

Діагностика болю у спині в роботі лікаря загальної практики–сімейної медицини

Л.А. Ткаченко, Т.І. Ярмола, Г.Л. Пустовойт, Л.А. М'якінькова
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті наведені можливі фактори ризику, причини виникнення, особливості клінічної картини і діагностичного пошуку у категорії хворих, у яких основним синдромом є біль у спині, а також принципи ведення таких хворих лікарями загальної практики–сімейної медицини.

Ключові слова: дорсалгія, діагностика, лікар загальної практики–сімейної медицини.

За узагальненими даними біль у спині (дорсалгія) фіксується у 40–80% популяції, щорічна захворюваність складає 5%. У віці від 20 до 64 років біль у спині мають 24% чоловіків і 32% жінок. Ця проблема має не тільки медичний, але й вагомий соціально-економічний аспект, оскільки найчастіше страждають люди працездатного віку, що зумовлює, у свою чергу, значні економічні витрати, пов'язані з лікуванням дорсалгії. Біль у нижній частині спини є другою після респіраторних захворювань причиною звернення до сімейного лікаря і третьою за частотою госпіталізації.

Мета роботи – продемонструвати лікарям загальної практики–сімейної медицини етапність діагностичного пошуку для верифікації діагнозу та відповідно до вибору тактики подальшого ведення хворого, який звернувся з основною скарою «біль у спині».

Больовий синдром у спині характеризується надзвичайним поліморфізмом. Синдрому властива значна етіологічна і прогностична гетерогенність, а також відсутність загальноприйнятої класифікації. Виділяють вісцерогенний, васкулярний, психогенний, нейрогенний, спондилогенний біль і міофасціальний синдром. Крім того, виділяють вертеброгенний і невертеброгенний біль у спині. Кожен вид патологічного болю має свої клінічні особливості, що дає можливість розпізнати його причини, механізми і локалізацію. Визначення провідного механізму розвитку болю відіграє значну роль у виборі адекватної терапії.

Необхідно в першу чергу виділити можливі фактори ризику виникнення болю у спині:

- професійні (тяжка фізична праця, статичні навантаження на хребет, підняття ваги, монотонна фізична праця, яка включає в себе часті нахили вперед та повороти тіла; праця, що супроводжується вібраційними діями);
- психосоціальні (у підлітків мають навіть більше значення, ніж механічні, особливо при затяжному – підгострому протіканні);
- неповноцінне харчування, тютюнопаління, нерегулярні фізичні тренування;
- індивідуальні фізичні фактори (значні фізичні навантаження/перевантаження та ін.); заняття конкуруючими видами спорту, єдиноборствами;
- недостатні/відсутні фізичні навантаження, адинамія, збільшення часу перегляду телебачення, комп'ютеризований спосіб життя.

Таким чином, попереднє виявлення факторів ризику має велике значення для попередження прогресування, хронізації хвороби та попередження ранньої інвалідизації.

При виявленні більш небезпечних факторів необхідно виключити «серйозні причини» виникнення болю у спині: наявність

пухлини, що існує чи раніше існувала; використання кортикостероїдів чи імуносупресивних засобів, внутрішньовенне застосування наркотичних засобів; травми; симптоми інфекції (озноб, жар, порушення сечовипускання, дизуричні явища тощо); неврологічні симптоми; конституціональні симптоми (втрата маси тіла, нічне потовиділення, анорексія); дисфункції кишечника та сечового міхура; біль тривалістю більше 6–8 тиж.

Диференціація дорсалгії за причинами виникнення: первинна та вторинна, механічна та запальна, специфічна та неспецифічна; за тривалістю: до 3 тиж (гострий біль), 3–12 тиж (підгострий) та більше 12 тиж або більше 25 епізодів на рік (хронічний біль).

До 90–95% всіх випадків складає *первинний (механічний) синдром*, що виникає на фоні дисфункції м'язово-зв'язкового апарату, остеохондрозу хребта, спондилоартрозу і гриж міжхребцевих дисків. Механічна дорсалгія зазвичай виникає у віці 20–50 років, і незалежно від віку на неї частіше хворіють жінки. Пік больових відчуттів припадає на 35–45 років, хоча перші ознаки можуть відзначитися ще в дитячому та підлітковому віці – у зв'язку зі сколіотичною поставою, сколіозом і кіфозом, а також доброякісним гіпермобільним синдромом.

У хворих віком молодше 20 і понад 50 років переважає *вторинний больовий синдром*, який зазвичай характеризується хронічним перебігом і гіршим прогнозом. Він виникає при:

- різних вроджених аномалій хребта – спондилолітез, spina bifida;
 - спондилоартритах – анкілозувальний спондиліт, псоріатичний артрит, реактивні артрити і синдром Рейтера, спондилоартрити на фоні запальних хвороб кишечника, ювенільний хронічний артрит, гострий передній увеїт і недиференційована спондилоартропатія;
 - травмах;
 - туберкульозі або пухлинах хребта (злоякісні – первинні і метастатичні, доброякісні – кісти і хондроми);
 - інфекціях (остеомієліт, епідуральний абсцес, арахноїдит, паравертебральні вогнища);
 - хворобі Педжета;
 - хворобі Шеєрмана–Мау (юнацька остеохондропатія);
 - первинному гіперпаратиреозі;
 - остеомаліції і остеопорозі, ускладненому переломами хребців;
 - захворюваннях сечостатевої системи – сечокам'яна хвороба, пієлонефрит, гіпернефрома, простатит і аденокарцинома передміхурової залози, альгодисменорея, аднексит, ендометрит, ендометріоз, утероптоз, міоми і рак матки;
 - хворобах внутрішніх органів – виразка або пухлина шлунка, панкреатит, кіста або пухлина підшлункової залози, дивертикуліт або пухлина кишечника, розрив чи розшарування черевної аорти, варикозне розширення вен таза;
 - психогенних дорсалгіях – наприклад при депресії.
- При об'єктивному обстеженні хворого лікарем загальної практики–сімейної медицини необхідно визначити локалізацію і можливу іррадіацію болю. Відомі чотири види болю в спині:
- локальний біль – обмежений ділянкою ураження хреб-

та, є постійним, але характер його змінюється залежно від положення тіла;

- проєкційний біль – дифузний, «поверхнево» поширюється від хребта до поперекової і крижової області, а також до внутрішніх органів;

- корінцевий біль – має «стріляючий» характер, і навіть при тупих, ниючих фонових відчуттях руху спричинює гострий, різучий біль (майже завжди іррадіює в кінцівку, частіше – в колінні суглоби; нахил тулуба вперед, піднімання випрямлених в колінах ніг, кашель, чхання, надування призводять до зміщення, здавлення корінців і посилення болю: обов'язковими компонентами вертеброгенного болю, зумовленого радикулопатією, є зони гіпестезії і зниження (випадіння) рефлексів відповідно до ураженого корінця);

- м'язово-спастичний і міофасціальний біль.

Слід зауважити, що міофасціальний больовий синдром і остеохондроз хребта є найбільш частими причинами хронічного неспецифічного больового синдрому, при якому дія проти-запальних лікарських засобів може бути незначною, в той час як у разі правильно проведеного діагностичного пошуку призначення регулярних фізичних вправ значно ефективніші.

На відміну від механічних, *запальні дорсалгії* характеризуються:

- тривалим анамнезом;
- поступовим початком у віці від 15–20 до 40 років;
- ранкової скутістю;
- посиленням болю під час відпочинку і ослабленням при фізичному навантаженні;
- дифузною іррадіацією болю;
- обмеженням рухів у хребті в кількох площинах;
- залученням інших органів і систем у запальний процес.

Гостре виникнення болю в спині, а саме – у поперековій ділянці, характерно для таких вторинних станів, як:

- травматичні ушкодження хребців і міжхребцевих дисків;
- остеопорозні переломи хребців;
- розрив або розшарування черевної частини аорти;
- напад ниркової коліки.

У кожному випадку «гострого болю» слід переконатися, що мова не йде про загострення хронічного болю.

Цілісне обстеження спини може дати важливу інформацію про причини та діапазон болю в ній. До нього входять огляд, пальпація, оцінювання мобільності та при необхідності – детальне неврологічне дослідження.

Під час огляду звертають увагу на ходу і поставу хворого (положення голови, нахил тулуба), здатність самостійно роздигтися. Пацієнта обстежують з усіх боків спочатку в положенні стоячи, потім – лежачи. Виявляють викривлення хребта (функціональний або конституційний сколіоз), збільшення або сплюснення нормальних передньозадніх вигинів, асиметрію рівнів надпліччя, лопаток, гребенів клубової кістки, шкірних складок сідничної області, підколінних ямок; визначають спазмовані м'язи, що мають більш підкреслені контури при порівнянні зі здоровою стороною.

Визначають наявність болочості або обмеження рухів голови, шиї, тулуба й кінцівок по осях (згинання-розгинання, бічні нахили, повороти, відведення–приведення). Виявляють порушення нормальної послідовності рухового акту, зменшення амплітуди згинання голови, шиї й тулуба, порівняння амплітуди нахилів та поворотів голови й тулуба в обидві сторони, зіставлення з середньою нормою обсягу рухів дає уявлення про ступінь рухових порушень, рівні локалізації ураження. Це робить подальше дослідження більш цілеспрямованим.

Неврологічне обстеження болю в спині включає оцінювання тону м'язів, їхньої сили, дослідження вібраційної, пропріоцептивної й больової чутливості, перевірку ахіллового та колінного рефлексів, патологічного рефлексу Бабінського й клонусів. Крім того, перевіряють наявність болочості при

симптомі Ласега та схрещенні випрямлених ніг у положенні лежачи на спині. Проба на розтягнення стегна (симптом Вассермана) зазвичай позитивна при килах диска верхньопередових відділів. Її проводять шляхом заднього згинання в кульшовому суглобі ноги пацієнта, котрий лежить на животі, – при патологічних станах виникає біль передньої поверхні стегна.

Обстеження спини також має супроводжуватися оцінюванням стегнових і крижово-клубових суглобів, оскільки біль у спині нерідко є іррадіювальним симптомом під час їхнього пошкодження.

Діагностичний клінічний процес включає самооцінювання болю пацієнтом шляхом *анкетування*. Вивчення анкети, заповненої пацієнтом, дозволяє скласти уявлення про локалізацію та характер больових відчуттів. На схемі людського тіла, що складається з 45 зон, пацієнт заштриховує ділянку больових відчуттів – малюнок болю. Для оцінки інтенсивності больових відчуттів використовується горизонтальну візуальну аналогову шкалу (ВАШ). Інтенсивність болю вимірюють в умовних одиницях, що відповідають довжині шкали – «відсутність болю – нестерпний біль», відзначеної пацієнтом (у міліметрах): слабка інтенсивність болю – до 30, середня – 31–60, сильна – 61–90, дуже сильна – 91–100 одиниць.

Якісні характеристики болю, запропоновані в анкеті, відображають найчастіші скарги: біль постійний, епізодичний, гострий, стріляючий, тупий, ниючий, посилюється під час руху, посилюється у спокої, супроводжується печінням, супроводжується онімінням.

Для виключення болю, зумовленого запальними, судинними захворюваннями, а також захворюваннями внутрішніх органів, проводять обов'язковий діагностичний скринінг: вимірювання температури тіла, артеріального тиску верхніх та нижніх кінцівок з обох сторін; проведення аускультативної серцевих тонів, легенів, підключичних і клубових артерій, дослідження пульсації артерій верхніх та нижніх кінцівок; пальпація органів черевної порожнини тощо.

Поряд з визначенням клінічної оцінки больового синдрому використовують такі *функціональні та інструментальні методи обстеження*:

- рентгенографію хребта в прямій, бічній і косій проєкціях, у низці випадків необхідно використовувати функціональні рентгенологічні тести (у стані максимального згинання та розгинання), які дозволяють виявити нестабільність хреботно-рухового сегмента, а також ранні ознаки дегенеративного ураження хребта;

- електроміографію – проводять при наявності симптомів радикулопатії і неясному діагнозі; при необхідності визначити важкість ураження нервів або анатомічне місцезнаходження дисків; перед хірургічним втручанням;

- радіоізотопної остеосцинтиграфії кісток та хребта – проводять при підозрі на пухлинний або метастатичний процес, деформівний остеїт та ін.;

- денситометрію;

- комп'ютерну томографію (КТ) – виявляє патологію кісткової тканини, дозволяє діагностувати грижі диска, стеноз хребтового каналу;

- магнітно-резонансну томографію (МРТ) – на відміну від КТ дозволяє отримати зображення в будь-якій проєкції, володіє найбільшою чутливістю (93%) і специфічністю (92%). Показана для дослідження не тільки хребта, але й спинного мозку, особливо при підозрі на пухлини, грижі диска, стеноз хребтового каналу, патологію оболонки спинного мозку. Абсолютними протипоказаннями до використання МРТ є наявність імплантованого штучного водія ритму, підозра на металеві осколки в життєво важливих органах (наслідки поранень);

- мієлографію – використовують при підозрі на стиснення спинного мозку або кінського хвоста (якщо КТ або МРТ недоступні), а також при плануванні оперативного втручання.

Рентгенографію хребта проводять в основному для виключення вроджених аномалій та деформацій, переломів хребців, спондилолітезу, запальних захворювань (спондиліт), первинних та метастатичних пухлин. Ознаки остеохондрозу чи спондилоартрозу виявляють майже у половини осіб середнього віку й у більшості літніх пацієнтів. Виявлення дегенеративно-дистрофічних змін під час рентгенографії не виключає наявності інших причин болю в спині і не може бути основою клінічного діагнозу. Рентгенівська КТ або МРТ дозволяє виявити грижу диска, визначити її розміри й локалізацію, а також виявити стеноз хребтового каналу, пухлину спинного мозку або інші неврологічні захворювання. Важливо відзначити, що при КТ та МРТ хребта часто виявляють дистрофічні зміни, особливо у старших вікових групах. Такі зміни виявляють майже у 90% літніх пацієнтів з болем у спині. Наявність гриж міжхребцевих дисків за даними КТ або МРТ, особливо невеликих розмірів, не виключає іншої причини болю в спині і не може бути основою клінічного діагнозу.

При пухлині спинного мозку, сирингомієлії та інших захворюваннях спинного мозку біль у спині часто поєднується з іншими неврологічними розладами, зазвичай відсутній м'язово-тонічний синдром. Діагноз встановлюють за допомогою КТ або МРТ хребта.

При деструктивному ураженні хребта (туберкульозний спондиліт, первинна пухлина або метастазування в хребет, остеопороз, гіперпаратиреоз, перелом хребта, його вроджені або набуті деформації, деформівний спондилоартрит) часто спостерігається локальна болочість, діагноз встановлюють на підставі результатів рентгенограми і (або) КТ чи МРТ хребта.

Наведені два методи томографії проводять не рутинно, а за специфічними показаннями. При цьому зазвичай не потрібне застосування контрасту, окрім випадків, коли підо-

зрюють наявність інтраспінальної пухлини. Хворі з порушенням ниркових функцій, котрим усе ж таки може бути необхідна контрастна нейровізуалізація, мають бути адекватно гідратовані перед обстеженням, щоб знизити ризик індукованої контрастом нефропатії. Також слід пам'ятати, що при використанні МРТ із гадолінієвим підсиленням існує підвищений ризик нефрогенної фіброзувальної дермопатії.

До інших необхідних діагностичних та лабораторних досліджень належать:

- визначення ШОЕ (підвищення якої може свідчити про наявність злоякісної пухлини, інфекції, ревматичної поліміалгії, туберкульозу, абсцесу чи остеомиєліту), активності лужної фосфатази (підвищення якої свідчить про метастази в кістках, хворобу Педжета, остеомаляцію, первинний гіперпаратиреоз), білків сироватки крові (мієломна хвороба);
- посів крові на бактеріальні культури (сепсис із розвитком остеомиєліту чи абсцесу);
- виявлення простатичного специфічного антигену (рак передміхурової залози), HLA – B27 (спондилоартропатії), змін в аналізах сечі (захворювання нирок: камені, пухлина, пієлонефрит, хвороба Рейтера);
- туберкулінові проби (позитивні – туберкульоз кісток чи спинного мозку);
- біопсія кісток для гістопатологічного підтвердження специфічного діагнозу.

ВИСНОВКИ

Цією роботою автори хотіли акцентувати увагу, в першу чергу лікарів загальної практики–сімейної медицини, на можливі фактори ризику, причини виникнення, вікові аспекти, особливості клінічної картини та діагностичного пошуку у категорії хворих, у яких основним синдромом є біль у спині.

Диагностика боли в спине в работе врача общей практики–семейной медицины Л.А. Ткаченко, Т.И. Ярмола, А.Л. Пустовойт, Л.А. Мьякинкова

В статье приведены возможные факторы риска, причины возникновения, особенности клинической картины и диагностического поиска в категории больных, у которых основным ведущим синдромом является боль в спине, а также основные принципы ведения таких больных врачами общей практики–семейной медицины.

Ключевые слова: *дорсалгия, диагностика, врач общей практики–семейной медицины.*

Diagnosis back pain in the practice doctor of general practitioners and family medicine L.A. Tkachenko, T.I. Yarmola, A.L. Pustovoyt, L.A. Myakynkova

The article presents the possible risk factors, causes, clinical picture and diagnostic work in patients when leading syndrome is pain in the back and the basic principles of management of patients by doctors general practitioners and family medicine.

Key words: *dorsalgia, diagnostic, doctor general practitioners and family medicine.*

Сведения об авторах

Ткаченко Лидия Афанасьевна – Кафедра внутренней медицины № 2 с профессиональными болезнями ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Ярмола Татьяна Ивановна – Кафедра внутренней медицины № 2 с профессиональными болезнями ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (050) 566-70-05

Пустовойт Анна Леонидовна – Кафедра внутренней медицины № 2 с профессиональными болезнями ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Мьякинкова Людмила Александровна – Кафедра внутренней медицины № 2 с профессиональными болезнями ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богачева Л.А. Современное амбулаторное лечение боли в спине //Л.А. Богачева / Российский журнал боли. – 2010. – № 1. – С. 23–29.
2. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине) // Л.А. Богачева, Е.П. Снеткова / Боль – 2005. – № 4. – С. 26–30.
3. Вознесенская Т.Г. Боли в спине: взгляд невролога /Т.Г. Вознесенская/ Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 257–261.
4. Воробьева О.В. Боли в спине. Причины, диагностика, лечение /О.В. Воробьева/ Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 10. – С. 94–98.
5. Катеренчук І.П. Біль у спині: від синдрому до діагнозу: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. III–IV рівнів акредитації/ І.П. Катеренчук, Л.А. Ткаченко, Т.І. Ярмола. – Х.: Золоті сторінки, 2013. – 128 с.
6. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на дорсалгію. Наказ МОЗ України від 17.08.2007 № 487 //Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» // Міжнародний неврологічний журнал. – 2007. – № 5. – С. 193–209.

Статья поступила в редакцию 30.01.2015