

## Біль у спині: можливості аг'ювантної терапії

**Показники, що описують поширеність болю в спині (БС), вражають. За даними дослідження S. Kinkade (2007), БС протягом місяця напередодні анкетування відчували приблизно 18% опитуваних, щоденно БС відзначали 5,6% учасників. За даними American Academy of Family Physicians (AAFP), повторні епізоди БС спостерігаються в 70-80% американців. Більшість із них займаються самолікуванням – до фахівців звертається лише кожен п'ятий пацієнт. Подібні тенденції є характерними і для української популяції.**

Як диференціювати різні види болю? Хто з фахівців повинен займатися їх лікуванням? Чи існують способи запобігти хронізації БС? Ці важливі питання обговорювалися під час вебінару «Шлях пацієнта з БС: від сімейного лікаря до невролога» (3 грудня 2020 р.) у рамках проекту NEYROSFERA, започаткованого Українською асоціацією болю голови та призначеного для неврологів, сімейних лікарів, психіатрів, які займаються менеджментом хронічних больових синдромів; проект реалізується за підтримки фармацевтичної компанії Dr. Reddy's.

### Біль у спині: все складніше, ніж здається



БС входить до топ-3 причин втрати працездатності; саме ця локалізація є провідною в структурі больових синдромів, при цьому спектр причин, які його провокують, надзвичайно широкий. За-

відувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор Михайло Михайлович Орос виступив із доповіддю, в якій детально висвітлив вертеброгенні й невертеброгенні причини БС, а також поділився лайфхаками, що полегшують діагностику.

В 70% випадків БС має неспецифічний характер. Основні його причини наведені на рисунку 1.

До вертеброгенних причин БС належать протрузія/грижа міжхребцевого диска, сакралізація, люмбалізація, фасетковий синдром (ФС), хвороба Бехтерева (анкілозивний спондиліт), хвороба Форест'є, нестабільність хребтово-рухового сегмента (ХРС) із формуванням спондилолітезу, переломи хребців, остеопороз (ОП), пухлини хребців, функціональні вертеброгенні порушення, кокцигодія, порушення постави, стеноз хребтового каналу. Менеджментом пацієнтів із неспецифічним БС повинен займатися сімейний лікар.

Наявність грижі міжхребцевого диска слід запідозрити, коли в положенні сидячи, при керуванні автомобілем, згинанні вперед, під час чхання, кашлю, акту дефекації БС посилюється, а в положенні лежачи на спині, стоячи і при згинанні колін – зменшується. Такі пацієнти зазвичай відмовляються присісти на прийомі в лікаря, а також не можуть випрямити ноги при перебуванні в горизонтальному положенні.

Сакралізація й люмбалізація – вроджені стани, пов'язані зі зміною кількості хребців у попереково-крижовому відділі (відповідно 4 і 6 хребців у поперековому відділі), що спричиняє певні обмеження щодо способу життя пацієнта. Наприклад, хворі повинні уникати тяжких тривалих фізичних навантажень, падінь, спати на жорсткому матраці.

Типова ознака ФС – при нахилі вперед інтенсивність БС не змінюється або навіть зменшується, а от згинання назад неможливе.



Рис. 1. Причини БС

Примітка: МФС – міофасціальний синдром.



Рис. 2. Алгоритм лікування пацієнта із БС, розроблений AAFP

Примітка: МРТ – магнітно-резонансна томографія.

Анкілозивний спондиліт супроводжується осифікацією зв'язок, що обмежує рухливість хребта, проби Отта та Шобера позитивні: при нахилі відстань між хребцями не збільшується. Схожою симптоматикою проявляється анкілозивний гіперостоз (хвороба Форест'є, яку називають «молодшим братом хвороби Бехтерева»), однак за наявності зазначеного стану патологічні зміни розвиваються повільніше, менш виражені, а больові епізоди за відсутності активної провокації трапляються рідко.

Нестабільність ХРС із формуванням спондилолітезу відрізняється появою болю після тривалого перебування стоячи або сидячи без можливості спертися на щось спиною, однак здатність нахилитися вперед і назад зберігається.

Компресійні переломи хребців, особливо в грудному відділі, часто залишаються не діагностованими (після легкого падіння, в жінок похилого віку та/або тих, що приймають гормональні засоби, протипілетичні препарати, побічним ефектом яких є ОП й остеопенія). Для таких пацієнтів важливо уникати аксіального навантаження, при спробі піднятися у вертикальне положення вони часто приймають позу

«прохача», простягають руки й очікують допомоги оточуючих.

ОП супроводжується постійним болем, потребує проведення двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії, оскільки звичайна ультразвукова денситометрія неінформативна.

Пухлини хребців зустрічаються рідко, відзначаються локальною болючістю при перкусії у ділянці хребта, монотонно наростаючим болем, який не піддається стандартному лікуванню.

Функціональні вертеброгенні порушення характерні для пацієнтів молодого віку, часто асоціюються із защемленням виступів капсул міжхребцевих суглобів – царина мануальних терапевтів, адже в більшості ситуацій для усунення болю достатньо їх втручання, спокою й лікувальної фізкультури (ЛФК).

Кокцигодія (біль у ділянці куприка) здебільшого пов'язана з падіннями на куприк або патологічними процесами в ньому. Біль довготривалий, іррадіює у поперекову, пахову ділянки, не піддається лікуванню нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП).

Високоінформативним є ректальне обстеження. Таким хворим при перебуванні в сидячому положенні доцільно підкладати надувний круг, що запобігає навантаженню на куприк і зміні його позиції.

Порушення постави (як-от кіфосколиоз) виявляють за допомогою функціональних тестів. Варто враховувати, що порушення в грудному відділі здатні спричинити біль у поперековій ділянці.

Стеноз хребтового каналу характеризується неприємним болем, переміжною кульгавістю, потребою у відпочинку після подолання незначної відстані, часто знижений ахілів рефлекс, турбують порушення з боку сечостатевої системи. Біль полегшує специфічна поза з нахилом уперед. За наявності підозри на стеноз хребтового каналу хворого скеровують до невролога чи нейрохірурга.

Не менший і перелік невертеброгенних причин БС, стосовно клінічних проявів яких спікер теж зробив цікаві ремарки.

При МФС джерелом болю є безпосередньо м'яз, а під час пальпації визначаються тригерні точки. Психогенний біль – слухна версія, якщо в анамнезі хворого присутні ознаки тривожно-депресивного розладу, істерії, уникнення обов'язків; ризик не ефективності стандартного лікування дуже високий. Зумовлювати БС може й патологія внутрішніх органів, наприклад, жовчно-кам'яна хвороба, гастроінтестинальні порушення (виразка шлунка внаслідок прийому НПЗП), захворювання легень (плеврит, пневмоторакс тощо).

При екстрамедулярних пухлинах спинного мозку поєднання БС із порушеннями чутливості та функції нижніх кінцівок – не рідкість. Епідурит і епідуральний абсцес характеризуються локальним підвищенням температури, болючістю й різким наростанням симптоматики; переважно це стрептококові абсцеси, які поширюються гематогенним шляхом. У пацієнтів, що перенесли лікування онкопатології або отримують його, однією з типових причин БС є метастази. Метод вибору для діагностики – позитронно-емісійна томографія або скінтиграфія.

Варіант остеоартриту, що найчастіше зумовлює БС, – спондилоартрит. Ранній його прояв – сакроілеїт (порушення функції сакроілеальних суглобів, що підтверджується тестом коливання тазу – появою клубової ості, позитивним тестом зсування ноги, болем при пальпації сакроілеального суглоба та його зникненням після блокади). Пальпацію й блокаду сакроілеального суглоба М.М. Орос порекомендував як найдодільніший метод діагностики.

Деякі види гінекологічної патології, зокрема ендометріоз, хронічні запальні процеси в органах малого тазу, теж супроводжуються БС, як і патологія сечостатевої системи (особливо передміхурової залози, нирок) у чоловіків. Доповідач зауважив, що за протоколом для пацієнтів із БС обов'язковим є аналіз сечі, за потреби – консультація нефролога/уролога.

Аневризма черевної аорти маніфестує гострим пульсуючим болем, що охоплює поперекову ділянку й поширюється в обидві ноги. Верифікувати діагноз допомагають аускультативна аорти, ультразвукова діагностика (УЗД) і консультація хірурга.

Туберкульоз (ТБ) хребта розвивається повільно і має «німий» перебіг. На ранніх етапах ураження кісткової тканини пацієнти не відчувають болю, згодом



