

БІЛЬ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

ЗАГАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ «ЧЕРВОНІ ПРАПОРЦІ»
ДІАГНОСТИКА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

ПІДГОТУВАЛА СТУДЕНТКА

6 КУРСУ, 4 ГРУПИ, 1МФ

ТИМОЩУК СОФІЯ ІВАНІВНА

ВИЗНАЧЕННЯ

Біль у нижній частині спини (БНС) визначається як біль і дискомфорт, який локалізується нижче реберних дуг і вище нижніх сідничних складок, з/без іррадіації в нижні кінцівки

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



ЕТИОЛОГІЯ

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ КАТЕГОРІЇ:

1. Неспецифічний БНС (доброякісний скелетно-м'язовий біль)
2. Корінцевий больовий синдром (компресійна радикулопатія)
3. Потенційно небезпечні захворювання вертеброгенного й невертеброгенного походження.



ФАКТОРИ РИЗИКУ

ІНДИВІДУАЛЬНІ

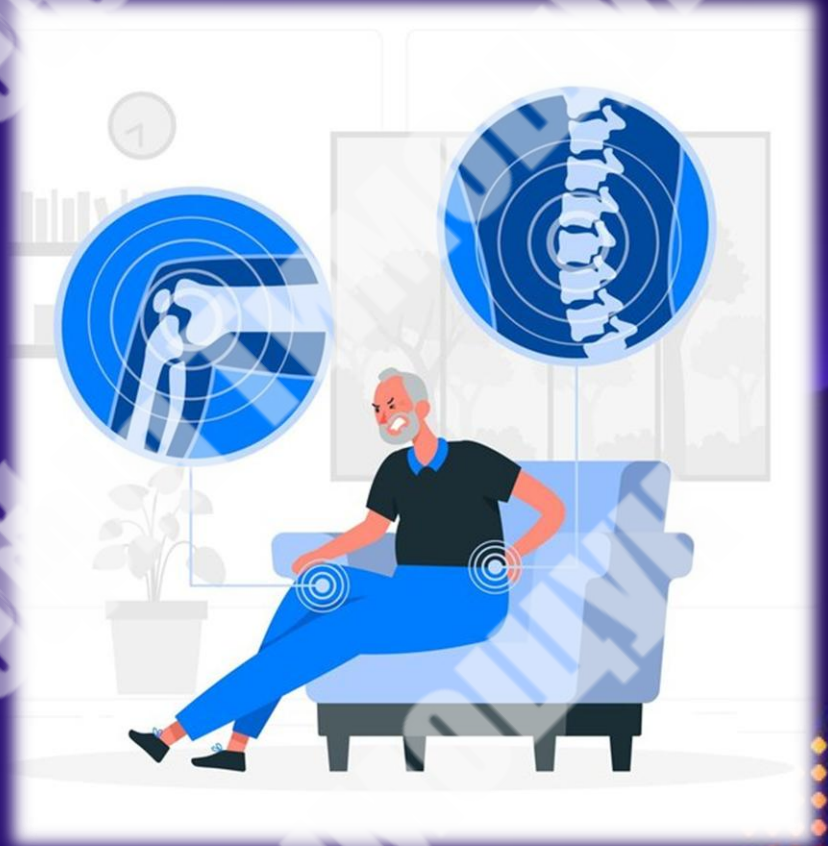
демографічні, антропометричні, фізичні й психологічні чинники, генетичні, стать, вік, статуру, міцність і гнучкість, стрес, депресія й/або тривога

ПОВ'ЯЗАНІ З ДІЯЛЬНІСТЮ (РОБОТОЮ Й ВІДПОЧИНКОМ).

ФАКТОРИ РИЗИКУ

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ
РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУЮЧОГО
БОЛЮ:

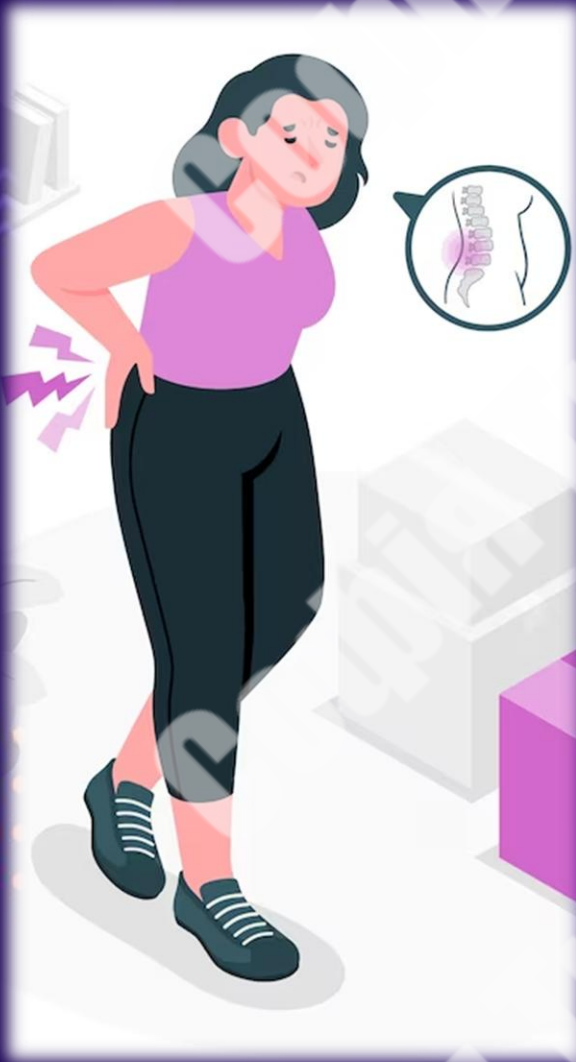
- 1) наявність попередніх епізодів болю в анамнезі
- 2) надмірна рухливість у хребті
- 3) надмірна рухливість в інших суглобах



ФАКТОРИ РИЗИКУ

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ
ХРОНІЧНОГО БОЛЮ:

- 1) наявність симптомів нижче колін
- 2) психологічний стрес або депресія
- 3) страх болю і повторної травми при рухах або низькі очікування відновлення
- 4) біль високої інтенсивності
- 5) пасивний стиль подолання труднощів



«ЖОВТІ ПРАПОРЦІ»

ГРУПИ РОЗЛАДІВ:

1. **АФЕКТИВНІ**: депресія й депресивні синдроми, тривога, збудливість, порушення сну (сонливість або безсоння).
2. **ПОВЕДІНКОВІ**: імітація болю, різке зниження повсякденної активності, пасивність хворого, зловживання алкоголем і лікарськими препаратами, невиконання реабілітаційних порад, десоціалізація.
3. **КОГНІТИВНІ**: песимістичне ставлення до болю, попередній досвід болю, інтенсивність болю, катастрофічні думки про шкоду від болю, про неможливість контролювати біль, незначна надія на одужання, необхідність повного усунення болю до виходу на роботу.



«ЖОВТІ ПРАПОРЦІ»

ГРУПИ РОЗЛАДІВ:

4. **СОЦІАЛЬНІ**: відсутність підтримки або надмірна опіка сім'ї й друзів, низькій рівень доходів.

5. **ПРОФЕСІЙНІ**: очікування погіршення трудової діяльності, попередні часті ухилення від роботи, конфліктні ситуації, незадоволеність роботою, проблеми з оплатою листка непрацездатності, виплатою соціальної допомоги.

6. **ДЕМОГРАФІЧНІ**: літній вік, жіноча стать.



«ЧЕРВОНІ ПРАПОРЦІ»

Можлива етіологія	Анамнестичні дані (ступінь доказовості)	Дані фізикального обстеження (ступінь доказовості)
Синдром ураження кінського хвоста	Прогресуючий руховий або сенсорний дефіцит, затримка сечі або нетримання сечі, нетримання калу, що виникли гостро (<i>сильний</i>)	Анестезія промежини, втрата тону анального сфінктера, значний виражений руховий дефіцит унаслідок ураження декількох корінців (<i>сильний</i>) Обмежений діапазон рухів хребта (<i>слабкий</i>)
Переломи	Наявність травми (<i>сильний</i>) Тривале використання стероїдів (<i>проміжний</i>) Вік понад 70 років, остеопороз в анамнезі (<i>слабкий</i>)	Перкуторна чутливість хребців, обмежений діапазон руху хребта (<i>слабкий</i>)
Інфекції	Виразений біль і операції на поперековому відділі хребта протягом останнього року в анамнезі (<i>сильний</i>) Внутрішньовенне вживання наркотиків, імуносупресантів, сильний біль і віддалені операції на поперековому відділі хребта (<i>помірний</i>) Біль посилюється або не зменшується в спокої (<i>слабкий</i>)	Лихоманка, інфекція сечовивідних шляхів, рани в ділянці хребта (<i>сильний</i>) Крихкість хребців (<i>слабкий</i>)
Метастатичне ураження	Наявність метастатичного раку в анамнезі (<i>сильний</i>) Втрата ваги в анамнезі (<i>помірний</i>) Біль посилюється або не зменшується в стані спокою (<i>слабкий</i>)	Перкуторна чутливість хребців, обмежений діапазон руху хребта (<i>слабкий</i>)

ДІАГНОСТИКА



СУБ'ЄКТИВНЕ ОЦІНЮВАННЯ
Ретельний збір суб'єктивного
анамнезу має важливе
значення для того, щоб ви
могли точно розрізнити
механічний, запальний та
інші типи болю в спині.

ДІАГНОСТИКА

ДИНАМІКА БОЛЮ В ЧАСІ

Конкретні питання, які повинні бути поставлені:

Чи була нещодавня травма, або ж біль з'явився зненацька?

Як довго пацієнт відчуває біль?

В якому віці почався біль?

Чи повторюється біль?

Біль внаслідок запалення буде раптовим і тривалішим (>3 місяців), а механічний біль більш гострий і пов'язаний з травмою.



ДІАГНОСТИКА

ОБТЯЖУЮЧІ АБО ПОМ'ЯКШУЮЧІ ЧИННИКИ

Розуміння чинників, які посилюють або послаблюють біль у спині пацієнта, також може допомогти вам відрізнити механічний біль від запального.

Питання, які слід задати:

Чи виникає біль у стані спокою або вночі?

Чи полегшується біль під час руху?



ДІАГНОСТИКА

24-ГОДИННА МОДЕЛЬ БОЛЮ

Біль внаслідок запалення, як правило, має певні характеристики протягом 24-годинного періоду.

Питання, які слід задати:

Чи турбує вас біль вночі?

Чи прокидаєтеся ви у другій половині ночі?

Чи зменшується біль, коли ви вперше прокидаєтеся вранці і починаєте рухатися?

Чи є у вас скутість, пов'язана з болем, яка триває більше 30 хвилин?

Примітка: механічний біль у спині може викликати скутість, але вона має тенденцію до полегшення через кілька хвилин.

Позитивні відповіді на ці питання вказують на запалення.

ДІАГНОСТИКА

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Під час диференціації між механічним болем та болем у спині внаслідок запалення потрібно оцінити:

Ходьбу – чи є вона анталгічною або симетричною?

Поставу – чи має пацієнт порушення постави, наприклад, нахил голови вперед, зменшення поперекового лордозу або збільшення грудного кіфозу?

Розширення грудної клітки – чи є у пацієнта обмеження в розширенні грудної клітки?

ДІАГНОСТИКА

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Амплітуда рухів – чи є зменшення амплітуди або скутість рухів?

Пальпація – чи є болючість під час пальпації хребта та крижово-клубових суглобів?

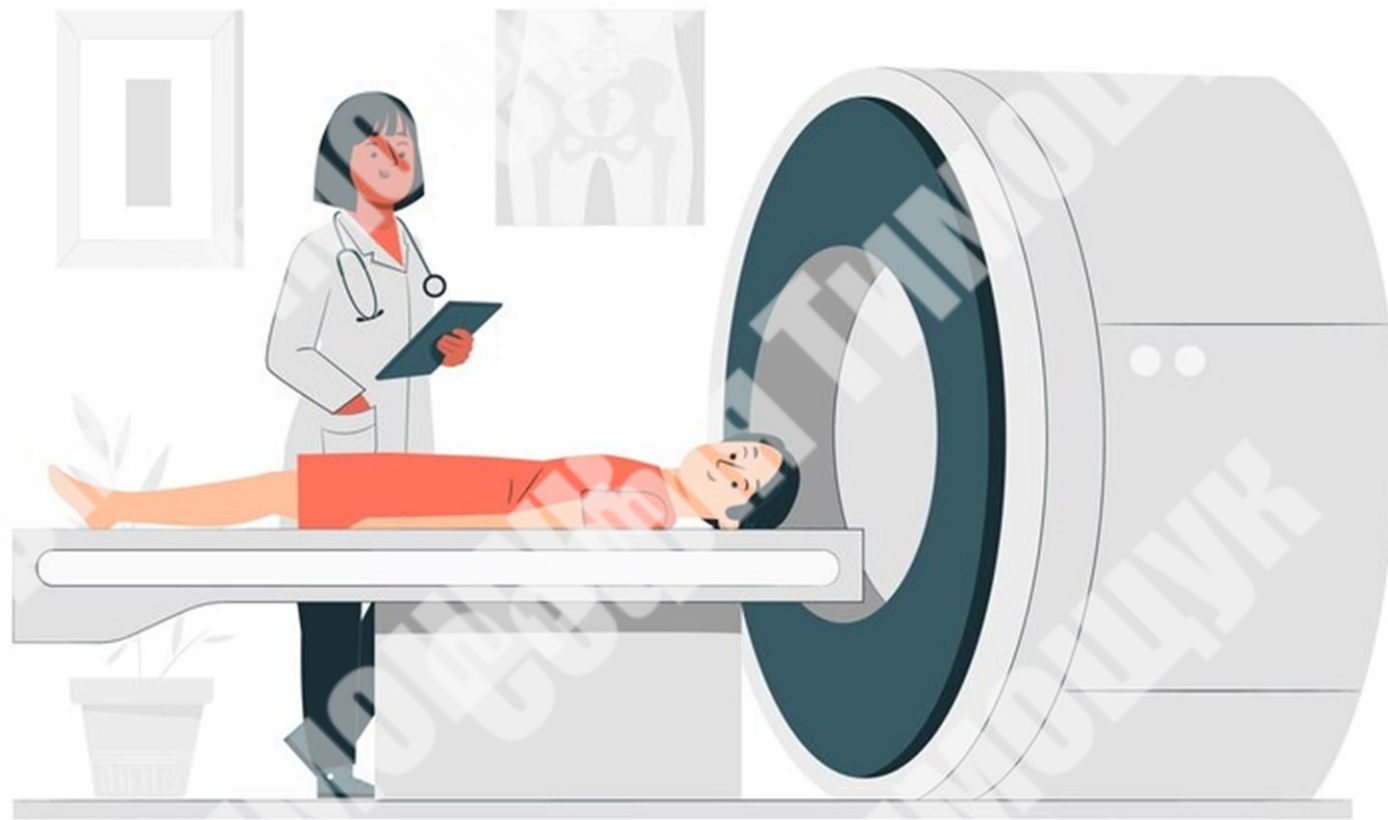
Точки прикріплення сухожиль або зв'язок (Entheses points) – чи є біль у цих ділянках?

ДІАГНОСТИКА

Рентгенологічне дослідження

Магнітно-резонансна томографія

Комп'ютерна томографія



ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

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.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

РАДИКУЛОПАТІЯ / НЕЙРОПАТІЯ.

- 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»).

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

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.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДІЛОАРТРИТ.

- Періодичний біль в сідницях.
- Прогресуюча нерухомість хребта.
- Супутній периферійний артрит, увеїт.
- Супутній псоріаз або запальне захворювання кишківника.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Malmivaara A., Pohjolainen T., Hirvensalo E., Jousimaa J. Настанова 00435. Біль у попереку 2017. Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. 2017. URL: guidelines.moz.gov.ua.
2. Manfrè L., Van Goethem J. Low Back Pain. 2020. Feb 15. In: Hodler J., Kubik-Huch R.A., von Schulthess G.K., editors. Diseases of the Brain, Head and Neck, Spine 2020–2023: Diagnostic Imaging. Cham (CH): Springer, 2020. Chapter 18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554336>. doi: 10.1007/978-3-030-38490-6_18.
3. Hoy D., Brooks P., Blyth F., Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2010. 24(6). 769-81. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002.
4. Patrick N., Emanski E., Knaub M.A. Acute and chronic low back pain. Med. Clin. North Am. 2014. 98(4). P. 777-789. doi: 10.1016/j.mcna.2014.03.005.
5. Mitra R. Osteitis Condensans Ilii. Rheumatol. Int. 2010. 30(3). 293-6. doi: 10.1007/s00296-009-1100-7
6. Cidem M., Capkin E., Karkucak M., Karaca A. Osteitis condensans ilii in differential diagnosis of patients with chronic low back pain: a review of the literature. Mod. Rheumatol. 2012. 22(3). 467-9. doi: 10.1007/s10165-011-0513-9.
7. Peck J., Urits I., Peoples S. et al. Comprehensive Review of Over the Counter Treatment for Chronic Low Back Pain. Pain Ther. 2021. 10(1). 69-80. doi: 10.1007/s40122-020-00209-w.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ