

Принципи ведення пацієнтів із болем у нижній частині спини в амбулаторній практиці (огляд сучасних рекомендацій)

Л.В. Хіміон, С.В. Данилюк, О.Б. Яценко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

В оглядовій статті наведені сучасні принципи ведення пацієнтів із болем у нижній частині спини (БНС). Розглянуто питання диференційованого діагностування при гострому та хронічному БНС, детально викладено план комплексного лікування пацієнтів із даними симптомами.

Ключові слова: біль у нижній частині спини, ведення пацієнтів в амбулаторній практиці, сімейний лікар.

Біль у нижній частині спини (БНС) визначається як будь-які больові відчуття, що локалізуються між реберними кутами і сідничними складками та можуть ірадіювати вздовж по нижнім кінцівкам.

Наведена локалізація болю є однією з п'яти найчастіших причин звернення дорослого населення до сімейного лікаря в США, приблизно чверть таких хворих страждають від болю кожні 3 міс, втрачаючи працездатність щонайменше на добу. Як правило, перший епізод трапляється у віці 20–40 років. Біль може бути різної інтенсивності – від помірного, що не викликає виражених порушень якості життя, до важкого, який може спричинити тривожні і депресивні розлади.

За міжнародною статистикою, сімейний лікар консультує як мінімум одного хворого із таким болем на тиждень. Відомо, що приблизно 65% таких хворих звертаються до сімейного лікаря, 55,9% – до ортопеда-травматолога, 50,5% – до фізіотерапевта і 46,7% – до мануального терапевта. У США на проведення діагностики та лікування таких хворих щорічно витрачається близько 90 млрд. доларів.

Значна кількість пацієнтів відчуває короткотривалі епізоди гострого болю у спині, який минає самостійно, без звернення за медичною допомогою; 30% пацієнтів відзначають тривалість симптомів понад 6 міс. Серед хворих із вираженими симптомами покращення і відновлення працездатності настають у перший місяць лікування, хоча третина таких хворих відзначає повернення помірно виражених симптомів хоча б один раз протягом наступного року після гострого епізоду; кожен п'ятий при цьому скаржитися на обмеження рухів у хребті. Лише 5% хворих із БНС мають важкі інвалідизуючі захворювання, на лікування яких витрачається 75% усіх коштів, призначених на лікування болю у спині.

За даними багатьох мета-аналізів та результатів оцінки медичних втручань встановлено, що у більшості випадків результат лікування болю у спині достовірно не залежить від виду застосованих втручань, а використання вартісних методів обстеження та терапії досить часто не є виправданим ні з медичної, ні з економічної точки зору.

За тривалістю симптомів біль поділяють на:

- гострий – тривалість проявів від 4 до 12 тиж;
- хронічний – тривалість симптомів 3 міс і довше.

Під час консультації нового пацієнта із БНС сімейний лікар повинен провести первинний огляд та детальний збір анамнезу захворювання і життя хворого з метою віднесення кожного випадку до наступних категорій:

- неспецифічний біль у спині;
- біль, пов'язаний із радикулопатією або стенозом хребтового каналу, ішіас;
- біль у спині, не пов'язаний із захворюваннями хребта;
- біль, пов'язаний із специфічними проблемами хребта.

Неспецифічний біль визначається як біль у спині за відсутності ознак серйозних захворювань (травма, інфекція, пухлина, синдром кінського хвоста) та неврологічних симптомів (радикулопатія, стеноз хребтового каналу) або інших специфічних проблем та захворювань хребта (анкілозивний спондиліт, перелом хребця). Дегенеративні зміни у поперековому відділі хребта (остеохондроз), які часто виявляють при обстеженні, трактуються саме як неспецифічні, тому що вони слабо корелюють із клінічними проявами.

Радикулопатія – дисфункція нервового корінця, яка супроводжується болем, сенсорними порушеннями, слабкістю або ослабленням глибоких сухожильних рефлексів по ходу корінця.

Стеноз хребтового каналу – звуження хребтового каналу, яке може призвести до ущемлення кінського хвоста і відповідних корінців.

Ішіас – ірадіація болю по нижній кінцівці, нижче коліна, по ходу сідничного нерва у результаті стиснення нерва набряком та запаленням. Ішіас є найчастішим симптомом радикулопатії поперекового відділу хребта.

Специфічні проблеми хребта – міжхребцеві грижі, спондиліоз, спондилітез, спондилоартрит.

Гострий БНС найчастіше є неспецифічним і досить часто точну причину болю встановити не вдається. Завданням сімейного лікаря у такому випадку є проведення всіх необхідних заходів (у першу чергу, виявлення «червоних прапорців») для виключення серйозних захворювань (метастази, пухлина, перелом, інфекційний артрит, спондиліт). Враховуючи значну поширеність туберкульозу та ВІЛ-інфікованості в Україні, слід пам'ятати про можливість розвитку туберкульозного спондиліту, особливо на тлі імунодефіциту.

Підходи до диференційного діагнозу у разі гострого та хронічного БНС наведено у табл. 1 і 2.

Анамнез

Надзвичайно важливе значення для подальшого лікування пацієнта з БНС має детальний збір анамнезу та фізикальний огляд як при першому епізоді болю, так і при наступних рецидивах. При хронічному больовому синдромі слід звернути увагу на добовий ритм болю, пам'ятаючи про те, що його запальний характер (біль посилюється у стані спокою, у ранні передранкові години), особливо у чоловіків молодого віку, може свідчити про спондилоартрит, лікування якого вимагає обов'язкового консультування у ревматолога.

Збір анамнезу у хворого з БНС повинен обов'язково включати запитання щодо травм, остеопорозу, онкологічних захворювань, наявності ревматичних захворювань у членів родини, симптомів псоріазу (у хворого і рідних), перенесених

Диференційний діагноз при гострому БНС

Діагноз/стан	Анамнестичні та клінічні ознаки
<i>Специфічні проблеми хребта</i>	
Компресійний перелом хребця	Травма в анамнезі (пам'ятати: за наявності остеопорозу навіть незначне навантаження (різке згинання, нахил) може призвести до перелому!); біль при постукуванні/пальпації остистого відростка; біль посилюється при переході із положення лежачи у положення сидячи, із положення сидячи у положення стояче; внаслідок нахилів і згинань
Грижа пульпозного ядра	Біль у нижніх кінцівках сильніша за біль у спині; біль посилюється під час сидіння; біль від гриж на рівні L1-L3 поширюється на передню та бокову поверхню стегна; на рівні L4-S1 – нижче коліна
Розтягнення поперекового відділу	Дифузний біль у спині, який може поширюватись на сідниці; зменшується під час спокою, наростає під час руху
Стеноз хребтового каналу	Біль у ногах перевищує біль у спині; стає сильнішим під час ходьби і стояння; полегшується при згинанні, розтягненні хребта; може бути одностороннім і двобічним
Спондилолізис	Не доведено, чи є причиною болю у дорослих; біль у спині погіршується при випрямленні та рухах
Спондилолітез	Біль у ногах перевищує біль у спині, погіршується при ходьбі і стоянні, покращується при згинанні; може бути одно- та двобічною
Спондилоз (дегенеративна артропатія фасеткових суглобів або диску)	Ураження фасеткових суглобів супроводжується болем при розтягненні, ходьбі і стоянні; диску – при згинанні, сидінні
<i>Системні причини</i>	
Остеомієліт	Постійний біль, погіршується при постукуванні/пальпації остистих відростків; підвищені ШОЕ, СРБ; лихоманка; контакт із хворими на туберкульоз; імунодефіцит
Спондилоартрит	Діагностовано неспецифічний виразковий артрит, хворобу Крона (або є відповідні симптоми на момент огляду чи в анамнезі); діагностовано псоріаз (або позитивний сімейний анамнез, або ознаки при огляді чи в анамнезі захворювання); діагностовано уrogenітальну або кишкову інфекцію в анамнезі (або наявність відповідних симптомів в анамнезі); біль посилюється вночі та вранці; вранішня скутість; ураження очей; стан покращується при рухах; біль при пальпації крижово-клубових з'єднань; обмеження рухливості; відсутність поперекового лордозу; біль у суглобах кінцівок
Пухлина	Загальні симптоми: лихоманка, втрата маси тіла, слабкість, анемія; біль у кістках; біль посилюється у положенні лежачи
<i>Біль, що не пов'язаний із хребтом</i>	
Аневризма аорти	Дискомфорт, пульсуюча маса в черевній порожнині
Захворювання органів травлення (панкреатит, холецистит, виразка)	Симптоми часто пов'язані із прийомом їжі; дискомфорт в черевній порожнині; нудота, блювання, диспепсія
Herpes zoster	Різкий «електричний» біль відповідно дерматомам; пухирцева висипка
Захворювання органів таза (ендометріоз, простатит, запалення тазових органів; киста яєчника, позаматкова вагітність)	Дискомфорт у тазу; дизурія; порушення менструального циклу; кровотеча
Захворювання нирок та сечовивідних шляхів (сечокам'яна хвороба, ниркова колька, гострий пієлонефрит)	Дизурія, зміни в аналізі сечі, ірадіація болю у пахвину зону, статеві органи, промежину

інфекцій (кишкових, урогенітальних); важливим є виявлення «червоних прапорців» (симптомів, що вказують на наявність серйозного захворювання як причини болю) як при гострому, так і при хронічному больовому синдромі (табл. 3 і 4).

«Червоні прапорці» допомагають лікарю якнайшвидше визначитись із підгрупою хворих, прогноз яких залежить від швидкості надання спеціалізованої/високотехнологічної медичної допомоги (це хворі із важкими захворюваннями внутрішніх органів, інфекціями, що також проявляються болем у спині). Слід звернути увагу, що сімейний лікар повинен провести всебічне (холістичне) оцінювання стану пацієнта, оскільки за статистичними даними до 80% хворих, які звертаються за первинною медичною допомогою у зв'язку із гострим БНС, мають одну-дві ознаки, що відносяться до «червоних прапорців». Але абсолютна більшість із них не має серйозного захворювання і не потребує застосування вартісних обстежень, консультацій та лікування.

Фізикальне обстеження

Огляд пацієнта із БНС повинен включати проведення тесту із підняттям рівних ніг (з положення на спині піднімати випрямлену в коліні ногу на 30–70°. Поява болю свідчить про

міжхребцеву грижу); проведення визначення глибоких сухожильних рефлексів, чутливості та м'язової сили; пальпацію хребців; пальпацію ілеосакральних з'єднань. Після виключення радикулопатії та міжхребцевої грижі – провести проби на визначення рухливості хребта; провести пальпацію живота, перевірити симптом Пастернацького, стан периферійних лімфовузлів; провести аускультацию серця і легень.

Кожному пацієнту із болем у спині обов'язково слід провести первинний неврологічний огляд (табл. 5).

Інструментальні та лабораторні обстеження

Діагностичні інструментальні дослідження при веденні пацієнтів із гострим БНС загалом рекомендується проводити лише після 4–6 тиж лікування відповідно до причини, що викликала біль. Ранні діагностичні обстеження (в основному це МРТ) рекомендуються лише у випадку наявних сильних ознак, що відносяться до «червоних прапорців» у даного контингенту хворих.

Слід пам'ятати, що призначення МРТ або КТ дослідження хребта при гострому БНС у більшості випадків не впливає на прогноз, перебіг і тактику лікування таких хворих і водночас збільшує вартість ведення таких

Диференційний діагноз при хронічному БНС

Неспецифічний (ідіопатичний) біль (70%)	Іррадіація болю у спину (2%)	Механічний біль (27%)	Немеханічний біль (1%)
Зміщення хребця	Аневризма аорти	Дегенеративні зміни пульпозного ядра і фасеткових суглобів	Пухлина:
	Захворювання органів таза:	Міжхребцеві грижі	– множинна мієлома
	– простатит	Остеопоротичний перелом	– метастази
	– ендометріоз	Стеноз хребтового каналу	– лімфома, лейкоз
	– хронічний тазовий біль	Травматичний перелом	– пухлина спинного мозку
	Захворювання органів травлення:	Вроджена патологія	– ретроперитонеальна пухлина
	– панкреатит	Тяжка форма сколіозу	– первинна пухлина хребця
	– холецистит	Тяжка форма кіфозу	Спондилоартрити
	– пенетрація виразки	Спондиліоз	Інфекція:
	Захворювання нирок:	Дискогенний біль, внутрішній розрив диска	– остеомієліт
– пієлонефрит	Нестабільність	– септичний дисцит	
– сечокам'яна хвороба		– абсцес	
– паранефрит, абсцес		– остеохондроз	
		– хвороба Педжета	

Таблиця 3

«Червоні прапорці» при гострому БНС

Стан/діагноз	Дані анамнезу	Дані при фізикальному обстеженні
Пухлина	Сильні: – діагностовано метастази в кістки – діагностовано пухлини – безпричинне схуднення Слабкі: – нічний біль – біль у спокої – відсутність полегшення болю у спокої	Слабкі: – болючість хребців – обмеження рухливості хребта
Синдром кінського хвоста	Сильні: – порушення функції тазових органів – прогресуючі порушення чутливості та рухові порушення	Сильні: – значні рухові та чутливі порушення – анестезія – зниження тону сфінктерів Слабкі: – обмеження рухливості
Перелом	Сильні: – значна травма (відповідно віку) Проміжні: – тривале вживання глюкокортикоїдів Слабкі: – вік старше 70 років – остеопороз	Слабкі: – болючість хребців – обмеження рухливості
Інфекція	Сильні: – сильний біль – оперативне втручання на хребті протягом попередніх 12 міс Слабкі: – контакт із хворим на туберкульоз – імунodefіцит	Сильні: – лихоманка – нориця – ознаки важкої інфекції інших органів і систем

пацієнтів. Окрім того, у пацієнтів старших вікових груп досить значно збільшується кількість хибно-позитивних результатів таких досліджень. КТ використовують зазвичай при недоступності або наявних протипоказаннях до застосування МРТ. Рентгенологічне дослідження є більш дешевим методом, але його специфічність і чутливість у даній категорії пацієнтів є низькою.

При гострому больовому синдромі визначають лабораторні показники: гематологічні, ШОЕ, СРБ. Це має значення при підозрі на інфекційне ураження, однак досить часто ці показники можуть бути нормальними при нейроінфекціях, тому найбільш інформативним методом обстеження є проведення МРТ, за необхідності – із контрастуванням.

При хронічному больовому синдромі за відсутності показань до термінової госпіталізації призначають лабораторні та

інструментальні обстеження із урахуванням результатів фізикального обстеження та даних анамнезу:

- загальний аналіз крові (ЗАК) із визначенням кількості тромбоцитів та ШОЕ;
- рівень СРБ;
- загальний аналіз сечі;
- біохімічні дослідження (визначення лужної фосфатази, кальцію, фосфору сироватки крові – при підозрі на порушення метаболізму кісток (хвороба Педжета, метастази);
- тести на виявлення збудників реактивного артрити (урогенітальна інфекція, ентероколітична інфекція): *Chl. trachomatis* (L2b серотип), *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Shigella flexneri*, *Salmonella enterica* (серовари *Typhimurium*, *Enteritidis*, *Hadar*), *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cyclosporin*, *Yersinia enterocolitica* і

«Червоні прапорці» у хворих із хронічним БНС

Ознака	Діагностична оцінка				Стратегія		
	Синдром кінського хвоста	Перелом	Рак	Інфекція	ЗАК, ШОЕ, СРБ	Рентгенографія	МРТ
Вік >50 років		X	X		1*	1	2
Лихоманка, озноб, нещодавня інфекція, рана				X	1	1	1
Значна травма		X				1	2
Нічний біль, біль у стані спокою			X	X	1*	1	2
Прогресуюче порушення рухів, чутливості	X		X				1E
Раптова анестезія, слабкість у ногах, дизурія, нетримання калу	X						1E
Схуднення			X		1*	1	2
Рак в анамнезі або підозра на рак			X		1*	1	2
Остеопороз в анамнезі		X				1	2
Імуносупресія				X	1	1	2
Вживання ГК		X		X	1	1	2
Внутрішньовенне уведення наркотичних препаратів		X		X	1	1	2
Залежності		X		X	1	1	2
Немає покращення за 6 тиж лікування			X	X	1*	1	2

Примітка: 1 – дослідження «першої лінії», 2 – дослідження у процесі спостереження; ЗАК – загальний аналіз крові; ГК – глюкокортикоїди; ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів, СРБ – С-реактивний білок; * – визначення рівня простатоспецифічного антигену (ПСА) може бути необхідне для чоловіків.

Таблиця 5

Визначення симптомів під час первинного неврологічного огляду

Уражений корінець	Моторний дефіцит	Сенсорний дефіцит	Рефлекси	Грижа дисків		
				Центральна	Пара центральна	Латеральна
L3	Згинання стегна	Передня/середня поверхня стегна	Колінний	Над L2-L3	L2-L3	L3-L4
L4	Розгинання коліна	Передня поверхня ноги/медіальна стопи	Колінний	Над L3-L4	L3-L4	L4-L5
L5	Дорсальне згинання, піднімання стопи	Бокова поверхня ноги/дорсальна ступні		Над L4-L5	L4-L5	L5-S1
S1	Плантарне згинання стопи	Задня поверхня ноги/бокова стопи	Ахіловий	Над L5-S1	L5-S1	-

Yersinia pseudotuberculosis, Campylobacter jejuni i Campylobacter coli, Clostridium difficile, Viridans Streptococci;

- рентгенографія (МРТ, КТ) різних відділів хребта;
- рентгенографія (МРТ) ілеосакральних з'єднань;
- рентгенографія суглобів (за наявності одночасно болю в суглобах);
- обстеження внутрішніх органів (наприклад УЗД – за наявності показань).

Лікування

Основними завданнями лікування пацієнтів із гострим БНС є зменшення болю, відновлення/покращення функції, зменшення термінів непрацездатності; запобігання рецидивам та загостренням патологічного процесу.

Сімейний лікар на рівні первинної медичної допомоги веде самостійно або при залученні консультативної допомоги вузьких спеціалістів пацієнтів із неспецифічним болем (як гострим, так і хронічним).

План лікування таких хворих включає:

1. Навчання пацієнта.
2. Немедикаментозне лікування.
3. Медикаментозні засоби: парацетамол, нестероїдні про-

тизапальні препарати (НПЗП), ± міорелаксанти, ± глюкокортикоїди, ± антидепресанти.

Навчання хворих із болем у спині є обов'язковим елементом роботи сімейного лікаря. Надзвичайно важливо донести до пацієнта інформацію про те, що найбільш вірогідно біль є відображенням доброякісного процесу, не несе загрози для життя пацієнта і розвитку важких ускладнень, найчастіше не потребує госпіталізації і проведення додаткових обстежень. Пацієнту рекомендують уникати навантажень, різких рухів, згинання, скручування спини. Водночас не рекомендується постійно лежати, абсолютно необхідним є підтримання помірного рухового режиму. Призначаються медикаментозні і немедикаментозні втручання в залежності від вираженості больового синдрому, наявності супутніх захворювань, фізичних можливостей хворого.

Серед немедикаментозних втручань із доведеною ефективністю, які можна використовувати вдома в перші 3–5 днів появи симптомів, відомі зігріваючі процедури (розтирання із зігріваючими мазями).

Призначаючи НПЗП, лікар має враховувати наявність супутньої патології, особливо у пацієнтів старшого віку:

- при підвищеному ризику розвитку НПЗП-індукованих уражень травного тракту та кровотеч (виразкова хворо-

Таблиця 6

Психосоціальні предиктори тривалого порушення працездатності у пацієнтів із хронічним БНС («жовті прапорці»)

Афект	Поведінка	Емоційні фактори	Соціальні фактори	Робота
Тривога	Неправильна стратегія подолання	Негативні думки	Насильство в анамнезі	Очікування погіршення болю з початком роботи, активності
Депресія	Порушення сну внаслідок болю	Зневіра у можливість контролю і подолання	Залежність в анамнезі	Проблеми із виплатами
Відчуття безсилля	Пасивне відношення до лікування	Необхідність подолання болю до початку активності	Дефіцит підтримки	Невдоволення роботою
Дратівливість	Відмова від активності		Старший вік	Дефіцит підтримки в робочому оточенні
			Занадто турботлива сім'я	

Таблиця 7

Ефективність і доказовість застосування неінвазивних втручань при лікуванні пацієнтів із хронічним БНС

Втручання	Рівень доказів	Вираженість ефекту	Сила рекомендації
Парацетамол	задовільний	помірна	B
НПЗП	хороший	помірна	B
Міорелаксанти	хороший	помірна	B
Поверхнєве тепло	хороший	помірна	B
Порада підтримувати фізичну активність	хороший	незначна (відсутня шкода)	B
Бензодіазепіни	задовільний	помірний	B
Самостійне навчання (книжки, буклети)	задовільний	незначна (відсутня шкода)	B
Фітотерапія	задовільний/слабкий	помірна/невідомо	B
Мануальна терапія	задовільний	незначна/помірна	B/C
Відпочинок у ліжку	хороший	відсутня	D
Фізичні вправи спеціальні	хороший	відсутня	D
Системні ГК	задовільний	відсутня	D
Аспірин	слабкий	невизначений	I
Акупунктура	слабкий	невизначений	I
Лазеротерапія	слабкий	невизначений	I
Діатермотерапія	слабкий	невизначений	I
Черезшкірна електростимуляція нервів	слабкий	невизначений	I
Поверхневий холод	слабкий	невизначений	I

ба, ерозивний гастрит, дуоденіт; розвиток кровотечі як побічного явища при використанні НПЗП в анамнезі) перевагу слід надати селективним інгібіторам ЦОГ-2: із груп коксибів (наприклад, целекоксиб 200–400 мг на добу); німесулід (наприклад, німесіл 100–200 мг на добу); мелоксикам (наприклад, моваліс 7,5–15,0 мг на добу);

– при високому ризику розвитку тромбозів (нещодавно перенесені тромботичні події, згущення крові, фібриляція передсердь) перевагу слід надавати неселективним інгібіторам ЦОГ (препарати диклофенаку: диклоберл 50–150 мг на добу; ібупрофен 400–2400 мг на добу).

Для профілактики виразкових і ерозивних уражень травного тракту можна одночасно із НПЗП призначати інгібітори протонної помпи.

У пацієнтів із супутніми захворюваннями серцево-судинної системи слід контролювати артеріальний тиск та стан водного балансу (пам'ятати, що неселективні інгібітори ЦОГ-2 сприяють затримці натрію і рідини, що може викликати появу або загострення симптомів серцевої недостатності, підвищення артеріального тиску).

У будь-якому випадку курс лікування НПЗП має бути помірковано тривалим, з використанням мінімальних доз препаратів, особливо при застосуванні у пацієнтів старшого віку. Слід також пояснити пацієнту, що ефективність терапії НПЗП немож-

ливо прогнозувати, не існує також достатньо доказів щодо переваг того чи іншого препарату над іншими, тому можливим є заміна першого призначеного препарату на інший (за необхідності). За результатами досліджень відомо, що застосування парацетамолу разом із НПЗП покращує ефективність лікування.

Існують лише докази слабкої/помірної сили щодо користі застосування небензодіазепінових міорелаксантів у даної групи хворих. Однак, враховуючи розвиток можливих небажаних явищ (нудота, слабкість, запаморочення), слід використовувати їх з обережністю, максимальний ефект зазвичай досягається за 7–4 днів лікування.

Пацієнтам із гострим БНС слід враховувати, що не існує доказів на підтримку призначення пероральних ГК, акупунктури (у разі болю тривалістю до 4 тиж), застосування корсетів (за винятком переломів); доказових рекомендацій щодо використання фізичних вправ і масажу. Мануальна терапія може бути ефективною щодо короткотривалого зменшення болю (до 4 тиж), однак не впливає на втрату працездатності.

При веденні пацієнтів із хронічним БНС, як у будь-якому іншому випадку хронічного болю, слід пам'ятати про часте формування стійких психосоціальних порушень у даного контингенту хворих. Так, деякими дослідженнями показано формування тривожності, зниження рівня самооцінки і відчуття контролю над власним життям, порушення настрою та інші

Для довідки

Вираженість ефекту	Визначення
Незначний	Покращення у середньому на 5–10 мм по 100 мм шкалі болю (ВАШ) або еквівалент
Помірний	Покращення у середньому на 10-20 мм по 100 мм шкалі болю (ВАШ) або еквівалент
Сильний	Покращення в середньому на >20 мм по 100 мм шкалі болю (ВАШ) або еквівалент

Сила рекомендацій

Рівень	Рекомендація
A	Втручання наполегливо рекомендоване для застосування у відповідній групі пацієнтів. Існують перевірені докази, що втручання покращує результати лікування, користь значно перевищує шкоду
B	Втручання рекомендоване для застосування у відповідній групі пацієнтів. Існують щонайменше задовільні докази, що втручання покращує результати лікування, користь помірно перевищує шкоду
C	Не висловлюється рекомендацій ані «за», ані «проти» втручання. Існують задовільні докази, що втручання покращує результати лікування, однак користь лише незначно переважає над шкодою або баланс користь/шкода дуже сумнівний
D	Втручання не рекомендується, існують щонайменше задовільні докази, що втручання неефективне, або шкода перевищує користь
I	Не існує достатніх доказів «за» або «проти» застосування втручання, недостатньо доказів ефективності, або докази неякісні, або протирічні; баланс користь/шкода неможливо визначити

проблеми у хворих із болем, який не зникає протягом 6–12 тиж лікування. У табл. 6 наведено «жовті прапорці» – психосоціальні фактори, які визначають формування тривалого порушення працездатності у хворих із хронічним болем у спині.

Пацієнтам із хронічним болем у спині та наявними «жовтими прапорцями» слід розглянути необхідність призначення антидепресантів.

У разі неефективності лікування хронічного неспецифічно-

го болу у спині в домашніх умовах сімейний лікар повинен сформувати мультидисциплінарну команду фахівців або направити пацієнта на реабілітацію для застосування комплексу реабілітаційних заходів (раціональна психотерапія, масаж, фізичні вправи, йога, аква-терапія, релаксація, мануальна терапія).

У табл. 7 наведено основні дані щодо ефективності і доказовості застосування різноманітних неінвазивних втручань у хворих із хронічним неспецифічним БНС.

Принципы ведения пациентов с болью в нижней части спины в амбулаторной практике (обзор рекомендаций)

Л.В. Химион, С.В. Данилюк, О.Б. Яценко

В обзорной статье приведены современные принципы ведения пациентов с болью в нижней части спины (БНС). Рассмотрены вопросы дифференцированного диагностирования при острой и хронической БНС, детально изложен план комплексного лечения пациентов с данными симптомами.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, ведение пациентов в амбулаторной практике, семейный врач.

Management of the patients with low back pain in out-patient practice

(review of the recommendations)

L. Khimion, S. Danyliuk, O. Yashchenko

The modern aspects of the management of patients with low back pain (LBP) are described in the article. Considered are the questions of differential diagnosis in acute and chronic LBP, is detailed plan of the complex treatment of patients with these symptoms.

Key words: low back pain, patients management in outpatient practice, family physician.

Сведения об авторах

Химион Людмила Викторовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35

Данилюк Светлана Владимировна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35

Яценко Оксана Борисовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical guideline from American College of Physicians and the American Pain Society / R. Chou, A. Quaseem, V. Snow et al. – Annals of Internal Medicine. – 2007. – Vol. 147, № 7. – P. 487–493.
2. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): a prospective population-based sequential comparison / N.E. Foster, R. Mullis, J.C. Hill et al. – Annals of Family medicine. – 2014. – Vol. 12, № 2. – P. 102–111.
3. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy / G.E. Bekkering, M.W. van Tulder, E.J. Hendriks et al. – Phys Ther. 2005;85(6):544–555.
4. Casazza B.A. Diagnosis and treatment of acute low back pain. – Am Fam Physician. – 2012. – V. 85 (4). – P. 343–450.
5. McIntosh G, Hall H. Clinical Evidence. Low back pain (acute). <http://www.clinicalevidence.com>
6. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult low back pain (guideline). November 2010. http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/musculo-skeletal/low_back_pain/low_back_pain_adult_5.html

Статья поступила в редакцию 07.07.2016