

NESPECIFINIO APATINĖS NUGAROS DALIES SKAUSMO DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Justina Juchnevičiūtė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: nespecifinis nugaros skausmas, apatinė (juosmeninė) nugaros dalis, lėtinis skausmas.

Santrauka

Apatinės nugaros dalies skausmas – tai skausmas, raumenų įsitempimas ar sąstingis, juntamas tarp apatinės šonkaulių ribos ir apatinių sėdmeninių raukšlių, su arba be plitimo į apatines galūnes. Jis gali būti skirstomas į ūmų (iki 4 savaitių), poūmį (4-12 savaitių trukmės) ir lėtinį skausmą, trunkantį ilgiau nei 12 savaitių. Apie 90 proc. atvejų skausmas yra nespecifinis, kai nenustatoma jokių pataloginių anatominių skausmo priežasčių. Šis skausmas susijęs ne tik su darbingumo netekimu, socialinėmis problemomis, dažnesniu reabilitacijos poreikiu, bet jis yra ir viena pagrindinių neįgalumo priežasčių pasaulyje.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti mokslinėje literatūroje aprašytus nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo rizikos veiksnius bei rekomendacijas diagnostikai ir gydymui pirminėje sveikatos priežiūroje.

Tyrimo objektas ir metodai. Naudojantis PubMed duomenų baze ir kitais interneto šaltiniais, atrinkti ir išanalizuoti moksliniai straipsniai bei tyrimai, nagrinėjantys nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo rizikos veiksnius bei rekomendacijas diagnostikai ir gydymui pirminėje sveikatos priežiūroje.

Rezultatai. Pagrindiniai nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo diagnostikos metodai - išsamos anamnezės surinkimas bei fizinis ištyrimas. Konsultacijos metu kilus įtarimų dėl „raudonų vėliavų“ ar kitų pavojingų ekstravertebrinių skausmo priežasčių, šeimos gydytojas turėtų siųsti pacientą skubiai gydytojo specialisto konsultacijai. Skausmui trunkant ilgiau nei 12 savaitių, į gydymo procesą pagal poreikį turėtų būti įtrauktas fizioterapeutas, psichologas ir gydytojas reabilitologas. Ūminio ir lėtinio skausmo gydymui rekomenduojami NVNU, tačiau jie turėtų būti skiriami mažiausia efektyvia doze. Opioidiniai analgetikai gali būti skiriami, jei neopioidiniai analgeti-

kai kontraindikuotini arba neefektyvūs, o gydant lėtinį skausmą jie galėtų būti skiriami kartu su neopioidiniais analgetikais. Ūmaus skausmo gydymui pagal poreikį galima skirti miorelaksantus, o lėtinio – TCA, SSRI ar vaistus nuo traukulių. Nefarmakologiniam ūminio ir lėtinio skausmo gydymui rekomenduojamas fizinis aktyvumas ir įvairūs aktyvios mankštos metodai.

Įvadas

Apatinės nugaros dalies skausmas literatūroje apibūdinamas kaip skausmas, raumenų įsitempimas ar sąstingis, juntamas tarp apatinės šonkaulių ribos ir apatinių sėdmeninių raukšlių, su arba be plitimo į apatines galūnes [1]. 2017 metais šio skausmo paplitimas siekė apie 7,5 proc. populiacijos visame pasaulyje [2]. Apatinės nugaros dalies skausmas apie 90 proc. atvejų yra nespecifinis, kai nenustatoma jokių pataloginių anatominių skausmo priežasčių [3], o specifinis skausmas yra žymiai retesnis ir pasireiškia dėl tokių priežasčių kaip išvaržos, osteoporotiniai stuburo slankstelių lūžiai, reumatinės ligos, spondiloartropatijos, infekcijos ar onkologinės ligos [4]. Nepriklausomai nuo etiologijos, apatinės nugaros dalies skausmas gali būti skirstomas į ūmų (trunkantį iki 4 savaitių), poūmį (4-12 savaitių trukmės) ir lėtinį, trunkantį ilgiau nei 12 savaitių [5, 6]. Apatinės nugaros dalies skausmas susijęs ne tik su darbingumo netekimu, socialinėmis problemomis, dažnesniu reabilitacijos poreikiu, bet jis yra ir viena pagrindinių neįgalumo priežasčių pasaulyje [3,5,7]. Tyrimais nustatyta, kad tik 72 proc. pacientų, patyrusių ūmų skausmo epizodą, vienerių metų laikotarpiu visiškai pasveiksta [7], o išlaidos, susijusios su apatinės nugaros dalies skausmu, siekia 0,1-2 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP) įvairiose Europos šalyse [8]. Nors dauguma nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo diagnostikos gairių nerekomenduoja vaizdinių diagnostinių tyrimų, sveikatos priežiūros įstaigose jie vis dar atliekami. Pertekliniai vaizdiniai tyrimai susiję su nereikalinga apšvita, ligos chronizacija ir dar didesnėmis sveikatos sistemos išlaidomis [7]. Dėl minėtų priežasčių

svarbu skatinti savalaikę bei tinkamą nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo diagnostiką, kuo anksčiau pradėti gydymą, stengiantis išvengti ligos chronizacijos, neįgalumo, neigiamo poveikio pacientų psichologiniam, socialiniam, ekonominiam gyvenimui bei didėjančios naštos sveikatos priežiūros sistemai.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti mokslinėje literatūroje aprašytus nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo rizikos veiksnius bei rekomendacijas diagnostikai ir gydymui pirminėje sveikatos priežiūroje.

Tyrimo objektas ir metodai

Naudojantis PubMed duomenų baze ir kitais interneto šaltiniais, atrinkti ir išanalizuoti moksliniai straipsniai bei tyrimai, nagrinėjantys nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo rizikos veiksnius bei rekomendacijas diagnostikai ir gydymui pirminėje sveikatos priežiūroje.

Tyrimo rezultatai

Apatinės nugaros dalies skausmo rizikos veiksniai.

Mokslo bendruomenėje vis dažniau kalbama, kad apatinės nugaros dalies skausmas yra biopsichosocialinis sutrikimas, kurį ūmiai gali išprovokuoti fiziniai veiksniai (pavyzdžiui, netinkamas sunkaus daikto kėlimas), psichosocialiniai veiksniai (nuovargis, miego trūkumas, judesio baimė) arba jų sąveika [7]. Lėtinis nespecifinis apatinės nugaros dalies skausmas literatūroje siejamas su moteriška lytimi, vyresniu amžiumi, sėsliu gyvenimo būdu, sunkia fizine veikla, didele profesine apkrova, rūkymu, nutukimu, depresija, skausmo baimė [1,5,7].

Nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo diagnostika ir paciento priežiūra. Pacientui kreipiantis dėl ūmaus pirmą kartą atsiradusio ar pasikartojančio apatinės nugaros dalies skausmo, pirmiausia turėtų būti surinkta išsami anamnezė, įskaitant detalią informaciją apie skausmo pobūdį, stiprumą, jo plitimą, trukmę, ankstesnius epizodus, sąlygas, kurioms esant skausmas susilpnėja (sustiprėja), atsiradusius šlapinimosi ar tuštinimosi sutrikimus. Atliekant fizinį ištyrimą, svarbu įvertinti paciento įprastinę eisena, ėjimą ant pirštų ir ant kulnų, atlikti tiesios kojos kėlimo (Lasego) testą, įvertinti galūnių raumenų tonusą, refleksus, jutimus, iširti, ar nepasireiškia patologiniai refleksai kojose [5]. Šiame apžiūros etape šeimos gydytojas turėtų įvertinti, ar nėra „raudonųjų vėliavų“ – pavojingų būklių, rodančių būtinybę nedelsiant atlikti išsamesnius tyrimus ar siųsti pacientą specialisto konsultacijai [9]. Literatūroje „raudonųjų vėliavų“ kategorijai priskiriamos tokios būklės kaip navikas (žinomas iš anamnezės arba naujai įtariamąs), spinalinė infekcija, arklio uodegos sindromas, slankstelių lūžiai, spondiloartritas, šakneliniai skausmai (radikulopatija), stuburo kanalo stenozė

[7,10]. Jeigu iš anamnezės ir fizinio ištyrimo duomenų šeimos gydytojui nekyla įtarimų dėl „raudonųjų vėliavų“ ir kitų pavojingų ekstravertebrinių skausmo priežasčių (pavyzdžiui, cholecistito, pankreatito, aortos aneurizmos, endometriozės, šlapimo takų akmenligės, perinefrinių abscesų, periferinės neuropatijos), jokių papildomų diagnostinių tyrimų atlikti nerekomenduojama [11]. Antra vertus, apžiūros metu nustatęs neurologinius sutrikimus ar įtaręs kitas pavojingas būkles, šeimos gydytojas turėtų siųsti pacientą skubiai gydytojo specialisto konsultacijai.

Neįtarus „raudonųjų vėliavų“ būklės ir kitų pavojingų ekstravertebrinių pažeidimų, būtina diferencijuoti, ar nugaros skausmas nėra sukeltas kito mechaninio pobūdžio pažeidimo. Literatūroje mechaniniams pažeidimams priskiriamas juosmens-kryžmens srities raumenų patempimas, juosmens spondilozė, tarpslankstelinio disko išvarža, spondilolizė, spondilolistezė [10]. Neįtariant anksčiau minėtų struktūrinių pažeidimų, turėtų būti nustatyta nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo diagnozė ir sudarytas farmakologinio bei nefarmakologinio gydymo planas. Pakartotinai paciento būklė turėtų būti įvertinta po 2-4 savaičių nuo paskirto gydymo.

Pacientui kreipiantis dėl nuolatinio, ilgiau nei 4 savaites išliekančio skausmo ir esant nepakankamam atsakui į paskirtą ūmaus skausmo gydymą, šeimos gydytojas turėtų įvertinti „geltonąsias vėliavas“ – psichosocialinius rizikos veiksnius ligos chronizacijai [11]. Kita vertus, kai kuriuose literatūros šaltiniuose rekomenduojama atkreipti dėmesį į „geltonąsias vėliavas“ jau pirmo apsilankymo dėl ūmaus skausmo metu [6]. Literatūroje „geltonosioms vėliavoms“ priskiriamas stresas, nerimas, beviltiškumo jausmas, skausmo baimė, judėjimo vengimas, somatizacija [11]. Nesant „geltonųjų vėliavų“ reikėtų koreguoti paskirtą gydymą, spręsti dėl gydytojo specialisto konsultacijos poreikio. Remiantis reikšmingomis rekomendacijomis, jei apatinės nugaros dalies skausmas tęsiasi ir riboja paciento fizinį aktyvumą arba stiprėja nepaisant paskirto gydymo, vaizdo tyrimų poreikis turėtų būti pakartotinai įvertintas 4-6 savaitę nuo skausmo pradžios [11]. Skausmui trunkant ilgiau nei 12 savaičių, į gydymo procesą pagal poreikį turėtų būti įtraukti tokie specialistai kaip fizioterapeutas, psichologas ir gydytojas reabilitologas [11].

Farmakologinis nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo gydymas. Literatūroje nespecifinio ūminio ir lėtinio skausmo gydymui rekomenduojami nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU), tačiau jie turėtų būti skiriami mažiausia efektyvia doze kuo trumpesnę laikotarpį [11]. Remiantis naujausiais tyrimais, paracetamolis dėl nepakankamo terapinio poveikio nei ūminio, nei lėtinio skausmo gydymui nerekomenduojamas [7,9,11]. Kai kuriuose šaltiniuose teigiama, kad opioidiniai analgetikai ūmaus skausmo gydymui

gali būti skiriami, jei neopioidiniai analgetikai kontraindikuotini, arba neefektyvūs [6,11], tačiau rekomenduojama, kad opioidinių analgetikų poreikis juos paskyrus būtų vertinamas ne rečiau nei kas 4 savaites [11]. Teigiamas opioidinių analgetikų poveikis gydant lėtinį skausmą tyrimuose yra įrodytas [6,11] ir jie galėtų būti skiriami kaip alternatyva, esant nepakankamam neopioidinių analgetikų poveikiui, arba galėtų būti skiriami kartu su jais [11]. Šiuo atžvilgiu nuomonės skirtingos – kai kurie autoriai neskatina skirti opioidinių analgetikų lėtinio skausmo gydymui dėl galimo šalutinio poveikio [12].

Literatūroje yra svarių įrodymų apie teigiamą miorelaksantų poveikį ūmaus skausmo gydymui [5-7], tačiau jų poveikis gydant lėtinį nugaros skausmą yra diskutuotinas [6]. Kai kurie autoriai pabrėžia ir teigiamą triciklių antidepresantų (TCA) [6,7,9] bei selektyviųjų serotonino reabsorbcijos inhibitorių (SSRI) [9] poveikį, gydant lėtinį nespecifinį nugaros skausmą. Tyrimais nustatyta, kad esant lėtiniam apatinės nugaros dalies skausmui, teigiamą analgetinį poveikį turi ir prieštraukuliniai vaistai, ypač topiramatas [9,10].

Nefarmakologinis nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo gydymas. Atsiradus nugaros skausmui, svarbų vaidmenį gydymo procese atlieka ir paciento mokymas išlaikyti fizinį aktyvumą ir kuo anksčiau grįžti į įprastinį gyvenimą. Pasaulinėse gairėse nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo gydymui rekomenduojama mankšta [13]. Tyrimais nustatyta, kad mankšta turi teigiamą poveikį gydant ir ūmų [7], ir lėtinį [7, 14] nugaros skausmą. Šiuo metu yra daug įvairių mankštos technikų, tačiau mokslinėje literatūroje efektyviais skausmo malšinimo, fizinės ir psichinės būklės gerinimo būdais laikomas Pilateso metodas, pasipriešinimo, aerobiniai, stabilumo (motorikos) valdymo pratimai [15]. Liemens stabilumo pratimai ir klubo raumenų tempimo pratimai taip pat gerina pacientų fizinę būklę [16]. Gydant lėtinį nugaros skausmą, teigiamą poveikį negalios mažinimui turi ir kognityvinė funkcinė terapija [17].

Išvados

1. Apatinės nugaros dalies skausmą gali išprovokuoti fiziniai, psichosocialiniai veiksniai arba jų sąveika.
2. Pagrindiniai nespecifinio apatinės nugaros dalies skausmo diagnostikos metodai - išsamios anamnezės surinkimas bei fizinis ištyrimas.
3. Šeimos gydytojo konsultacijos metu būtina „raudonų vėliavų“ ir kitų ekstravertebrinių skausmo priežasčių, reikalaujančių skubaus gydymo, diferencinė diagnostika.
4. Pacientui kreipiantis dėl nuolatinio, ilgiau nei 4 savaites trunkančio nugaros skausmo, šeimos gydytojas turėtų įvertinti psichosocialinius ligos įsisenėjimo rizikos veiksnius.
5. Ūmaus nespecifinio skausmo gydymui rekomenduojami NVNU, o esant kontraindikacijoms ar nepakankamam jų poveikiui - opioidiniai analgetikai, galimas ir miorelaksantų skyrimas.

6. Lėtiniam nespecifinio skausmo gydymui rekomenduojami NVNU, o esant nepakankamam jų poveikiui, skirtini opioidiniai analgetikai atskirai arba kartu su jais, gydymui tinkami ir TCA, SSRI bei prieštraukuliniai vaistai.

7. Ūmaus ir lėtinio nespecifinio nugaros skausmo gydymui rekomenduojamas fizinis aktyvumas ir įvairūs aktyvios mankštos metodai, o gydant lėtinį skausmą, pagal poreikį gydymo procese turėtų dalyvauti ir fizioterapeutas, psichologas bei gydytojas rehabilitologas.

Literatūra

1. Elik M, Zgorzalewicz-Stachowiak M, Zeńczak-Praga K. Application of Pilates-based exercises in the treatment of chronic non-specific low back pain: state of the art. *Postgrad Med J* 2019;95(1119): 41-45.
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135920>
2. Wu A, March L, Zheng X, Huang J, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Trans Med* 2020; 8(6): 299-313.
<https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.175>
3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391(10137): 2356-2367.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
4. Mattiuzzi C, Lippi G, Bovo C. Current epidemiology of low back pain. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 2020; 4:15.
<https://doi.org/10.21037/jhmhp-20-17>
5. Popescu A, Lee H. Neck Pain and Lower Back Pain. *Med Clin North Am* 2020; 104(2): 279-292.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.11.003>
6. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018;27(11): 2791-2803.
<https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>
7. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017; 389(10070): 736-747.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
8. Williamson OD, Cameron P. The Global Burden of Low Back Pain. International Association for the Study of Pain, 2021. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/the-global-burden-of-low-back-pain/>
9. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep* 2019; 23(3): 23.
<https://doi.org/10.1007/s11916-019-0757-1>
10. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical Low Back Pain. *Am Fam Physician* 2018; 98(7): 421-428.
11. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, et al. Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114(51-52):

- 883-890.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883>
12. Megale RZ, Deveza LA, Blyth FM, Naganathan V, et al. Efficacy and Safety of Oral and Transdermal Opioid Analgesics for Musculoskeletal Pain in Older Adults: A Systematic Review of Randomized, Placebo-Controlled Trials. *J Pain* 2018; 19(5): e1-475.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.001>
 13. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back pain: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Am J Epidemiol* 2018; 187(5): 1093-1101.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwx337>
 14. Macedo LG, Hodges PW, Bostick G, Hancock M, et al. Which Exercise for Low Back Pain? (WELBack) trial predicting response to exercise treatments for patients with low back pain: a validation randomised controlled trial protocol. *BMJ Open* 2021; 11(1): e042792.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042792>
 15. Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, Verswijveren Simone JJM, et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med* 2019; 54(21): 1-12.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100886>
 16. Kim B, Yim J. Core Stability and Hip Exercises Improve Physical Function and Activity in Patients with Non-Specific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Tohoku J Exp Med* 2020; 251(3): 193-206.
<https://doi.org/10.1620/tjem.251.193>
 17. O'Keefe M, O'Sullivan P, Purtill H, Bargary N, et al. Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT). *Br J Sports Med* 2020; 54(13): 782-789.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100780>

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN
J. Juchnevičiūtė**

Keywords: non-specific back pain, low back, lumbar spine, chronic pain.

Summary

Low back pain- it is pain, increased muscle tension or stiffness localised between the costal margin and inferior gluteal folds with or without referred lower limb pain. It can be divided into acute (up to 4 weeks), subacute (4-12 weeks duration) and chronic pain (lasts more than 12 weeks). Pain is non-specific in around 90 % of cases, when there are no pathological anatomical causes of pain. Pain is related not only to loss of ability to work, social problems, more frequent demand for rehabilitation but it is also one of the main causes of disability in the world.

The aim: to analyze the scientific literature about risk factors of non-specific low back pain, also recommendations for diagnostics and treatment in primary health care.

Research methods: the selection of scientific articles and researches about risk factors of non-specific low back pain, also recommendations for diagnostics and treatment in primary health care was conducted while using PubMed database and other sources on the internet.

Results: The main diagnostic methods for non-specific low back pain are collection of comprehensive anamnesis and physical examination. Family doctor should refer a patient to a specialist doctor immediately, if there are any signs of „red flags“ or other dangerous extravertebral causes of pain. If the pain lasts more than 12 weeks, physiotherapist, psychologist and physiatrist should be included into treatment process according to the need. NSAIDs are recommended for treatment of acute and chronic pain, but they should be prescribed the lowest effective dose for the shortest possible period of time. Opioids can be prescribed, if non-opioid analgesics are contraindicated or not effective, also opioids could be prescribed together with non-opioid analgesics for the treatment of chronic pain. According to the need, muscle relaxants could be prescribed for the treatment of acute pain, and TCAs, SSRIs or antiepileptic drugs could be prescribed for the treatment of chronic pain. Physical activity and various exercise methods are recommended as non-pharmacological treatment methods for acute and chronic pain.

Correspondence to: justina0562@gmail.com

Gauta 2022-02-08