Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00435&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00435. Біль у попереку

Автори: Antti Malmivaara, Timo Pohjolainen, Eero Hirvensalo, Jukkapekka Jousimaa
Редактор оригінального тексту: Jukkapekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-06-30

Основні положення

- Достатній час для збору анамнезу та для медичного огляду пацієнта
- Раннє виявлення серйозних причин болю в спині та стиснення нервових корінців
- Організація подальшого обстеження та лікування без затримки у ситуаціях, коли консервативне лікування може призвести до ускладнень (синдром “кінського хвоста” cauda equina, важкі функціональні нервові розлади та інші критичні "червоні прапорці" ситуації). У таких ситуаціях лікування повинно бути організоване у відділеннях, здатних проводити невідкладно МРТ та інші обстеження.
- Адекватне лікування болю: відповідно до інтенсивності болю вибором може бути парацетамол, НППЗ або комбінація НППЗ та легкого опіоїдного анальгетика
- Уникнення ліжкового режиму
- Продовження або відновлення звичайної щоденної діяльності якнайшвидше
- Надання адекватної та правдивої інформації пацієнту: біль буде усунено, але він має тенденцію до повернення
- Спостереження пацієнта та відновлення його функціональних можливостей

- При болю в спині, що тривав принаймні 6 тижнів: підтвердження діагнозу, міждисциплінарна та активна реабілітація, а також оцінка психосоціального стану пацієнта
- При хронічному болю в спині, який тривав більше 3 місяців: інтенсивна міждисциплінарна реабілітація

Епідеміологія

- Біль у попереку є дуже поширеним явищем: майже 80% людей відчувають болі в області попереку у певний момент свого життя.
- З усіх пацієнтів, основною скаргою яких є біль в попереку, 4-6% становлять жінки працездатного віку та 5-7% - чоловіки працездатного віку.
- Вважається, що у 15%-20% дорослих спостерігається біль у спині протягом останнього року, а у 50%-80% був принаймні один епізод болю в спині протягом життя. У будь-який час приблизно 15% дорослих людей мають болі внизу спини.

Клінічне обстеження

Анамнез

- Збір анамнезу – найважливіша частина клінічного огляду пацієнта із болями в спині. Дані, отримані під час збору анамнезу, можна класифікувати наступним чином:
    - Попередні болі в спині (початок симптомів, відвідування лікаря, попередні обстеження, лікування та виписки)
    - Поточний біль у попереку (початок, характер та інтенсивність симптомів, болю та сенсорних розладів нижньої кінцівки, чи порушується повсякденний ритм життя, обстеження, лікування та його ефективність)
    - Інші захворювання (операції, травми, інші опорно-рухові розлади, інші захворювання, такі як діабет та атеросклероз нижніх кінцівок, захворювання сечостатевої системи, алергії, поточний прийом лікарських засобів)
    - Соціальна історія (сімейний стан, сім'я, освіта)
    - Спосіб життя (фізичні вправи, активність у вільний час, куріння, вживання алкоголю та наркотиків, дієта)

Фізикальне обстеження

- Під час обстеження акцент робиться на виявленні можливих серйозних захворювань та ознак стиснення нервових корінців, а також на оцінці функціональних можливостей. Пацієнт має бути ретельно обстеженим.

1. Огляд хребта
    - Згладження лордозу чи виникнення сколіозу у зв'язку з гострим болем
    - Згинання поперекового відділу хребта; болісне обмеження руху може вказувати на ступінь тяжкості.
2. Обстеження рухливості спини
    - Обмеження під час згинання вперед, назад і в бік може дати інформацію про вираженість болю в спині.
    - Рухливість хребта та порушення ритму руху забезпечують розуміння функціональної спроможності спини, а вимірювання рухливості має значення при спостереженні за станом хворого.
    - Скорегований тест Шобера має помірну значимість при вимірюванні рухливості.
    - Обертальні рухи хребта та рухливість грудної клітки обмежуються досить рано при анкілозуючому спондиліті [настанова 00443|Анкілозивний спондиліт т…].
3. Оцінка ознак стиснення нервових корінців
    - Підняття прямої ноги (ППН) та тест Ласега є чутливими, але не специфічними тестами для перевірки стиснення нервових корінців на рівні S1 і L5.
        - Тести інтерпретуються як позитивні, якщо вони викликають біль, що іррадіює від спини до нижньої кінцівки. Окремо біль в спині або напруження позаду коліна не є позитивними ознаками.
        - У разі стиснення нерва, пасивне дорсальне згинання стопи під час ППН-тесту збільшує біль, що іррадіює від спини до кінцівки.
        - Перебіг болю: Посилення болю при піднятті контрлатеральної кінцівки є специфічною ознакою стиснення нервових корінців.
    - М'язова сила нижніх кінцівок

        - Розгинання коліна (нервовий корінець L4 і частково L3)
        - Дорсальне згинання гомілковостопного суглоба (нервовий корінець L5, частково L4), дорсальне згинання великого пальця ноги (корінець L5) та підошвове згинання гомілковостопного суглоба (нервовий корінець S1)
        - Ходьба на п'ятах (нервовий корінець L5, частково L4) або на пальцях (корінець S1)
    - Сухожилкові рефлекси
        - Надколінка (нервовий корінець L4)
        - Ахіллів (нервовий корінець S1)
        - Бабінського (верхній моторний нейрон)
    - Пацієнтам із симптомами нижні кінцівки перевіряють на чутливість до дотику на нижній медіальній стороні коліна (нервовий корінець L4), медіальній (нервовий корінець L5), дорсальній (нервовий корінець L5) та бічній (нервовий корінець S1) сторонах стопи.
    - Зниження м'язової сили обох ніг (парапарез), посилені або множинні сухожильні рефлекси, а також позитивний симптом Бабінського свідчать про необхідність проведення неврологічної чи нейрохірургічної оцінки. Парапарез є показанням для негайного направлення до лікарні з можливістю невідкладного проведення МРТ обстеження і можливої операції.
    - Ректальне обстеження (тонус сфінктера) та перевірку промежини щодо чутливості до дотику слід проводити при підозрі синдрому cauda equina (негайно направити).
4. Пальпація хребців, сідничних нервів та нижніх кінцівок
    - Численні чутливі точки та асоційовані симптоми можуть свідчити про, наприклад, фіброміалгію [[настанова 00395|Фіброміалгія]].
    - Пацієнтам віком старше 50 років з переміжною кульгавістю слід проводити пальпацію артерій нижніх кінцівок, ультразвукове дослідження з доплерографією або і те і інше [[настанова 00101|Ішемія нижніх кінцівок]]

Психосоціальні фактори ризику

- Психосоціальні чинники можуть перешкоджати одужанню, продовжувати і ускладнювати проблеми функціональної здатності пацієнта та змінювати характер болю. Фактори, що вказують на підвищений ризик хронізації захворювання ("жовті прапори"), представлені в таблиці [табл.|T1].

Таблиця T1. **Фактори, що підвищують ризики хронізації болю в спині**

Віра в те, що фізична активність при болю шкідлива
Поведінка, що не відповідає захворюванню (наприклад, тривалий ліжковий режим)
Пригнічений настрій, негативізм і соціальне відчуження
Пошук великої кількості різних методів лікування
Напружена фізична робота
Проблеми на робочому місці та невдоволення роботою
Надмірний захист у сім'ї або відсутність підтримки
Скарги, судові позови та вимоги щодо компенсації

Необхідність екстреної діагностики

- Непоширені, але серйозні причини болю в спині слід визначати на ранній стадії. Також, слід визначати ознаки ішіалгічного синдрому (ішіасу).
- Симптоми зі сторони спини можна розділити на 3 категорії виходячи з анамнезу та висновків під час клінічного обстеження.
    1. Можливі важкі захворювання (пухлина, інфекція, перелом, синдром cauda equina) або специфічне захворювання (анкілозуючий спондиліт); див. таблицю [табл.|T2]
    2. Симптоми в нижніх кінцівках, що свідчать про дисфункцію нервових корінців (ішіас, переміжна кульгавість)
    3. Неспецифічний біль в спині: симптоми, що виникають головним чином у спині без будь-яких припущень щодо залучення нервових корінців або важких захворювань.

Таблиця T2. **Найбільш поширені важкі чи специфічні причини для болю в попереку та невідкладного направлення**

Захворювання	Анамнез, симптоми та ознаки	Невідкладне направлення до спеціалізованої медичної допомоги; також див. показання до оперативних втручань [розділ|A5]
Синдром cauda equina, нестерпний біль та свіжий парез однієї з м'язових груп нижньої кінцівки	Утруднений початок сечовипускання, затримка або нетримання сечі, анальне нетримання, промежинна анестезія (сіднична втрата чутливості), як правило, симптоми паралічу нижніх кінцівок	Негайно направити до відділення з можливістю проведення невідкладних візуалізаційних методів обстеження та оперативного втручання
Розрив аневризми аорти, гостра диссекція аорти	Раптовий, нестерпний біль, вік старше 50 років, нестабільна гемодинаміка	Негайно направити до відділення з можливістю проведення невідкладних візуалізаційних методів обстеження та оперативного втручання
Злоякісна пухлина	Вік старше 50 років, рак в анамнезі, мимовільна втрата ваги, періодичні епізоди лихоманки, прогресування симптомів, біль у спокої, тривалість болю більше одного місяця, парапарез	Невідкладне направлення; негайно направити у випадку парапарезу
Бактеріальний спондиліт	Попередня операція на спині, інфекції сечовивідних шляхів або шкіри, імуносупресія, лікування глюкокортикоїдами, зловживання внутрішньовенними наркотиками	Негайно направити
Компресійний перелом хребта [доказ 07205|B]	Вік старше 70 років, падіння в анамнезі, пероральне лікування глюкокортикоїдами	Негайно направити, якщо є парез, в іншому випадку направити в плановому порядку
Спондилолістез	Підлітки (вік 8-15 років)	Направити в плановому порядку
Спінальний стеноз	Вік старше 50 років, нейрогенна кульгавість	Направити в плановому порядку
Анкілозуючий спондилоартрит	Вік молодше 40 років при початкових симптомах, біль не пом'якшується ліжковим режимом, ранкова скутість, тривалість болю щонайменше 3 місяці	Направити в плановому порядку

Важкі чи специфічні захворювання

- Негайно направити
  - Сечовипускання неможливе або є нетримання випорожнень.
  - В пацієнта нестерпний біль та свіжий парез у деяких групах м'язів.

    - На додаток до болю у попереку, пацієнт має симптоми або клінічні ознаки, що вказують на гострий живіт.
- Лікування слід розпочати протягом тижня
    - З'являється слабкість, втрата чутливості або оніміння в нижніх кінцівках.
    - Загальний стан погіршується чи біль поступово зростаючи стає більш сильним.
    - Біль у спині не пом'якшується ліками у стані спокою.
    - Біль у спині пов'язаний з лихоманкою.

Лабораторні дослідження

- Лабораторні дослідження зазвичай не потрібні. Якщо є ознаки важкого чи специфічного захворювання, необхідні, як правило, основні лабораторні дослідження, щонайменше ШОЕ, С-реактивний білок, загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів та загальний аналіз сечі.

Візуалізаційні методи обстеження

- Нормальний результат рентгенографії не виключає важкого стану.
- У первинній медичній допомозі слід утримуватися від проведення рентгенографічного обстеження попереку у пацієнтів з гострим або підгострим неспецифічним болем у попереку, якщо симптоми, що вказують на важке захворювання спини, відсутні.
- Якщо необхідні спеціальні діагностичні обстеження, то МРТ є візуалізаційним методом обстеження першої лінії.
- КТ є обстеженням другої лінії при плануванні екстреної операції, якщо МРТ відсутній або є протипоказання (наприклад, пацієнтам із кардіостимулятором).

Нейрофізіологічні обстеження

- Електронейроміографія (ЕНМГ) може бути корисною у ситуаціях, наведених нижче, якщо з моменту появи симптомів з боку нервів пройшло близько 4 тижнів.
    - Підтвердження травми нервового корінця у випадках, коли клінічна картина не відповідає ознакам, виявленим іншими обстеженнями

- Пацієнт має неврологічні симптоми та ознаки, але візуалізаційні методи обстеження не показують стиснення нервових корінців.
- При хронічному болю обстеження може бути призначене як частина комплексної оцінки стану.
- Обстеження іноді корисно проводити для прогностичної оцінки стану.
- При диференційній діагностиці якщо підозрюється защемлення або пошкодження нерву

Ішіас [доказ 00874|C]

- Найбільш поширеною причиною гострого ішіасу є грижі міжхребцевих дисків.
- Якщо показання до екстреного обстеження та операції (див. нижче) відсутні, консервативне лікування хворого з ішіасом може продовжуватись протягом 6 тижнів до розгляду рішення про операцію. Хронічний ішіас - викликаний стенозом спинного мозку [настанова 00436|Стеноз хребтового каналу…], тобто звуженням спинномозкового каналу в поперековому відділі або кореневих каналів міжхребцевих нервів.
- При ішіасі, викликаному грижею міжхребцевих дисків, пацієнт може рухатися кругом і діяти в межах болю [доказ 04843|B]. Рухова активність може бути рекомендована для підтримки загальної життєздатності та функціональних можливостей пацієнта. Іноді сильний біль ішіаса вимагає ліжкового режиму; так зване положення, яке розслаблює поперековий м’яз, та часто знімає больові симптоми.
- У ретельно відібраних пацієнтів з ішіасом хірургічна дискектомія забезпечує більш швидке полегшення болю, ніж консервативне лікування [доказ 03074|B]. Відсутня різниця у відновленні симптомів нервового корінця у пацієнтів, яким проводилась мікродискектомія, порівняно з пацієнтами, яким проводилась звичайна дискектомію [доказ 03074|B].
- Активне та інтенсивне фізичне навантаження починається через 4-6 тижнів після операції на дисках, воно зменшує біль, покращує функціональний стан та прискорює повернення пацієнта до роботи, не збільшуючи частоти повторного лікування [доказ 02640|B].

Показання для проведення екстреного обстеження та оперативного лікування

- Синдром cauda equine
    - Порушення чутливості в ділянці промежини (сідниць), ослаблення тонусу і скорочення анального сфінктера
    - Затримка сечі, нетримання випорожнень
- Раптовий парез
    - Прогресивна або раптова втрата сили в розгинальних або згинальних м'язах гомілковостопного суглоба або м'язах стегна і часто пов'язане з цим порушення чутливості
- Нестерпний біль і вимушене положення тіла
- Типовим випадком порушення безпеки пацієнта є відсутність адекватно організованого спостереження за прогресуванням симптомів, відсутність швидкої реакції на них; у цьому випадку подальші обстеження доцільно відкласти.

Гострий біль у попереку (тривалість менше 6 тижнів) [доказ 00374|B] [доказ 05730|C] [доказ 05310|C]

- Якщо біль є досить стерпним, немає ознак неврологічного дефіциту і, якщо, виходячи з анамнезу пацієнта або результатів огляду, немає підстав підозрювати тяжке захворювання або захворювання, яке потребує спеціального лікування, лікування проводиться на основі анамнезу та клінічного обстеження у вигляді симптоматичної терапії.
- Увага пацієнта акцентується на доброякісному характері захворювання і гарній тенденції до спонтанного одужання.
- Тривалість лікарняного листка хворого розглядається на індивідуальній основі. Зазвичай достатньо короткого лікарняного. Мета полягає в тому, щоб пацієнт повернувся на роботу після лікарняного.

Припинення ліжкового режиму та продовження звичної діяльності

- Пацієнтові рекомендується уникати ліжкового режиму [доказ 04843|B]. Необхідний короткий період ліжкового відпочинку через інтенсивний біль у спині, але ліжковий режим не повинен розглядатися як лікування під час проблем зі спиною.
- Пацієнтові рекомендується продовжувати звичайну щоденну активність або відновити її якнайшвидше. При зменшенні інтенсивності болю пацієнт може рухати спиною в розумних межах, і зазвичай немає потреби в обмеженні діяльності у вигляді виключно легкої роботи.

Анальгетики

- Завдяки своїй безпечності парацетамол є анальгетиком першої лінії, якщо у пацієнта немає сильного болю Пацієнту слід призначати досить високі дози парацетамолу, але щоденна доза не повинна перевищувати 3000 мг. Проте, парацетамол не перевершує плацебо у полегшенні болю у спині або зменшенні тривалості болю [доказ 07479|A].
- НППЗ можуть застосовуватися для полегшення гострого болю у спині. Їх ефективність при гострому болю в спині була доведена, але вона не дуже висока [доказ 02123|A]. Ризик побічних ефектів з боку кишкового тракту, серцевої та ниркової систем, пов'язаний із застосуванням усіх НППЗ; див. [настанова 00883|Безпечне застосування не…].
- Якщо застосування парацетамолу і НППЗ недостатньо, ефект у лікуванні болю може бути підвищений шляхом додавання опіоїду (кодеїну в комбінованих препаратах або трамадолу).

М’язові релаксанти

- М'язові релаксанти є більш ефективними, ніж плацебо, але вони не є ефективнішими за НППЗ, і комбінація м'язових релаксантів та НППЗ не дає додаткової користі [доказ 02008|A].
- М'язові релаксанти викликають сонливість або запаморочення майже у третини пацієнтів.
- Однак, застосування м’язових релаксантів є альтернативою тоді, коли НППЗ не підходять або призводять до несприятливих наслідків.

Фізична активність, лікувальна фізкультура та підтримувальний корсет [доказ 06724|B]

- Можна рекомендувати легкі вправи, що підтримують тонус, такі як ходьба.
- Активна лікувальна фізкультура із залученням спини не є корисною на ранніх стадіях гострого захворювання.
- Поперекові корсети, ймовірно, не є ефективними для запобігання появи або рецидиву болю в спині [доказ 01806|C].

Мануальна терапія

- Ефективність мануальної терапії при гострому болю в спині не відрізняється від інших рекомендованих методів лікування чи «уявного» лікування [доказ 07195|B].
- Мануальна терапія повинна виконуватися людиною, яка має відповідну освіту та підготовку (лікар, який навчався мануальній терапії, мануальний терапевт-ортопед, ліцензований хіропрактик, остеопат або напрапат).
- Мануальна терапія може проводитись без попередніх візуалізаційних методів обстеження, якщо немає підстав вважати, що пацієнт має протипоказання, включаючи процеси, які пошкоджують хребет (наприклад, розповсюджений остеопороз, пухлини, інфекції), анкілозуючий спондиліт, симптоми з боку нервових корінців та клінічно встановлені неврологічні синдроми, важкі спондилолістези (дегенеративні або спондилотичні), нещодавні травми та геморагічний діатез.
    - Поперекова тракція не є ефективною при лікуванні болю в попереку або ішіасу [доказ 07196|B↓↓].

Підгострий біль у попереку (тривалість 6-12 тижнів)

Обстеження

- Якщо біль в спині зберігається, подальші обстеження для підтвердження діагнозу, оцінки лікування та, якщо потрібно, складання комплексного плану реабілітації повинні бути проведені через 6 тижнів з моменту настання симптомів. Для підтвердження діагнозу (спеціального обстеження), лікування, функціональної та

робочої спроможності та потреби в реабілітації часто необхідна консультація фізіотерапевта, ортопеда, ревматолога або нейрохірурга.

- Варто оцінювати перебіг хвороби пацієнта, виснаження та пригнічення під час огляду, а також проводити пацієнтам оцінку болю та анкетування (наприклад, шкала Освестрі).

Лікування та реабілітація [доказ 04255|D] [доказ 06724|B]

- Коли метою лікування є запобігання хронізації болю, методи лікування, які спрямовані на активну участь в них пацієнта та відновлення функціональної спроможності, є важливішими у порівнянні з симптоматичним лікуванням.
- Ретельне клінічне обстеження, оцінка стану пацієнта та детальні інструкції (короткі вказівки) зменшують тривалість лікарняного листа та частоту виникнення повторних симптомів при підгострому болю у спині [доказ 06190|C].
- Всебічна та, якщо потрібно, міждисциплінарна оцінка працездатності може зменшити потребу у лікарняному листі. Подовження лікарняних листків збільшує ризик довгострокової непрацездатності.

Медикаментозна терапія

- Основний підхід до медикаментозної терапії такий же, як і при гострому болю в спині.
- Необхідно враховувати несприятливий вплив анальгетиків при тривалому застосуванні, особливо у літніх людей, у яких є ризик виникнення важких перфорацій пептичних виразок як ускладнення терапії НППЗ. Всі НППЗ можуть викликати серцево-судинні ускладнення.
- Антидепресанти поки що не продемонстрували кращий ефект, ніж плацебо, під час лікування болю у попереку [доказ 05876|C], але їх слід застосовувати, якщо пацієнт явно депресивний.
- Бензодіазепіни слід призначати з обережністю, застосування антипсихотичних препаратів не рекомендується при болях у спині.

Інше лікування [доказ 05730|C] [доказ 05310|C]

- Поверхневе зігрівання забезпечує короткочасне зменшення болю та недієздатності у пацієнтів з підгострим болем у спині [доказ 05256|A].

- Ефективність мануальної терапії при підгострому болю у попереку не відрізняється від інших рекомендованих методів лікування чи «уявного» лікування [доказ 07195|B].

Хронічний біль у попереку (тривалість понад 12 тижнів)

- При лікуванні болю у спині, який триває понад 3 місяці, застосовуються ті самі настанови, що й у підгострій фазі. За необхідності проводяться діагностичні обстеження та розробляється комплексний план лікування та реабілітації у співпраці лікарів різних спеціальностей.
- Є корисним інтенсивне фізичне навантаження, як частина міждисциплінарної реабілітації. Відновлення працездатності вимагає заходів, спрямованих безпосередньо на виконання роботи.

Терапія лікарськими засобами

- Анальгетики застосовуються періодично, залежно від інтенсивності та проявів больового синдрому.
- Як анальгетики можуть використовуватись парацетамол, НППЗ або комбінація НППЗ та слабкого опіоїду [доказ 02123|A].
- Необхідно мати на увазі негативні наслідки тривалого застосування НППЗ [настанова 00883|Безпечне застосування не…].
- Опіоїди полегшують хронічний біль у спині, але вони мають лише незначний вплив на функціональну здатність [доказ 05658|B].
- Трансдермальне введення бупренорфіну, ймовірно, полегшує хронічний біль в спині.
- Використання сильного опоїду має обговорюватись і проводиться пробне лікування в багатопрофільній клініці болю або фахівцем з лікування болю. Перед початком використання сильного опіоїду потрібно спробувати інші способи лікування, їх застосування має продовжуватись разом з лікуванням опіоїдами. Минулі або поточні проблеми із вживанням наркотиків, хронічний закреп, апное уві сні і ХОЗЛ в більшості випадків є протипоказаннями для вживання опіоїдів. Метою лікування є полегшення болю та поліпшення функціональної спроможності пацієнта.

- Дулоксетин може пом'якшувати хронічний біль у попереку краще, ніж плацебо, і його ефективність при хронічному болю у попереку можна порівняти з НППЗ та трамадолом.
- Інші антидепресанти, ймовірно, не полегшують біль і не підвищують функціональну здатність [доказ 05876|C]. Докази ефективності ґрунтуються на клінічних випробуваннях проведених щодо трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну.
- Габапентин і топірамат можуть пом'якшувати невропатичний сідничний біль.

Інше лікування [доказ 07465|D] [доказ 05310|C] [доказ 05730|C] [доказ 05766|C] [доказ 05816|C]

- Ефективність мануальної терапії при хронічному болю в спині подібна до традиційної терапії, наданої лікарем-терапевтом, а також анальгетиків, фізіотерапії, фізичних вправ або “школи спини” [доказ 07198|A↑↑].
- Люмбальна тракція не є ефективною для лікування хронічного болю в попереку [доказ 07196|B↓↓].
- Черезшкірна електрична нервова стимуляція (ЧЕНС) може деякою мірою полегшити біль у спині [доказ 03152|C].
- Акупунктура самостійно або на додаток до інших методів лікування може дещо зменшити хронічні болі в спині і поліпшити її функцію в короткочасній перспективі [доказ 00034|C].
- Лазеротерапія низького рівня не має будь-яких клінічно значимих корисних ефектів при тривалому або хронічному болю в спині [доказ 05605|D].
- При синдромах важкого болю пацієнт може також звернутися до спеціалізованої клініки болю для його оцінки та лікування.

Реабілітація для підвищення функціональності та працездатності [доказ 00340|B] [доказ 01993|B] [доказ 04255|D] [доказ 06724|B]

- Фізичне виховання та вправи, які поліпшують фізичну працездатність, зменшують кількість лікарняних листів.
- Достатньо інтенсивні та довготривалі силові тренування (вагові тренування) та фізичне навантаження, що поліпшує загальний фізичний стан (тренування витривалості), знижують хронічний біль у спині та покращують функціональність [доказ 00944|B].

- Багатопрофільна біопсихосоціальна реабілітація з функціональним відновним підходом підвищує функціональні можливості пацієнта, участь у роботі, якість життя та зменшує больовий синдром у пацієнтів з хронічним болем у спині.
- Масаж спини в поєднанні з терапевтичними вправами та просвіта пацієнта може пом'якшити хронічний біль у спині і поліпшити її функцію [доказ 01880|С].
- Реабілітація, що проводиться у спеціалізованому реабілітаційному закладі, може певною мірою зменшити кількість листів непрацездатності та використання анальгетиків впродовж 3-х років після реабілітаційного періоду.
- Поліпшення працездатності людини з хронічними проблемами в області спини також потребує заходів, спрямованих безпосередньо на виконання роботи. Узгоджене ставлення до функціональних порушень серед керівників та колег по роботі сприяє збереженню працездатності людини з проблемами спини.

Матеріали для просвіти пацієнта

- Надання пацієнтам коректної інформації може зменшити біль та сприяти поверненню на роботу [доказ 05923|С]. Рекомендована інформація для пацієнтів вказана в таблиці [табл.|Т3].
- Необхідно підкреслити постійний характер болю у попереку та не слід обіцяти повного звільнення від симптомів. Біль у спині часто повторюється, але інтенсивність його зазвичай менша.
- Інформація для пацієнта повинна містити важливість виконання вправ, контролю ваги, дієти та куріння під час лікування симптомів з боку спини.

Таблиця Т3. **Рекомендована інформація для пацієнта при болю в спині (адаптована з Waddell et al, 1996)**

Тип болю в спині	Інформація для пацієнта
Загальний, неспецифічний біль у спині – надання позитивної інформації	Біль у спині дуже поширений.
	Немає ознак важкої травми або хвороби.
	Відновлення зазвичай займає дні або тижні. Однак, у деяких пацієнтів симптоми можуть бути тривалими.
	Біль не буде постійним. Рецидив хвороби є частим, але навіть тоді є гарна тенденція до відновлення стану.
	Фізична активність є корисною. Багато відпочинку — шкідливо. Помірний біль не є ознакою його шкідливості.

Тип болю в спині	Інформація для пацієнта
Сідничний біль – надання позитивної інформації з обережністю.	Надайте відповідну інформацію про симптоми та прогноз. У більшості випадків консервативного лікування достатньо, однак відновлення зазвичай займає 1-2 місяці. Як правило, слід очікувати гарного відновлення. Однак, у деяких пацієнтів симптоми можуть бути тривалими. Можливі рецидиви.
Можливе важке захворювання – уникайте надання негативної інформації.	Для постановки діагнозу необхідні подальші дослідження. Часто результати цих досліджень є нормальними.
	Після проведення досліджень фахівець прийме рішення щодо найкращої тактики лікування.
	Необхідно уникати надмірної фізичної навантаження, доки обстеження не буде завершено.

Пов’язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00401|Low back pain – Related …]
- Інші доказові огляди [пов'язані 00401|Low back pain – Related …]
- Клінічні настанови [пов'язані 00401|Low back pain – Related …]
- Література [пов'язані 00401|Low back pain – Related …]

Джерела інформації

R1. Williams CM, Maher CG, Latimer J et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2014;384(9954):1586-96. [PubmedID|25064594]

R2. Cawston H, Davie A, Paget MA et al. Efficacy of duloxetine versus alternative oral therapies: an indirect comparison of randomised clinical trials in chronic low back pain. Eur Spine J 2013;22(9):1996-2009. [PubmedID|23686477]

Настанови

- Настанова 00443. Анкілозивний спондиліт та аксіальний спондилоартрит.
- Настанова 00395. Фіброміалгія.
- Настанова 00101. Ішемія нижніх кінцівок.
- Настанова 00436. Стеноз хребтового каналу в поперековому відділі.
- Настанова 00883. Безпечне застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 07205. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain.
  Дата оновлення: 2013-10-17
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Significant trauma, or falls among elderly, older age and corticosteroid use appear to be proper red flags for vertebral fracture in patients presenting with low back pain.
- Доказовий огляд 00874. Epidural steroid injections for low back pain and sciatica.
  Дата оновлення: 2003-08-05
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Epidural steroid injections may have limited short-term effectiveness in radicular low back pain.
- Доказовий огляд 04843. Bed rest for acute low-back pain and sciatica.
  Дата оновлення: 2013-02-19
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Advice to rest in bed appears to be less effective than advice to stay active for people with acute low-back pain. For patients with sciatica, there is little or no difference between the two approaches.
- Доказовий огляд 03074. The effectiveness and timing of surgical treatment in intervertebral disk herniation.
  Дата оновлення: 2007-07-31
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Surgical discectomy for carefully selected patients with sciatica due to lumbar disc prolapse appears to provide faster pain relief than conservative management, although any positive or negative long-term effects are unclear. Surgical discectomy is more effective than chemonucleolysis which is more effective than placebo.
- Доказовий огляд 02640. Rehabilitation after lumbar disc surgery.
  Дата оновлення: 2016-05-10
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Intensive exercise programs started 4–6 weeks post-surgery appear to be more effective than no treatment or mild exercise programs in improving functional status and reducing pain in the short-term. There is no evidence that active programs increase the re-operation rate after first-time lumbar surgery.
- Доказовий огляд 00374. Behavioural treatments for chronic low back pain.
  Дата оновлення: 2010-08-11
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Operant therapy appears to be more effective than waiting list and behavioural therapy more effective than usual care for short-term pain relief in chronic low back pain patients.
- Доказовий огляд 05730. Spa therapy and balneotherapy for treating low back pain.
  Дата оновлення: 2007-12-11
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Spa therapy and balneotherapy may be effective for treating patients with low back pain.

- Доказовий огляд 05310. Herbal medicine for low back pain.
  Дата оновлення: 2016-05-10
  Рівень доказовості: C
  Резюме: C. frutescens (Cayenne), H. procumbens, S. alba, S. officinale L., S. chilensis, and lavender essential oil may reduce pain in patients with low back pain more than placebo.
- Доказовий огляд 07479. Paracetamol for low back pain.
  Дата оновлення: 2016-08-11
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Paracetamol is no better than placebo for relieving acute low back pain (LBP). There is insufficient evidence on the effect of paracetamol in chronic LBP.
- Доказовий огляд 02123. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in acute low back pain.
  Дата оновлення: 2008-05-05
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are effective for patients with acute and chronic low-back pain without sciatica, although the effects are small. For patients with sciatica, there is no evidence that NSAIDs are more effective than placebo.
- Доказовий огляд 02008. Muscle relaxants for non-specific low back pain.
  Дата оновлення: 2008-09-17
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Muscle relaxants are more effective than placebo for low back pain, but their use is associated with frequent adverse effects, especially drowsiness and dizziness.
- Доказовий огляд 06724. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain.
  Дата оновлення: 2010-09-07
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Post-treatment exercise programmes appear to prevent recurrences of low-back pain, but there is conflicting evidence on exercise as part of treatment during an episode of back pain.
- Доказовий огляд 01806. Lumbar supports for the prevention and treatment of low back pain.
  Дата оновлення: 2008-04-21
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Lumbar supports are probably not effective for prevention or treatment of low back pain.
- Доказовий огляд 07195. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain.
  Дата оновлення: 2013-10-16
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Spinal manipulative therapy (SMT) appears to be no more effective in the treatment of patients with acute (1 week to 1 month) low-back pain than inert interventions or when added to another treatment such as standard medical care. SMT also appears to be no more effective than other recommended therapies.
- Доказовий огляд 07196. Traction for low-back pain with or without sciatica.
  Дата оновлення: 2013-10-16
  Рівень доказовості: B↓↓
  Резюме: Traction, either alone or in combination with other treatments, appears to have little or no impact on pain intensity, functional status, global improvement and

return to work among people with low back pain (LBP).
Рекомендація: The recommendation attaches a relatively high value on avoiding potential adverse effects of traction.

- Доказовий огляд 04255. Physical conditioning programs for chronic back pain.
  Дата оновлення: 2015-07-14
  Рівень доказовості: D
  Резюме: Physical conditioning programs might possibly reduce sick leaves when compared to usual care in workers with subacute and chronic back pain although the evidence is insufficient.
- Доказовий огляд 06190. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults.
  Дата оновлення: 2017-07-28
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation programs (MBR) may offer some benefit compared with usual care for adults with subacute low back pain (LBP), but it is not clear whether MBR is better than some other type of treatment.
- Доказовий огляд 05876. Antidepressants for non-specific low back pain.
  Дата оновлення: 2010-02-19
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Antidepressants may not be more effective than placebo in the management of patients with chronic low-back pain.
- Доказовий огляд 05256. Superficial heat or cold for low back pain.
  Дата оновлення: 2006-09-18
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Superficial heat provides a small short-term reduction in pain and disability for patients with acute or subacute back pain.
- Доказовий огляд 05658. Opioids for chronic low back pain.
  Дата оновлення: 2013-09-03
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Opioids appear to reduce pain but seem to have minimal effect on function in patients with chronic low back pain.
- Доказовий огляд 07465. Radiofrequency denervation for chronic low back pain.
  Дата оновлення: 2016-05-10
  Рівень доказовості: D
  Резюме: Radiofrequency (RF) denervation might possibly produce pain relief and improve function for patients with chronic low back pain (CLBP), but the evidence is insufficient.
- Доказовий огляд 05766. Prolotherapy injections for chronic low-back pain.
  Дата оновлення: 2010-03-15
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Prolotherapy may not be an effective treatment for chronic low-back pain, when used alone. When combined with spinal manipulation, exercise, and other co-interventions, prolotherapy may improve chronic low-back pain and disability.
- Доказовий огляд 05816. Effectiveness and complications of adhesiolysis in the management of chronic spinal pain.
  Дата оновлення: 2008-01-22
  Рівень доказовості: C

Резюме: Interventional pain management techniques, percutaneous adhesiolysis and spinal endoscopy, may be effective interventions to treat low back and lower extremity pain caused by epidural adhesions.

- Доказовий огляд 07198. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain.
  Дата оновлення: 2013-10-16
  Рівень доказовості: A↑↑
  Резюме: Spinal manipulative therapy (SMT) equals to other interventions like exercise therapy, standard medical care or physiotherapy for reducing pain and improving function in patients with chronic low-back pain.
  Рекомендація: The recommendation attaches a relatively high value on clinical recovery and does not consider the cost of treatment (which may be higher or lower for SMT compared to other treatments depending on the intervention)
- Доказовий огляд 03152. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low back pain.
  Дата оновлення: 2013-09-10
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) may alleviate pain but does not improve function in chronic low back pain.
- Доказовий огляд 00034. Acupuncture in low back pain.
  Дата оновлення: 2007-10-18
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Acupuncture for chronic low-back pain may be more effective than no treatment or sham treatment for pain relief and functional improvement in the short-term. When added to other conventional therapies, it may relieve pain and improve function better than the conventional therapies alone. However, effects are only small. The evidence for patients with acute low back pain is sparse and inconclusive.
- Доказовий огляд 05605. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain .
  Дата оновлення: 2008-04-21
  Рівень доказовості: D
  Резюме: Low level laser therapy might possibly have minimal beneficial effects on subacute and chronic low back pain in the short term, but the evidence is insufficient.
- Доказовий огляд 00340. Back schools for chronic non-specific low back pain.
  Дата оновлення: 2005-12-16
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Back-schools appear to be effective for patients with recurrent and chronic low back pain in occupational settings.
- Доказовий огляд 01993. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain.
  Дата оновлення: 2014-11-04
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation appears to be modestly effective for pain and function in cronic low back pain compared to usual care and physiotherapy.
- Доказовий огляд 00944. Exercise therapy for chronic low back pain.
  Дата оновлення: 2005-12-16
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Exercise therapy appears to be slightly effective at decreasing pain and improving function in adults with chronic low-back pain.

- Доказовий огляд 01880. Massage for low back pain.
  Дата оновлення: 2016-05-10
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Massage may be beneficial for patients with subacute and chronic non-specific low-back pain.
- Доказовий огляд 05923. Individual patient education for low back pain.
  Дата оновлення: 2013-10-21
  Рівень доказовості: C
  Резюме: For patients with acute or subacute low back pain (LBP), intensive patient education may be effective. For patients with chronic LBP, the effectiveness of individual education is unclear.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00435 Ключ сортування: 020.030 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-06-30

Автор(и): Antti MalmivaaraTimo PohjolainenEero HirvensaloJukkapekka Jousimaa Автор(и) попередніх версій статті: Seppo Seitsalo
Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Orthopaedics Physical medicine

Ключові слова індексу
mesh: Exercise mesh: acute low back pain mesh: bacterial spondylitis mesh: Manipulation, Orthopedic
mesh: saddle block syndrome mesh: Sports mesh: L5 root mesh: L4 root mesh: chronic back pain mesh: Analgesics
mesh: acute back pain mesh: chronic low back pain mesh: muscle relaxant mesh: Sciatica mesh: radicular symptoms
mesh: Back Pain mesh: Low Back Pain mesh: S1-nerve root mesh: Neoplasms mesh: nonspecific low back pain
mesh: multiprofessional rehabilitation mesh: Paraparesis mesh: Spinal Stenosis mesh: Schober's test
mesh: Spondylolisthesis mesh: Anti-Inflammatory Agents mesh: Intervertebral Disk Displacement
mesh: Spondylitis, Ankylosing mesh: work capacity mesh: low back pain, subacute icpc-2: L03 speciality: Orthopaedics
speciality: Physical medicine speciality: Surgery