

Діагностичні підходи до пацієнта з проблемою гострого болю у спині у практиці сімейного лікаря (за досвідом Хорватії та Словенії)

Л.С. Бабинець, І.М. Галабіцька

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Гострий біль у спині – одна з найбільш поширених проблем зі здоров'ям у практиці сімейної медицини. Цей біль відчувають принаймні один раз у житті 60–80% людей.

Метою роботи було вивчення європейського (хорватського і словенського) досвіду діагностичного підходу до ведення пацієнта з проблемою гострого болю у спині у практиці сімейного лікаря.

Гострий біль у спині є причиною частих відвідувань сімейного лікаря. У більшості пацієнтів діагностують неускладнений біль у спині, який не потребує додаткових діагностичних досліджень, а курс лікування і короткий лікарняний (до 2 тиж) призначає сімейний лікар. Біль у спині не є остаточним діагнозом. Це може бути причиною для відвідування, так і робочим синдромним діагнозом. Для встановлення причини болю необхідно визначити джерело болю, щоб підібрати належне лікування. Для виявлення причини слід зібрати анамнез і провести клінічні обстеження на предмет наступних факторів: неускладнений біль у попереку, корінцевий біль у спині, серйозна патологія попереково-крижової ділянки, біль від суміжних структур, психосоціальні фактори (соматизація, загострення). У невеликій кількості пацієнтів з гострим болем у спині розвивається хронічний біль у спині, що встановлюється як діагноз після того, як клінічні симптоми зберігаються протягом півроку. Важливо одразу діагностувати пацієнтів, у яких на початку може розвинути хронічний біль у попереку, що вимагає додаткових діагностичних обстежень, фізичну терапію та оцінювання тимчасової або постійної втрати працездатності.

Проведення діагностики за наданим вище алгоритмом дозволяє визначитись з причинним фактором виникнення гострого болю у попереку та призначити ефективну і раціональну схему ведення такого пацієнта з метою корекції клінічного стану, зняття болю і профілактики хронізації гострого болю у хребті.

Ключові слова: гострий біль у спині, неускладнений біль, корінцевий біль, синдром кіньського хвоста, діагностика болю у спині.

Diagnostic approaches to a patient with the problem of acute low back pain at the family doctor's practice (according to the experience of Croatia and Slovenia)

L.S. Babinets, I.M. Halabitska

Acute low back pain is one of the most common health problems in family medicine. This pain is experienced at least once in the life of 60–80% of people.

The aim is to study the European (Croatian and Slovenian) experience of the diagnostic approach to the management of a patient with the problem of acute low back pain in the practice of a family doctor.

Acute low back pain is the reason for frequent visits to the family doctor. Most patients are diagnosed with uncomplicated low back pain, which does not require additional diagnostic tests, and a course of treatment and a short hospital stay (up to two weeks) is prescribed by a family doctor. Back pain is not a definitive diagnosis. This may be a reason to visit or as a working syndrome diagnosis. To determine the cause of pain, it is necessary to determine the source of pain in order to select the appropriate treatment for the patient. To identify the cause it is necessary to collect history and conduct clinical examinations for the following factors: uncomplicated low back pain, radicular back pain, severe pathology of the lumbosacral region, pain from related structures, psychosocial factors (somatization, exacerbation).

A small number of patients with acute low back pain develop chronic low back pain, which is established as a diagnosis after clinical symptoms persist for six months. It is important to immediately diagnose patients who may initially develop chronic low back pain, which requires referral for additional diagnostic examination, physical therapy, and to assess for temporary or permanent disability.

Carrying out the diagnostic process according to the above algorithm allows to determine the causative factor of acute low back pain, which will prescribe an effective and rational scheme of such a patient to correct the clinical condition, relieve pain and prevent chronic low back pain.

Keywords: acute low back pain, uncomplicated pain, radicular pain, ponytail syndrome, diagnosis of low back pain.

Диагностические подходы к пациенту с проблемой острой боли в спине в практике семейного врача (по опыту Хорватии и Словении)

Л.С. Бабинець, І.М. Галабіцька

Острая боль в спине – одна из наиболее распространенных проблем со здоровьем в практике семейной медицины. Такую боль испытывают по крайней мере один раз в жизни 60–80% людей.

Целью работы было изучение европейского (хорватского и словенского) опыта диагностического подхода к ведению пациента с проблемой острой боли в спине в практике семейного врача.

Острая боль в спине является причиной частых посещений семейного врача. Наиболее часто у пациентов диагностируют неосложненную боль в спине, не требующую дополнительных диагностических исследований, а курс лечения и короткий больничный (до 2 нед) назначает семейный врач.

Боль в спине не является окончательным диагнозом. Это может быть поводом для посещения врача или диагнозом рабочего синдрома. Для определения причины боли необходимо установить источник боли, чтобы подобрать подходящее лечение. Для выявления причины необходимо собрать анамнез и провести клинические обследования по следующим факторам: неосложненная боль в пояснице, корешковая боль в спине, тяжелая патология пояснично-крестцовой области, боль со стороны смежных структур, психосоциальные факторы (соматизация, обострение).

У небагатої кількості пацієнтів с острою боллю в спині розвивається хроническая боль в спине, которая устанавливается как диагноз после того, как клинические симптомы сохраняются в течение полугода. Важно сразу диагностировать пациентов, у которых в самом начале может развиться хроническая боль в пояснице, что требует дополнительного диагностического обследования, физическую терапию и оценивание временной или постоянной утраты трудоспособности.

Проведение диагностики по представленному выше алгоритму позволяет определиться с причинным фактором возникновения острой боли в спине и назначить эффективную и рациональную схему ведения такого пациента с целью коррекции клинического состояния, снятия боли и профилактики хронизации острой боли в позвоночнике.

Ключевые слова: острая боль в спине, неосложненная боль, корешковая боль, синдром конского хвоста, диагностика боли в спине.

Гострий біль у спині – одна з найбільш поширених проблем зі здоров'ям у практиці сімейної медицини. Цей біль відчують принаймні один раз у житті 60–80% людей [1]. Оцінювання річної захворюваності серед населення коливається від 2,42% до понад 6,25%. Слід зазначити, що до 12% хворих страждають на ішіас. Біль у попереку є основною причиною тимчасової втрати працездатності в осіб віком до 40 років. Незважаючи на високу поширеність, хронізація процесу відносно низька, гострий біль зберігається і стає хронічним лише у 5% пацієнтів [2, 3].

Метою роботи було вивчення європейського (хорватського і словенського) досвіду діагностичного підходу до ведення пацієнта з проблемою гострого боллю у спині у практиці сімейного лікаря.

Біль у спині виникає між нижньою частиною 12-го ребра і сідничним вигином та може поширюватися у ногу або клубову зону. Гострий біль у попереку залишається актуальною проблемою медицини через високу частоту захворювання і ураження людей у найбільш працездатному віці. Зазвичай це не призводить до стійких наслідків, але може викликати втрату працездатності пацієнта на певний період часу. Біль загалом (у половині пацієнтів) зникає протягом 14 днів. Якщо гострий біль у попереку стає хронічним, це стає серйозною медико-соціальною проблемою [2, 3].

Успіх лікування боллю у спині залежить від виявлення причини його виникнення і вибору відповідного лікування. З гострим болем у попереку в більшості випадків може впоратися сімейний лікар. Лише невелика кількість пацієнтів потребує направлення до вузьких фахівців. Синдром кінського хвоста (ішіас, що поширюється на обидві ноги; двосторонній в'ялий паразетоз; сіднична парестезія; нетримання сечі; статеві дисфункції) – це ті ускладнення, які потребують негайної діагностики і звернення до вузького спеціаліста.

Біль у спині не є остаточним діагнозом. Це може бути як причиною для відвідування, так і робочим синдромним діагнозом [4]. Для встановлення причини боллю необхідно визначити джерело боллю, щоб підібрати належне лікування. Для виявлення причини слід зібрати анамнез і провести клінічні обстеження на предмет наступних факторів: неускладнений біль у попереку, корінцевий біль у спині, серйозна патологія попереково-крижової ділянки, біль від суміжних структур, психосоціальні фактори (соматизація, загострення).

При неускладненому боллю у спині, окрім типового боллю під час огляду, помітним є спазм паравертебральних м'язів, обмежений згин вперед або назад на ураженій стороні, часто з обмеженим поперековим згинанням. Таку ситуацію найчастіше спостерігають у разі:

- напруження паравертебральних м'язів попереку,
- нестабільності попереково-крижової ділянки,
- артрозу попереково-крижового відділу,
- спинномозковому стенозі.

Корінцевий біль. Поперекова ішіалгія характеризується болем, що ірадіює в задню частину ноги нижче рівня коліна. Після того як пацієнт полежав, виконується підняття прямої ноги за Лассегом-Лазаревичем. Якщо ознака Лассега-Лазаревича позитивна (менше 60°), або якщо є біль, що ірадіює від

сідничного кореня, необхідно використати тести для визначення рівня корінцевого боллю:

- відведення стегна – L5;
- підшкірний рефлекс – L3-L4;
- ахілесовий рефлекс (присутній) – S1;
- M. hallucis longus (ослаблений) – L5;
- тильний згин стопи (ослаблений) – L5;
- напруження стегнового нерва – L2, L3, L4;
- слабкість сідничного м'яза – S1.

Синдром корінця L5 (компресія при L4-L5) характеризується нездатністю ходити на п'ятах (через слабкість м'язів розгиначів гомілки та стопи), що відрізняється від корінцевого синдрому S1 (компресія при L5-S1), яка відзначається нездатністю ходити на пальцях ніг (слабкість м'язів згиначів стопи). Корінцевий біль присутній у 10% пацієнтів, і клінічна картина може бути досить вираженою. На практиці визначають дві форми захворювання: ішіас і синдром кінського хвоста [6].

Синдром кінського хвоста – це грижа міжхребцевого диска в ділянці кінського хвоста. Проявляється болем в обох ногах, двобічним в'ялим паразетозом, відсутністю рефлексів м'язів ніг, паразетозом сідниць і одночасно нетриманням сечі та порушенням статевої функції. Це ургентний стан, тому необхідна термінова госпіталізація, оскільки пацієнта потрібно оперувати негайно. Найбільш частими причинами є травми і грижі поперекового диска (від 1% до 15% випадків, з яких 90% – у L4-L5 або L5-S1).

Віддалений біль. Під час обстеження не слід нехтувати тим, що джерелом боллю в попереку можуть бути інші структури.

Тести, які свідчать про інше джерело боллю:

- поперекова перкусія – позитивна больова перкусія, що вказує на інше джерело боллю (запальне захворювання нирок);
- зменшення згинання стегна та обмеження внутрішньої ротації – причина боллю поза хребтом, ймовірно, артроз стегна;
- черевна аорта і визначення периферичного пульсу, що пульсує в ділянці черевної аорти, та відсутність периферичних імпульсів вимагають проведення діагностичних досліджень для виключення судинних причин боллю.

Також відомі інші причини боллю у даній ділянці:

- гінекологічні причини (ретровертована матка, ендометріоз, пухлини, кісти яєчників, запальні захворювання таза);
- захворювання передміхурової залози (доброякісна гіпертрофія, злоякісна пухлина, хронічний простатит);
- захворювання нирок (камені в нирках, новоутворення);
- інші захворювання опорно-рухового апарату (сколіоз, вторинне пошкодження, розтягнення крижово-клубової зв'язки) [7].

Діагностика розпочинається з анамнезу. Слід запитати, як і коли почався біль у попереку, як довго він був присутній. Якщо це було наслідком травми, розпитуємо про місце і характеристики боллю, куди він ірадіював, про зовнішній вплив на біль (положення тіла), вплив роботи на вираженість боллю, вплив кашлю або дефекації (посилення внутрішньочеревного тиску) і роботу пацієнта [8].

Збираючи анамнез, ми повинні запитати пацієнта про характеристики боллю. Важливо розрізняти корінцевий та неускладнений біль у спині (табл. 1).

Різниця між неускладненим і корінцевим болем у спині

Опис болю	Ускладнений біль	Корінцевий біль
Тип болю	Тупий біль, печіння, сильний біль після активності	Відчуття, ніби м'язи відірвані від кістки, наче вздовж кістки є струмінь гарячої води
Парестезії	Ні	Так
Локалізація	Ніколи в пальцях ніг	Ноги і пальці ніг
Біль посилюється	При згинанні або розгинанні	За рахунок підвищення внутрішньочеревного тиску (кашель, напруга) при згинанні

Таблиця 2

Огляд пацієнта з болем у спині у положенні стоячи

Анталгічна поза	Так / Ні
Лордоз	Надмірний • нормальний • плоский
Ішіас нервового корінця (біль при пальпації)	Так / ні

Таблиця 3

Оцінювання гнучкості

Згинання	Над колінами, під колінами
Ретрофлексія	350
Латерофлексія	350

Біль у животі може ірадіювати у попереку, навпаки – рідко. Біль, що виникає в хребті, рідко ірадіює в живіт. У пацієнта слід запитати, що саме посилює і зменшує біль. Завжди необхідно запитувати, коли пацієнт це помітив вперше, про причину болю, про його перебіг (тривалість і частоту виникнення болю в попереку) і про лікування до моменту звернення [9].

Важливою частиною анамнезу болю у спині є дані про психологічний і соціальний статус пацієнта. Часто виявляють фінансові чи сімейні проблеми, невдоволення робочою ситуацією чи конфлікти зі співробітниками. Часто згадуються в анамнезі травми на виробництві або дорожньо-транспортні пригоди.

Інформація про історію психологічного та соціального статусу є дуже важливою за наявності хронічного болю у попереку, оскільки психосоціальні фактори можуть значно впливати на тяжкість болю, а також на успіх лікування. Слід ретельно оглянути пацієнта та детально зібрати анамнез, якщо є підозра, що психосоціальні проблеми є основною причиною хвороби пацієнта. Якщо, незважаючи на ретельне обстеження, не виявили причини болю, необхідно проконсультуватися у вузького спеціаліста [8–10].

Клінічне обстеження починають з моменту, коли пацієнт заходить у кабінет. Оцінюють його/її ходу та поведінку. Спочатку пацієнта оглядають у положенні стоячи (табл. 2), а потім оцінюють гнучкість (табл. 3).

Поперекове згинання найкраще можна оцінити за допомогою тесту Шобера. Робимо позначку на рівні L4 і ще одну позначку на 10 см вище першої. Пацієнта просять нахилитися вперед, а потім вимірюємо відстань між двома мітками. Якщо відстань становить 15 см і більше, то згинання оцінюють як нормальне. Необхідно пальпувати поперечні та остисті відростки кліщовим хватом, міжхребцевий простір – кінчиками пальців, а потім паравертебральні м'язи. Пальпація робиться, коли пацієнт лежить або перебуває в положенні антефлексії [2–4].

Додаткові діагностичні процедури і консультації рідко потрібні пацієнтам з болем у попереку. Призначаємо додаткові діагностичні процедури та/або консультації, якщо причина болю у попереку незрозуміла або якщо підозрюємо більш серйозну пато-

логію попереково-крижової ділянки. Підозра на більш серйозну патологію попереково-крижового відділу виправдана. «Червоні прапорці» – це термін, який використовують за наявності сигналів щодо більш серйозної патології. До таких сигналів належать:

- пацієнти віком молодше 20 років або старше 55 років;
- біль у грудній клітці;
- наявні в історії хвороби рак, травма, кортикостероїдні препарати, СНІД;
- зменшення маси тіла;
- інвалідність через біль у попереку;
- неврологічні розлади у багатьох дерматомах;
- прогресуюча серцева недостатність;
- біль вночі;
- біль у стані спокою [5–7].

У практиці потрібно враховувати наступні стани: ревматичні стани (ревматоїдний артрит, хвороба Бехтерева тощо), інфекції (гострі, піогенні інфекції: хронічний туберкульоз, хронічний остеомієліт), травми, метаболічні захворювання (остеопороз) [1].

Якщо є підозра, що пацієнт страждає на більш серйозну патологію, обов'язково проводять додаткові діагностичні тести з метою усунення підозри або направлення пацієнта до відповідного клінічного спеціаліста. Обстеження повинно бути ретельним, щоб правильно встановити діагноз, а за необхідності – направити пацієнта до вузького спеціаліста.

Додаткове обстеження пацієнта з гострим болем у спині включає лабораторні та інструментальні дослідження. Лабораторні дослідження слугують диференційно-діагностичними процедурами, коли спостерігаються наступні стани:

- підозра на метастази (лужна та кисла фосфатаза, кальцій у сироватці крові та ін.);
- інфекції (загальний аналіз крові, біохімічний крові, С-реактивний білок тощо).

Ультразвукове дослідження є цінним тестом для усунення підозр на референтний біль, наприклад, коли підозрюємо аневризму черевної аорти, при гінекологічних проблемах (ретроверсія, кісти яєчників, пухлини), гіпертрофічні захворювання простати та нирок.

Рентгенівська візуалізація зазвичай не є високочутливою при неускладненому болю в спині, оскільки існує дуже низька кореляція між клінічними показниками та рентгенологічними даними. Рентген не рекомендується проводити протягом перших 6 тиж, якщо немає ознак «червоних прапорців». Це може бути корисним у диференціальній діагностиці пухлин, спондиліозу, спондилолістезу, анкілозуючого спондиліту, спондилодисциту, переломів хребців тощо. Рентген доречний, якщо необхідно виключити хронічний біль (артроз кульшового суглоба, хвороба Бехтерева) [7].

Клінічний фахівець може направити пацієнтів на комп'ютерну томографію та МРТ. Ці два тести виявляють порушення міжхребцевих дисків і стеноз хребта [6–7].

Отже, проведення діагностичного процесу за заданим вище алгоритмом дозволяє визначитись з причинним фактором виникнення гострого болю у спині, що дозволить призначити ефективну і раціональну схему ведення такого пацієнта з метою корекції клінічного стану, зняття болю і профілактики хронізації гострого болю у хребті.

ВИСНОВКИ

1. Гострий біль у спині є причиною частих відвідувань сімейного лікаря.

2. У більшості пацієнтів діагностують неускладнений біль у спині, який не потребує додаткових діагностичних досліджень, а курс лікування і короткий лікарняний (до 2 тиж) призначає сімейний лікар.

3. У невеликої кількості пацієнтів з гострим болем у спині розвивається хронічний біль у спині, що встановлюється як діагноз після того, як клінічні симптоми зберігаються протягом півроку;

4. важливо одразу діагностувати пацієнтів, у яких на початку може розвинути хронічний біль у спині, що вимагає скерування на додаткове діагностичне обстеження, фізичну терапію і для оцінки щодо тимчасової або постійної втрати працездатності.

У перспективі подальших досліджень – ознайомлення з європейським стандартом надання медичної допомоги пацієнту з проблемою гострого болю у спині та імплементація його до практики первинної медичної допомоги.

Відомості про авторів

Бабінець Лілія Степанівна – Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики–сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, майдан Воли, 1; тел.: (067) 352-07-43. *E-mail: lilyababinets@gmail.com*
<https://orcid.org/0000-0002-0560-1943>

Галабіцька Ірина Михайлівна – Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики–сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, майдан Воли, 1; тел.: (097) 798-28-93. *E-mail: irynkagal@gmail.com*
<http://orcid.org/0000-0002-9028-7230>

Information about the author

Babinets Liliia S. – Ternopil National Medical University by I.Ya. Gorbachevsky Ministry of Health of Ukraine, 46001, Ternopil, m.Voli, 1; tel.: (067) 352-07-43. *E-mail: lilyababinets@gmail.com*
<https://orcid.org/0000-0002-0560-1943>

Halabitska Iryna M. – Ternopil National Medical University by I.Ya. Gorbachevsky Ministry of Health of Ukraine, 46001, Ternopil, m.Voli, 1; tel.: (097) 798-28-93. *E-mail: irynkagal@gmail.com*
<http://orcid.org/0000-0002-9028-7230>

Сведения об авторах

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (067) 352-07-43. *E-mail: lilyababinets@gmail.com*
<https://orcid.org/0000-0002-0560-1943>

Галабицкая Ирина Михайловна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (097) 798-28-93. *E-mail: irynkagal@gmail.com*
<http://orcid.org/0000-0002-9028-7230>

ПОСИЛАННЯ

- Babinets LS, Halabitska IM. Chronic inflammatory process and bone tissue changes in patients with osteoarthritis and exocrine pancreatic insufficiency. *Lekarsky Obzor.* 2020;69 (1): 7-10.
- DeFrate LE, Kim-Wang SY, Englander ZA, McNulty AL. Osteoarthritis year in review 2018: mechanics. *Osteoarthritis and Cartilage* 2019;27 (3): 392-400. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.12.011>
- Žorž G. Akutna bolečina v križu (Acute Low Back Pain). U: Švab I, Rotar-Pavlič D. *Družinska medicina (Family Medicine)*. – Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine (Association of Family Physicians), 2018. 17-24.
- Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low-back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010;19:2075-94.
- Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt et al. Lowback pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med.* 2018;170:271-7.
- Coole C, Watson PJ, Drummond A. Work problems due to lowback pain: what do GPs do? A questionnaire survey. *Fam Pract.* 2010;27:31-7.
- Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for lowback pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;154:181-9.
- HZZO (Croatian Health Insurance Fund). Izvješće o bolovanju na teret sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema meunarodnoj klasifikaciji bolesti za 2018. godinu (Report on Sick-Leave Paid by Croatian Health Insurance Fund in 2018, According to International Classification of Diseases). Available at: www.hzzo-net.hr
- Bach SM, Holten KB. Guideline update: what's the best approach to acute lowback pain? *J Fam Pract.* 2019;58:E1.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Lowback pain. Available at: www.nice.org.uk

Стаття надійшла до редакції 22.03.2021. – Дата першого рішення 26.03.2021. – Стаття подана до друку 19.05.2021