всю поверхность тела позвонка. При отсутствии неврологических проявлений и I или II степени спондилолистеза проводится консервативное лечение. Пациент с наличием неврологической симптоматики и III или IV степени листеза обязательно должен быть направлен на консультацию к нейрохирургу.

Одним из подходов к проведению дифференциальной диагностики боли в пояснице является разделение видов боли на: неспецифическую «механическую» боль в нижней части спины; боль в нижней части спины с вовлечением нижних конечностей; боль, обусловленную системными или висцеральными заболеваниями (табл. 2).

Наиболее распространенной причиной боли в пояснице является «механическая», обуславливая до 97% данной патологии. Однако в клинической практике часто бывает трудно определить точный источник «механической» боли в спине. Так, Deo и Weinstein отмечают, что окончательный диагноз может представлять затруднения до 85% случаев в связи со слабой корреляцией между симптомами, патологическими изменениями и результатами нейровизуализации [17]. Среди «немеханических» причин боли в пояснице, наиболее значимы новообразования, инфекционные и воспалительные заболевания (табл. 2).

Боли, вызванные «немеханическими» причинами, как правило, сопровождаются симп-

Таблица 2 Дифференциальная диагностика боли в нижней части спины

Неспецифическая «механическая» боль	Боль с вовлечением нижних конечностей	Висцеральные и системные заболевания
Мышечное перерастяжение	Грыжи диска	Неоплазмы: Множественная миелома Метастатическая карцинома Лимфома / лейкоз Опухоли спинного мозга Забрюшинные опухоли
Дегенерация диска/фасеток	Стеноз позвоночного канала	Инфекции: остеомиелит, септический дисцит, эпидуральный абсцесс
Патологические переломы при остеопорозе		Воспалительные заболевания: болезнь Бехтерева, псориатический спондилит, реактивный артрит. Воспалительные заболевания кишечника
Выраженный сколиоз, кифоз, лордоз Спондилолистез		Висцеральные болезни. Простатит. Эндометриоз. Хронические воспалительные заболевания малого таза. Нефролитиаз. Пиелонефрит. Паранефральный абсцесс. Аневризма аорты. Панкреатит. Холецистит. Прободная язва
Травматические переломы		Другие: болезнь Педжета

томами системных заболеваний и быстро прогрессирующим тяжелым течением. В целом, висцеральная боль является гораздо менее распространенной причиной боли в пояснице, чем «механические» причины. Так, менее 5% всех пациентов, впервые обратившихся за медицинской помощью с болью в нижней части спины, имеют системные заболевания. Диагностическая стратегия у пациентов с болью в спине должна быть направлена на поиск системного заболевания или неврологических нарушений, которые требуют дальнейшего дообследования и возможной хирургической оценки, а также факторов, предрасполагающих к хронизации болевого синдрома.

При беседе с пациентом с болями в спине, необходимо спросить о времени появления симптомов, провоцирующих факторах (травма), локализации, характере, выраженности, иррадиации, факторах, усиливающих и уменьшающих боль. Большинство пациентов с острой болью в пояснице ранее уже отмечали подобные эпизоды боли.

В большинстве случаев «механическая» боль в спине уменьшается в положении лежа. Боль, которая не ослабевает в положении лежа, скорее всего вызвана наличием опухоли или инфекции, однако этот вывод не является облигатным и требует дообследования. Вероятность спинальной инфекции увеличивается у пациентов с историей инъекционного употребления наркотиков, инфекциями кожи или мягких тканей, инфекциями мочевыводящих путей или лихорадкой.

«Механическая» боль обычно локализуется в паравертебральной области, иногда распространяется на фланги или ягодичцы, но не иррадирует в нижние конечности.

Корешковая боль иррадирует в нижние конечности, сочетается с парестезией, сенсорными и моторными нарушениями, снижением рефлексов. Локализация боли и связанные с ней симптомы позволяют установить топический диагноз. Симптомы дискогенной радикулопатии усугубляются при кашле, чихании или при проведении пробы Вальсальвы [18]. Наличие корешковых симптомов или нейрогенной хромоты предполагает нейрогенную природу боли: чаще обусловленную грыжей диска или стенозом позвоночного канала, и в большинстве случаев поддающуюся консервативному лечению. Однако, наличие дисфункции кишечника или мочевого пузыря в сочета-

нии с седловидной анестезией, двусторонней гипестезией нижних конечностей и болью в нижней части спины, может свидетельствовать о серьезной компрессии конского хвоста. Синдром конского хвоста может быть вызван массивной срединной грыжей диска, а также сдавлением опухолью или абсцессом. Следует отметить, что прогрессирование неврологического дефицита, наличие синдрома конского хвоста или симптомов сдавления спинного мозга всегда требует urgentной консультации нейрохирурга.

«Красными флагами», которые могут сигнализировать о системном или онкологическом заболевании являются: наличие злокачественных опухолей в анамнезе, пожилой возраст, лихорадки или потеря веса неясного генеза, длительность болевого синдрома 4 недели и более, боль, возникающая в ночное время, или боль, не поддающаяся предыдущей терапии (табл. 3).

Даже при отсутствии неврологических нарушений или системных заболеваний, некоторые пациенты более склонны к хронизации боли, вплоть до инвалидизации: это пациенты с сопутствующей депрессией или тревогой, соматоформными расстройствами, наличием алкогольной или наркотической зависимости, неудовлетворенностью работой, а также другой личной заинтересованностью к получению группы инвалидности [19, 20].

При обследовании пациента с болью в спине, важно оценить влияние психосоциальных факторов и состояние эмоциональной сферы, выявить наличие стресса, так как эти факторы являются более значимыми предикторами течения болевого синдрома, чем характеристики боли и результаты физикального обследования [21, 22].

Таблица 3 «Красные флаги» системных и онкологических заболеваний

Индивидуальные факторы	Характеристики боли	Ассоциированные симптомы
Травмы	Ночная боль	Необъяснимая потеря веса
Новообразования	Продолжительность более 4-6 недель	Необъяснимая лихорадка
Возраст старше 50 лет. Остеопороз или длительное применение кортикостероидов. Употребление инъекционных наркотиков Иммунодепрессия Диабет	Отсутствие реакции на консервативные методы лечения	Коморбидные инфекции, такие как инфекции мочевыводящих путей

Общеклиническое физикальное обследование следует проводить у всех пациентов с болью в спине, в том числе обследование брюшной полости, которое позволяет определить висцеральный характер боли. Особое внимание следует уделять потенциальным источникам злокачественных новообразований (молочные железы, простата, лимфатические узлы) и воспалительных процессов (боль в подвздошной или надлобковой области, инфекции кожи или мягких тканей, хрипы в легких, шумы в сердце).

Обследование пациента с болью в спине должно включать осмотр позвоночника, оценку осанки и походки пациента, пальпацию позвоночника и паравертебральных структур. Осмотр позволяет выявить сколиоз, кифоз, лордоз. Боль, усиливающаяся при пальпации или перкуссии, может указывать на наличие спинального воспалительного процесса, однако этот тест неспецифичный и требует обязательного дообследования [23].

Для пациентов с иррадиацией боли в нижние конечности, наряду с неврологическим обследованием с определением симптомов натяжения, обязательным является также определение периферической артериальной пульсации, позволяющей дифференцировать нейрогенную и сосудистую хромоту. Наличие симптомов натяжения по разным данным свидетельствует в пользу радикулопатии в 75-91% случаев [17].

Сегодня, учитывая широкую распространенность и доступность методов визуализации, все большее значение приобретает разумный подход в их использовании. Во-первых, у большинства пациентов с неспецифической «механической» болью в пояснице или радикулопатией отмечается спонтанное выздоровление в течение 4-6 недель. Во-вторых, наличие патологических изменений по результатам нейровизуализационных исследований имеет слабую взаимосвязь с клиническими симптомами. Так, наличие разного рода анатомических и структурных изменений позвоночника были обнаружены у 20% людей без боли в нижней части спины [12, 13]. Кроме того, данные диагностические находки, как правило, не влияют на тактику лечения, могут вызвать стресс у пациента и привести к дальнейшему проведению ненужных анализов и процедур. К тому же, проведение ненужных рентгенографий и компьютерных томографий (КТ)

подвергает пациентов потенциально опасному облучению и способствует росту экономического бремени [24-26].

В целом международные рекомендации сводятся к проведению визуализации у пациентов с выраженным неврологическим дефицитом, подозрением на системное заболевание, наличием «красных флагов», а также болью в спине продолжительностью более 6 недель. Ниже приведен перечень показаний к проведению визуализации у пациентов с болью в нижней части спины [27, 28].

При продолжительности боли более 6 недель и отсутствии данных на наличие системного заболевания, информация, полученная при проведении простых передне-задних и боковых рентгенограмм пояснично-крестцового отдела позвоночника, может быть полезна для выявления нестабильности позвоночника, спондилеза, спондилолистеза.

КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) более чувствительны, чем простая рентгенография для раннего выявления злокачественных опухолей и воспалительных заболеваний. Для пациентов с типичным синдромом радикулопатии, сохраняющимся более 6 недель, МРТ должна быть произведена только если пациент является кандидатом для дальнейшего проведения блокад или хирургического лечения.

Для пациентов с подозрением на системное или онкологическое заболевание, целесообразно проведение специфических анализов крови и мочи, включая развернутый анализ крови, СОЭ, титр антинуклеарных антител, определение простат-специфического антигена, биохимический анализ крови, посев крови, мочи и/или культуры мочи.

Для пациентов, у которых существует необходимость дифференцировать стеноз позвоночного канала или радикулопатию от синдрома периферической нейропатии, может быть полезно проведение электромиографии. Проведение дуплексного сканирования может помочь дифференцировать сосудистую хромоту от нейрогенной [29].

По результатам ряда исследований, до 90% пациентов с острой «механической» болью в пояснице, наблюдаемых в течение 3 дней от начала отмечают восстановление в течение 2 недель [30]. У пациентов с радикулопатиями прогноз также в целом благоприятный, хотя скорость восстановления обычно медленнее:

примерно одна треть пациентов отмечают улучшение на протяжении 2 недель и около 75% на протяжении 3 месяцев [22, 31, 32].

Всем пациентам с острой неспецифической болью в пояснице, в том числе с иррадиацией в нижние конечности, следует рекомендовать максимально быстрое возвращение к обычной повседневной активности и отказ от длительного постельного режима. С точки зрения доказательной медицины ранняя активизация больных в момент периода острой боли дает: быстрый регресс боли; оптимальные условия для реституции поврежденных тканей (мышц, сухожилий, межостистых связок, диска и др.); быстреее выздоровление; предупреждение инвалидизации. Исследования показывают, что постельный режим не только не ускоряет выздоровление, но даже может замедлить его [33, 34].

У пациентов с умеренно выраженной болью применение нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов и опиоидов в большинстве случаев позволяет добиться анальгетического эффекта. При выборе лекарственного средства всегда нужно помнить об эффективности, переносимости и побочных эффектах. Следует отметить также, что нет убедительных данных, подтверждающих эффективность системного использования глюкокортикостероидов, пластырей с лидокаином, противосудорожных препаратов и антидепрессантов в лечении пациентов с острой болью в пояснице [35-38].

На сегодняшний день нет достаточных доказательств эффективности немедикаментозных методов лечения, таких как, мануальная терапия [39], лечебная физкультура [40], а также массаж, иглоукалывание и йога при их изолированном применении в лечении острой боли в нижней части спины. Однако эти методы могут быть полезны у пациентов с высоким риском хронизации болевого синдрома и инвалидизации.

Список использованной литературы

- Hart L.G. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. / L.G. Hart, R.A. Deyo, D.C. Cherkin // *Spine*.— 1995.— V20.— P. 11-15.
- Katz J.N. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. / J.N. Katz // *J Bone Joint Surg Am*.— 2006.— V88, Suppl 2.— P. 21.
- Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. / N. Henschke, C.G. Maher, K.M. Refshauge et al. // *BMJ*.— 2008.— V337.— P. 171.
- Chou R. Will this patient develop persistent disabling low back pain? / R. Chou, P. Shekelle // *JAMA*.— 2010.— V303.— P. 1295.
- Deyo R.A. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. / R.A. Deyo, Y.J. Tsui-Wu. // *Spine*.— 1987.— V12.— P. 264.
- Cassidy J.D. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. / Cassidy J.D., Carroll L.J., Cote P. // *Spine*.— 1998.— V23.— P. 1860.
- Deyo R.A. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. / Deyo R.A., Mirza S.K., Martin B.I. // *Spine*.— 2006.— V31.— P. 2724.
- The epidemiology of low back pain. / Hoy D., Brookes P., Blyth F. et al. // *Best Pract Res Clin Rheumatol*.— 2010.— V24, N6.— P. 769-81.
- Lidgren L. The bone and joint decade 2000-2010. / Lidgren L. // *Bull World Health Organ*.— 2003.— V81, N9.— P. 629.
- Neck and low back pain. / Levin K.H., Covington E.C., Devereaux M.W. et al. // *Continuum (NY)*.— 2001.— V7.— P. 1-205.
- Mense S. Muscle pain: understanding its nature, diagnoses and treatment. / Mense S, Simons D. // Baltimore (MD): Lippincott Williams and Wilkins.— 2001.— P. 117-8.
- Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation. / Boden S.D., Davis D.O., Dina T.S. et al. // *J Bone Joint Surg Am*.— 1990.— V72.— P. 403-8.
- Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. / Jensen M., Brant-Zawadzki M., Obuchowski N. et al. // *N Engl J Med*.— 1994.— V331.— P. 69-73.
- Meleger A.L. Neck and back pain: musculoskeletal disorders. / Meleger A.L., Krivickas L.S. // *Neurol Clin*.— 2007.— V25.— P. 419-38.
- Immunohistochemical demonstration of nociceptors in the ligamentous structures of the lumbar spine. / Korkala O., Gronblad M., Liesi P. et al. // *Spine*.— 1985.— V10.— P. 156-7.
- Innervation of «painful» lumbar discs. / Coppes M., Marani E., Thomeer R. et al. // *Spine*.— 1997.— V22.— P. 2342-9.
- Deyo R.A. Low back pain. / Deyo R.A., Weinstein J.N. // *N Engl J Med*.— 2001.— V344.— P. 363-70.
- The natural history of spondylolysis and spondylolisthesis. / Fredrickson B.E., Baker D., McHolick W. J. et al. // *J Bone Joint Surg Am*.— 1984.— V66.— P. 699-707.
- Anderson G.B.J. Epidemiologic features of chronic low back pain. / Anderson G.B. J. // *Lancet*.— 1999.— V354.— P. 581-5.
- Long term disability and return to work among patients who have a herniated lumbar disc: the effects of disability compensation. / Atlas S.J., Chang Y., Kammann E. et al. // *J Bone Joint Surg Am*.— 2000.— V82.— P. 4-15.
- A systematic review of psychological factor as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. / Pincus T., Burton A.K., Vogel S. et al. // *Spine*.— 2002.— V27.— P. E109-20.
- Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STARt Back): a randomized controlled trial. / Hill J.C., Whitehurst D.G., Lewis M. et al. // *Lancet*.— 2011.— V378.— P. 1560.
- Chandrasekar P.H. Low back pain and intravenous drug abusers. / Chandrasekar P.H. // *Arch Intern Med*.— 1990.— V150.— P. 1125-8.
- McGee S. Evidence-based physical diagnosis. / McGee S. // Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. Copyright.— 2001.— Elsevier Science, Inc.— P. 427.
- Physical examination for lumbar radiculopathy due to

- disc herniation in patients with low back pain. / Van der Windt D.A., Simons E., Riphagen I.I. et al. // *Cochrane Database Syst Rev.*— 2010.— V2.— CD007431.
26. Bowditch M.G. The significance of an absent ankle reflex. / Bowditch M.G., Sanderson P., Livesey J.P. // *J Bone Joint Surg Br.*— 1996.— V78.— P. 276.
 27. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. / Chou R., Qaseem A., Snow V. et al. // *Ann Intern Med.*— 2007.— V147.— P. 478.
 28. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high value health care from the American College of Physicians. / Chou R., Qaseem A., Owens D.K. et al. // *Ann Intern Med.*— 2011.— V154.— P. 181.
 29. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. / Pengel L.H., Herber R.D., Maher C.G. et al. // *BMJ.*— 2003.— V327.— P. 323.
 30. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. / Coste J., Delecoeuillerie G., Cohen de Lara A. et al. // *BMJ.*— 1994.— V308.— P. 577.
 31. Vroomen P.C. Predicting the outcome of sciatica at short term follow-up. / Vroomen P.C., de Krom M.C., Knottnerus J.A. // *Br J Gen Pract.*— 2002.— V52.— P. 119.
 32. Johnsson K.E. The natural course of lumbar spinal stenosis. / Johnsson K.E., Rosen I., Uden A. // *Clin Orthop Relat Res.*— 1992.— V279.— P. 82.
 33. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. / Hill J.C., Dunn K.M., Lewis M. et al. // *Arthritis Rheum.*— 2008.— V59, N5.— P. 632-41.
 34. Waddell G. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. / Waddell G., Feder G., Lewis M. // *Br J Gen Pract.*— 1997.— V47.— P. 647-52.
 35. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. / Roelofs P.D., Deyo R.A., Koes B.W. et al. // *Cochrane Database Syst Rev.*— 2008.— V1.— CD000396.
 36. Muscle relaxants for non-specific low back pain. / Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al. // *Cochrane Database Syst Rev.*— 2003.— V2.— CD0044252.
 37. Short-term efficacy of intravenous pulse glucocorticoids in acute discogenic sciatica, a randomized controlled trial. / Finckh A., Zufferey P., Schurch M.A. et al. // *Spine.*— 2006.— V31.— P. 377-81.
 38. Parenteral corticosteroids for Emergency Department patients with nonradicular low back pain. / Friedman B.W., Holden L., Esses D. et al. // *J Emerg Med.*— 2006.— V31.— P. 365-70.
 39. Spinal manipulative therapy for acute low back pain. / Rubinstein S.M., Terwee C.B., Assendelft W.J. et al. // *Cochrane Database Syst Rev.*— 2012.— V9.— CD008880.
 40. Exercise therapy for treatment of nonspecific low back pain. / Hayden J., van Tulder M.W., Malmivaara A. et al. // *Cochrane Database Syst Rev.*— 2005.— V3.— CD000335.

Надійшла до редакції 26.06.2015 р.

ACUTE BACK PAIN IN THE FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

A.S. Son, I.A. Solodovnikova

Summary

Low back pain is a common, often recurrent condition that occurs most often as a result of non-specific causes. One of the most common etiologic factors of back pain is spinal osteochondrosis. Diagnostic search should be directed to the assessment of the existence of systemic or other non-vertebrogenic causes of back pain. Adverse psychosocial factors greatly increase the duration of pain and increase the risk of disability. All patients with acute or chronic pain in the lower back should be encouraged to keep the maximum daily activities and avoid bed rest. Treatment of non-specific low back pain involves a multidisciplinary approach aimed at preserving function and preventing disability in patients. Surgical treatment is indicated in the presence of severe or progressive neurologic deficits or cauda equina syndrome.

Keywords: low back pain, diagnosis, treatment.