

БІЛЬ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Протокол призначається для лікарів-терапевтів, лікарів загальної практики, ортопедів-травматологів, неврологів, фізіотерапевтів.

Вступ.

Біль в нижній ділянці спини є одним з найчастіших приводів звернення до лікаря. Скелетно-м'язові захворювання займають друге місце по ранньому виходу на пенсію по причині втрати працездатності після психічних захворювань. В 2010р 26% всіх дорослих, що брали участь в обов'язковій загальнонаціональній системі медичного страхування в Германії, хоча б одноразово звертались з приводу болю в нижній ділянці спини.

Біль у спині (дорсалгія):

гострий – до 4-х тижнів, підгострий – від 4-х до 12 тижнів, та хронічний – більше 12 тижнів.

Діагностика.

Якщо анамнез та огляд пацієнта з болем в нижній ділянці спини не мають ознак загрозливого перебігу захворювання або інших патологічних станів, на момент звертання, немає потреби в додаткових діагностичних кроках.

Інтенсивний діагностичний пошук, який не виправдано клінічними даними, буде призводити до фіксації пацієнтом на своєму стані та викликати хронізацію болю.

Для вирішення питання щодо дообстеження потрібно використовувати так звані «червоні прапорці» і наступні рекомендації мають залежати від конкретного діагнозу, який підозрюється.

«Екстравертебральні» причини, соматичні попереджаючі знаки («червоні прапорці») та психосоціальні фактори ризику хронізації («жовті прапорці»).

«Екстравертебральні» причини болю в попереку (викликані процесами в сусідніх органах, які не відносяться до кісткових, м'язових або сполучнотканинних структур хребта).

- абдомінальні та вісцеральні процеси, наприклад холецистит, панкреатит;
- судинні зміни, наприклад аневризма аорти;
- гінекологічні причини, наприклад ендометріоз;

- урологічні причини, наприклад, сечокам'яна хвороба, ниркові пухлини, перинефротичні абсцеси;
- неврологічні захворювання, наприклад, периферійна невропатія;
- психічні та психосоматичні захворювання.

Соматичні попереджальні знаки («червоні прапорці»):

- Перелам / остеопороз:

- важка травма, наприклад, автомобільна аварія, падіння з висоти, спортивна травма;
- мінімальна травма (наприклад кашель, чхання або важка атлетика) у пацієнта похилого віку або пацієнта з остеопорозом.

- Системна стероїдна терапія;

- Інфекційне захворювання:

- системні симптоми (наприклад, недавня лихоманка / озноб, анорексія, втомлюваність);
- недавня бактеріальна інфекція.

- Внутрішньовенне зловживання наркотиками;

- Стан імуносупресії;

- Виснажлива хвороба;

- Недавня спинальна інфільтраційна терапія;

- Інтенсивний біль вночі.

Радикулопатія / нейропатія.

● У молодих пацієнтів, грижа диску найбільш поширена причина компресії нервового корінця.

● Біль, що розповсюджується в одну або обидві ноги, що відповідає дерматому, іноді з сенсорними порушеннями, такими як оніміння або поколювання в ділянці болю, та / або слабкість в нозі.

● Синдром cauda equina: дисфункція сечового міхура та кишківника з раптовим початком, наприклад, затримка або неутримання сечі, часті сечовиділення.

● Періанальний сенсорний дефіцит.

● Виражений або прогресуючий неврологічний дефіцит (слабкість, сенсорний дефіцит) в одній або обох нижніх кінцівках.

● Зменшення болю при одночасному збільшенні слабкості, аж до повної втрати функції м'язів («смерть нервового корінця»).

Пухлини / метастази.

● Пацієнт похилого віку.

- Злоякісний анамнез.
- Системні симптоми: втрата ваги, анорексія, втомлюваність.
- Біль посилюється в положенні лежачи на спині.
- Сильний біль вночі.

Анкілозуючий спонділоартрит.

- Біль в попереку більше 12 тижнів у пацієнта в віці до 45 років.
- Ранкова скутість (більше 30 хвилин).
- Зменшення болю в попереку при русі, а не в спокої.
- Нічні або ранкові прокидання через біль.
- Періодичний біль в сідницях.
- Прогресуюча нерухомість хребта.
- Супутній периферійний артрит, увеїт.
- Супутній псоріаз або запальне захворювання кишківника.

Психосоціальні фактори ризику хронізації («жовті прапорці») (вибір).

- Депресивний настрій, дистрес (тобто, негативний стрес, пов'язаний переважно з роботою).
- Попередні больові переживання.
- Пасивна больова поведінка: наприклад, захисна або уникаюча, надмірно активна больова поведінка: придушення больового відчуття.

Фактори ризику, пов'язані з психосоціальними факторами та на робочому місці, слід розглядати з самого початку. Після 4 тижнів стійкого болю з неадекватною відповіддю на рекомендоване лікування, лікар повинен оцінити психосоціальні фактори ризику («жовті прапорці»).

Пацієнти з гострим або рецидивуючим болем в попереку, у яких анамнез та фізичний огляд не вказують на небезпечний стан не повинні виконувати візуалізацію.

Систематичний обзор рандомізованих і контрольованих досліджень (РКІ) показав, що серед пацієнтів з гострим або підгострим болем в попереку, без ознак небезпечного стану, інтенсивність болю через три місяці або через 6-12 місяців нічим не відрізнялась у тих, кому візуалізація виконувалась терміново, від тих, у кого не було візуалізації. Більше того, візуалізація може призвести до непотрібного лікування та вести до хронізації болю.

Більшість пацієнтів відчувають помітне покращення протягом 6 тижнів. Для пацієнтів, у кого больовий синдром продовжує обмежувати фізичну активність або стан погіршується попри лікування, показання для діагностическої візуалізації повинні бути переглянуті через 4-6 тижнів. Після 4-6 тижнів болю

лікарі повинні приділяти більше уваги пошуку певної соматичної причини, ніж при першому огляді пацієнта.

Лікування.

Пацієнтам слід порекомендувати не знижувати щоденну фізичну активність. Систематичні обзори РКІ показали, що постільний режим для пацієнтів з гострим неспецифічним болем в попереку або не дає ніякого ефекту, або фактично затримує одужання та відновлення повсякденної діяльності, що призводить до більше тривалої відсутності на роботі.

В первинній терапії хронічного неспецифічного болю в попереку слід використовувати тренування (лікувальна фізкультура) та когнітивну поведінкову терапію. Більш слабкі рекомендації даються для релаксації м'язів, масажу, ерготерапії та голковколювання.

Негативні рекомендації для терапії інтерференційних токів, короткохвильова діатермія, лазерна терапія, магнітопольова терапія, через-шкірна стимуляція нервів, кріотерапія і терапевтичний ультразвук.

Медикаментозна терапія.

Лікування хронічного болю в попереку за допомогою ліків застосовується, якщо у пацієнта є функціональні обмеження діяльності через біль.

Лікування неспецифічного болю в попереку за допомогою препаратів є суто симптоматичним. В гострій фазі препарати використовуються для підтримання немедикаментозних методів, щоб пацієнт міг якомога швидше повернутись до щоденної активності.

В цілому, є помірні данні, демонструючі, що лікування препаратами знімає гострий та хронічний неспецифічний біль в попереку (алг. 3)

Принципи фармакотерапії при неспецифічному болю в попереку (алг. 2).

- Пацієнт повинен бути проінформований, що препарати є лише допоміжним засобом для людей з болем в попереку.
- Реалістична, відповідна терапії, мета повинна бути встановлена з посиленням на фізичну функцію (наприклад, збільшення відстані, на яку пацієнт може ходити, або інше фізичне напруження, відповідаюче зменшенню болю ($[> 30\%$ або $> 50\%]$)).
- Препарат слід обирати на індивідуальній основі з урахуванням супутніх захворювань, непереносимості ліків та попереднього досвіду пацієнта.
- Дозу препарату слід титрувати по етапам до тих пір, поки перевага не буде досягнута при мінімально можливій дозі.
- Пацієнт повинен регулярно бути оглянутим (приблизно кожні 4 тижні) для оцінки бажаного ефекту та побічних дій.
- Препарати для лікування гострого болю повинні бути відмінені або зменшені при зменшенні болю.

- Медикаментозне лікування слід продовжувати тільки в тому випадку, якщо воно ефективно та добре переноситься. Його наслідки повинні контролюватись через регулярні проміжки часу (кожні три місяці).
- Препарати, неефективні або які викликають побічні дії, повинні бути виключені.

Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) - є знеболюючими препаратами, які рекомендовано до застосування. В численних оглядах зафіксовано короткочасний анальгетичний ефект та функціональну перевагу пероральних НПЗЗ порівняно з плацебо у пацієнтів з гострим та хронічним неспецифічним болем в попереку. Щоб мінімізувати побічну дію, НПЗЗ слід призначати в найменшій ефективній дозі якнайкоротше. Приймаючи до уваги протипоказання, інгібітори ЦОГ-2 можуть використовуватись, якщо НПЗЗ протипоказані або погано переносяться.

В окремих випадках, метамізол можна розглядати як варіант лікування, якщо анальгетики протипоказані або погано переносяться. В систематичному пошуку не було оглядів, підтверджуючих його ефективність при неспецифічному болю в попереку. Комітет по лікарським засобам Німецької медичної асоціації (*Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, AkdÄ*) рекомендує використовувати його тільки для затверджених показань (сильний біль, для якого немає іншого лікування), і заявляє, що пацієнт повинен бути адекватно поінформований про побічну дію, особливо про прояви агранулоцитозу, що включає лихоманку, біль в горлі та ураження слизових оболонок порожнини рота.

В світі нових доказів, парацетамол (= ацетамінофен) більше не повинен використовуватись. Порівняно з плацебо, його використання не призводило до зменшення болю або покращення функціонування у пацієнтів з гострим, або хронічним неспецифічним болем в попереку. Також не слід застосовувати флупиртін для лікування неспецифічного болю в попереку. Його недостатньо документально підтверджена користь переважається чисельними ризиками - головним чином гепатотоксичністю - від підвищення печінкових ферментів до органної недостатності та потенційної залежності.

Опіоїдні препарати можуть бути варіантом лікування гострого неспецифічного болю в попереку, якщо неопіоїдні анальгетики протипоказані або виявились неефективними у окремого пацієнта. Показання до опіоїдних препаратів слід регулярно переглядати з інтервалом не більше 4 тижнів. Вони можуть використовуватись для лікування хронічного неспецифічного болю в попереку 4-12 тижнів. Якщо цей короткий період лікування призводить до зменшення болю та / або суб'єктивного фізичного покращення, одночасно викликає лише незначні побічні ефекти, то опіоїдні препарати також можуть бути довготривалим терапевтичним варіантом.

Інвазивні процедури

Неспецифічний біль в попереку не слід лікувати черезшкірними процедурами. Також не слід вводити внутрішньовенно, внутрішньом'язово або підшкірно анальгетики, місцеві анестетики, глюкокортикоїди або змішані інфузії.

Джерело: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>