

# **ДОРСОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*Навчально-методичний посібник  
для лікарів-інтернів за спеціальністю «Сімейна медицина»,  
сімейних лікарів, терапевтів*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ДОРСОПАТІЇ**

## **В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*Навчально-методичний посібник  
для лікарів-інтернів за спеціальністю «Сімейна медицина»,  
сімейних лікарів, терапевтів*

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2025**

УДК 616.7-009.7-07-08(075.8)

Д69

*Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 9 від 29.05.2025.*

**Рецензенти:**

*Куценко В. О.* – д-р мед. наук, проф. (ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»).

*Мищенко Т. С.* – д-р мед. наук, проф. (Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна).

Д69 Дорсопатії в практиці сімейного лікаря : навч.-метод. посібник для лікарів-інтернів за спеціальністю «Сімейна медицина», сімейних лікарів, терапевтів / І. О. Говбах, О. М. Корж, Л. М. Цогоєва, Г. І. Кочуєв. Харків : ХНМУ, 2025. 40 с.

Навчально-методичний посібник «Дорсопатії в практиці сімейного лікаря» присвячений актуальній проблемі ведення пацієнтів з болями у спині в амбулаторній практиці сімейного лікаря. У посібнику надані дані щодо класифікації дорсопатій, їх діагностики та диференційної діагностики, а також сучасних методів терапії із застосуванням медикаментозних та немедикаментозних методів лікування.

УДК 616.7-009.7-07-08(075.8)

© Харківський національний  
медичний університет, 2025  
© Говбах І. О., Корж О. М.,  
Цогоєва Л. М., Кочуєв Г. І., 2025

## ЗМІСТ

Вступ . . . . .	4
Питання для первинного тестового контролю знань . . . . .	4
Актуальність . . . . .	4
Визначення. Класифікація . . . . .	5
Етіопатогенез та клініка основних видів дорсопатії . . . . .	6
Діагностика дорсопатій . . . . .	19
Лікування дорсопатій . . . . .	28
Визначення термінів тимчасової непрацездатності при дорсопатіях . . . . .	37
Список рекомендованої літератури . . . . .	39

## **Вступ**

Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, сімейних лікарів, терапевтів містить інформацію щодо класифікації, діагностики та принципів лікування дорсопатій, а також основних профілактичних напрямків цієї патології. Надані критерії діагностики основних клінічних форм дорсопатій дозволять визначити захворювання на ранніх стадіях. Спеціальний розділ, присвячений лікуванню хворих з дорсопатією, містить докладні схеми лікарських препаратів, застосування яких базується на принципах доказової медицини. Представлена інформація стосовно сучасних методів діагностики є неодмінною умовою адекватної терапії, що сприятиме покращанню якості життя та зниженню показників непрацездатності у цих хворих.

Використання методичних рекомендацій сприяє вдосконаленню професійних умінь і навичок сімейних лікарів та терапевтів, що дозволить підвищити рівень надання лікувально-діагностичної допомоги хворим із дорсопатією.

### **Питання для первинного тестового контролю знань**

1. Визначення, етіологія та патогенез дорсопатій.
2. Біомеханіка та фізіологія міжхребетного сегмента.
3. Класифікація, клініка та діагностика дорсопатій.
4. Клініко-рентгенологічні стадії дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта різної локалізації.
5. Показання до консервативного та оперативного методів лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта.
6. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика спондиліозу, спондилоартрозу, остеопорозу.
7. Принципи лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта.
8. Професійна реабілітація хворих із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта.

### **Актуальність**

Одним з найбільш поширених клінічних синдромів, що трапляються в щоденній амбулаторній практиці лікаря-терапевта та сімейного лікаря, є біль у спині – дорсопатія.

За даними ВООЗ, протягом життя біль у спині відчували від 70 до 90 % осіб дорослої популяції. За даними статистики, у нашій країні біль у спині щорічно розвивається у більше половини працездатного населення. Дорсопатія відзначається переважно в осіб віком від 35 до 55 років і є найчастішою причиною тимчасової втрати працездатності після гострих респіраторних захворювань.

В середньому у більшості пацієнтів у результаті терапії біль купірується протягом 4 тиж; більше 80 % хворих повертаються до трудової діяльності. Разом з тим у більш ніж половини хворих протягом першого року розвивається як мінімум одноразове загострення, а у 20 % з цих

пацієнтів біль набуває хронічного характеру. Так, були проведені дослідження, які показали, що у високоекономічно розвинених країнах витрати на ведення хворих з болями в спині стоять другим після витрат на ведення онкологічних хворих.

Висока поширеність дорсопатій в осіб працездатного віку переводить цю проблему із суто медичної до економічно значущої. Не випадково останніми роками як у нас у країні, так і за кордоном велика увага приділяється цій проблемі.

### **Визначення. Класифікація**

Біль у спині – дорсопатії – група захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини, провідним симптомом яких є біль у тулубі та кінцівках невісцеральної етіології.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду дорсопатіям відповідають рубрики M40-M54.

### **Класифікація дорсопатій**

Згідно з МКХ-10 виділяють 4 основні види дорсопатій:

- 1) *деформуючі дорсопатії* (M40–M43), пов'язані з деформаціями хребта: кіфоз, сколіоз, остеохондроз;
- 2) *спондилопатії* (M45–M49), пов'язані з розвитком артрозу міжхребцевих суглобів;
- 3) *інші дорсопатії* (M50–M54), пов'язані з дегенерацією міжхребцевих дисків;
- 4) *дорсалгія* (M54) – біль у спині, локалізований в шийному, грудному, поперековому відділах хребта.

До розділу «деформуючі дорсопатії» входять різні деформації, пов'язані з патологічною установкою та викривленням хребта, дегенерацією диска без його протрузії чи грижі, спондилолістезом.

У розділі «спондилопатії» найбільш поширеною дегенеративною зміною є спондиліоз (M47), до якого включені артроз хребта та дегенерація фасеткових (дуговідростчастих) суглобів.

У розділ «інші дорсопатії» входять дегенерації міжхребцевих дисків у вигляді протрузії або грижі, що супроводжуються больовим синдромом.

У розділ «дорсалгія» включені больові синдроми в ділянці шиї, тулуба та кінцівок, пов'язані з функціональними змінами та дегенеративними процесами в структурах хребтово-рухового сегмента (ХРС), за винятком зміщення МХД.

Залежно від патологічного процесу дорсопатії поділяються на такі:

а) *первинні* (механічні) – зумовлені дегенеративними та функціональними змінами в тканинах опорно-рухового апарату (міжхребцевий диск, фасції, м'язи, сухожилля, зв'язки, дуговідростчасті суглоби) з можливим залученням суміжних невральних структур;

б) *вторинні* – розвинені внаслідок запальних, метаболічних, неопластичних, інфекційних, травматичних уражень хребта.

## Етіопатогенез та клініка основних видів дорсопатій

За останні роки багато в чому змінилося розуміння етіології та патогенезу болю у спині, проте досі у багатьох лікарів зберігається ще переконання в тому, що біль у спині, особливо з іррадіацією в ногу, пов'язаний із ураженням нервового корінця. Насправді, ураження нервового корінця, тобто радикулопатії, відзначаються досить рідко. Сьогодні вважається, що біль у спині обумовлений функціональними та дистрофічними змінами в тканинах опорно-рухового апарату (фасції, м'язи, сухожилля, зв'язки, суглоби, диск) з можливим залученням суміжних структур периферичної нервової системи (корінець, нерв). Основними причинами розвитку дегенеративно-дистрофічного ураження хребта є такі захворювання, як остеохондроз та спондилоартроз.

Хребетний стовп разом з периферичним відділом опорно-рухового апарату становить єдину біокінематичну систему, що органічно поєднує стабільність зі значною мобільністю. Збалансоване функціонування хребта як центральної складової цієї системи забезпечується структурною та функціональною повноцінністю наступних структур: 1) міжхребцевих дисків; 2) апофізарних, крижово-клубових, тазостегнових, колінних і гомілковостопних суглобів; 3) зв'язкового апарату; 4) м'язів спини, живота та нижніх кінцівок.

Основною функціональною одиницею хребетного стовпа є хребетно-руховий сегмент, що складається з міжхребцевого диска, двох суміжних хребців із суглобовим комплексом, м'язово-зв'язувальним апаратом та нервовими елементами на цьому рівні (рис. 1).

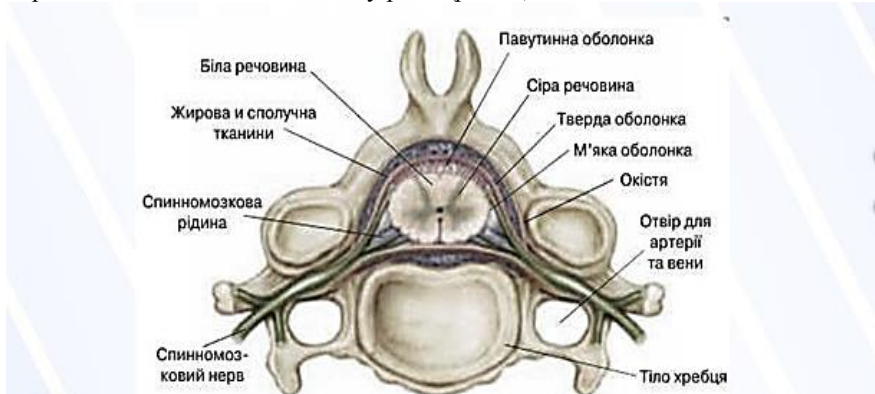


Рис. 1. Будова хребетно-рухового сегмента

Міжхребцевий диск (МХД) відіграє провідну роль у біомеханіці хребта, приймаючи на себе основну частину осьового навантаження. МХД є суглобовим хрящем, основними компонентами якого є пульпозне ядро і фіброзне кільце. МХД містить протеоглікани у вигляді сульфатованих глікозаміногліканів, а також колаген I та II типів. Міжхребцеві суглоби є

синовіальними суглобами, поверхні яких покриті гіаліновим хрящем і оточені суглобовою капсулою, а в порожнині суглоба міститься сино-вільна рідина. Будь-який анатомічний компонент хребетного стовпа може бути залучений до патологічного процесу (табл. 1).

Таблиця 1

**Причини дорсопатії залежно від локалізації ураження**

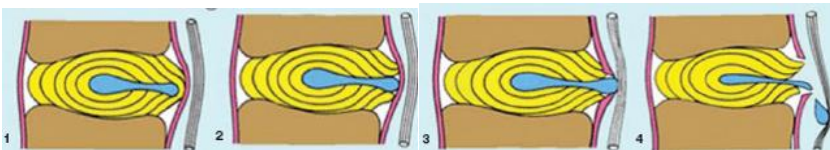
<i>Анатомічне утворення</i>	<i>Причина</i>
Диск	Грижа диска
Суглоб	Часткові або повні розриви капсули, хронічне запалення
Навколохребетні м'язи	Запалення, спазм, пошкодження, інфекції
Кістки	Ураження фасцій
Нервова тканина	Переломи, пухлини, інфекції

У зв'язку з прямоходінням хребет людини схильний до значних статодинамічних навантажень на хребетно-руховий сегмент, що призводить до відносно раннього розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів хребта.

Однією з головних причин дорсопатій є порушення функціонування одного чи кількох хребетно-рухових сегментів.

Пульпозне ядро незміненого МХД – це желатиноподібна, гомогенна маса, обмежена фіброзним кільцем та термінальними хрящеподібними пластинками суміжних тіл хребців зверху та знизу.

З віком зниження кількості мукополісахаридів та зміна їх якісного складу призводить до зниження вмісту рідини в ядрі. Ядро втрачає свої властивості гелю, а сам диск стоншується та втрачає свої функції еластичного тіла. Заміна кровопостачання механізмом дифузії, ефективність якого значно нижча, призводить до серйозних змін пульпозного ядра. Зниження гідрофільності та недостатнє кровопостачання хрящової тканини МХД веде до зменшення обсягу та до зміни форми пульпозного ядра. Відбувається зниження висоти МХД, протрузія та пролабування елементів тканини диска за межі країв прилеглих хребців (рис. 2).



**Рис. 2.** Стадії формування грижі межхребцевого диска:

- 1 – стадія внутрішньодискового переміщення; 2 – стадія протрузії диска;
- 3 – стадія випадіння диска (пролапса); 4 – секвестрована грижа диска

Крім цього, послаблюються сили зчеплення між колагеновими пластинами фіброзного кільця, відбувається розтягнення кільця і поява в ньому порожнин, що веде до зниження міцності фіброзних кілець і особливо до

слабкості їх заднього відділу. Ці процеси відбуваються на тлі поступової атрофії судин, що кровопостачають МХД. Виникають тріщини та розриви у фіброзному кільці, утворюються міжхребцеві грижі.

Терміном *«протрузія диска»* позначається стан, коли цілісність зовнішніх волокон фіброзного кільця ще збережена, але відбувається його випинання під дією секвестрів (частин) дегенерованого пульпозного ядра.

Патологічна протрузія МХД відрізняється від фізіологічної, яка відбувається завжди при згинально-розгинальних рухах у хребетно-руховому сегменті, тим, що поширене або локальне випинання фіброзного кільця призводить до звуження хребта і не зменшується при його рухах. Випинання диска вважається значно вираженим та клінічно значущим, якщо воно перевищує 25 % передньозаднього діаметра хребетного каналу або звужує канал до критичного рівня (10 мм і менше). Власне термін *«випадання або грижа диска»* застосовується для позначення випадків проникнення фрагментів або більшої частини пульпозного ядра через дифузний розрив фіброзного кільця за його межі або через пошкоджену пластину в тіло хребця.

При тріщинах фіброзного кільця локальний біль з'являється внаслідок не тільки подразнення синуввертебрального нерва, а й рецепторів заднього поздовжнього зв'язування та інших елементів хребетного сегмента.

Хребці складаються з внутрішньої губчастої та компактно зовнішньої речовини. Губчаста речовина у вигляді кісткових перекладин забезпечує міцність хребців. Зовнішня компактна речовина складається з кісткової пластинчастої тканини, що забезпечує твердість зовнішнього шару та можливість хребцевого тіла приймати навантаження, наприклад, стиснення під час ходьби. Усередині хребця крім кісткових поперечин знаходиться червоний кістковий мозок, який несе функцію кровотворення.

Кісткова структура постійно оновлюється: клітини одного типу зайняті розкладанням кісткової тканини, іншого – її оновленням. Механічні сили, навантаження, яким піддається хребець, стимулюють утворення нових клітин. Посилення навантаження на хребець веде до прискореного утворення щільнішої кісткової тканини, і навпаки. Для пояснення етіопатогенезу дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта висувалися різні теорії.

В основі інволютивної теорії лежить припущення, що причиною дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта є передчасне старіння та зношеність міжхребцевих дисків.

### **Клінічна картина дорсопатій**

Неврологічні прояви дорсопатій (спондилогенні неврологічні синдроми) – це група клінічних синдромів, патогенетично обумовлених рефлекторними, компресійними, міоадаптивними факторами і чутливими, руховими, вегетативно-трофічними, судинними порушеннями, больовим синдромом.

### Основні патогенетичні варіанти спондилогенних синдромів:

1. *Рефлекторні* – внаслідок дії на рецептори, що іннервують уражені відділи хребетного сегмента: м'язово-тонічні, вазомоторні, нейродистрофічні порушення.

2. *Компресійні* (завжди поєднуються із рефлекторними) – обумовлені впливом патологічних структур (грижа, остеофіт та ін.) на корінець (радикулопатія), спинний мозок (мієлопатія), судину, зокрема хребетну артерію, з відповідними порушеннями.

Під впливом м'язово-тонічних, нейродистрофічних синдромів, дегенеративно-дистрофічних змін тканин самого хребта змінюються конфігурація самого хребта та поза тулуба. Така деформація хребта, особливо його поперекового відділу, неминуче позначається на стані м'язів кінцівок: в окремих випадках м'язи виявляються розтягнутими, в інших – точки прикріплення м'язів зближуються. У розтягнутих м'язах та сухожиллях з часом розвиваються міофіброз та нейроостеофіброз.

Синдроми, зумовлені зміною пози хребта, називають **пізніми міоадаптивними** синдромами. Можлива адаптація і за іншим механізмом – **вікарним**: при компресії корінця в умовах атрофії і слабкості одних м'язів в інших розвивається вікарна гіпертрофія.

#### Рефлекторні синдроми:

- Цервікаго – гострий шийний біль.
- Цервікалгія – хронічний шийний біль.
- Цервікобрахіалгія – хронічний шийний біль у поєднанні з нейродистрофічними та нейросудинними синдромами.
  - Плече-лопаткова періартропатія, епіконділопатія
  - Скаленус-синдром та ін.
  - Торакалгія – біль у грудному відділі хребта.
  - Люмбаго – гострий поперековий біль.
  - Люмбалгія – хронічний поперековий біль, пов'язаний із нестабільністю ХРС.
  - Люмбоішіалгія – хронічний поперековий біль у поєднанні з нейродистрофічними та нейросудинними синдромами (біль з попереку іррадіює по склеротому).

### **Корінцеві синдроми**

#### **Стадії**

*Радикулоалгія* (тільки симптоми подразнення: парестезія, гіперестезія, алгічні точки, симптоми натягу, пожвавлення рефлексів), обмеження рухів, антальгічні установки.

*Радикулопатії* (приєднуються симптоми випадання: гіпестезія, мляві парези (рідко), випадання рефлексів).

### **Фази:**

- Загострення.
- Зворотного розвитку.
- Компенсації.

### Найчастіше трапляються наступні корінцеві синдроми:

• Корінець С6: болі від шиї по надпліччю, задньозовнішньому краю плеча, променевого краю передпліччя та великому пальцю. Слабкість та гіпотрофія двоголового м'яза плеча, тенара, зниженням біцепс-рефлексу; порушення чутливості у зоні дерматома С6.

• Корінець С7: болі від шиї під лопатку, по задній поверхні плеча та передпліччя до 2-го та 3-го пальців; слабкість та гіпотрофія триголового м'яза плеча, зниження трицепс-рефлексу Ф; порушення чутливості у зоні дерматома С7.

• Корінець С8: біль від шиї за задньовнутрішньою поверхнею плеча, ульнарний край передпліччя до мізинця; слабкість згиначів та розгиначів пальців; порушення чутливості у зоні дерматома С8.

• Корінець L5: болі та парестезії по зовнішній поверхні стегна та передньозовнішній поверхні гомілки, тилу стопи до великого пальця; слабкість та гіпотрофія перонеальної групи м'язів, особливо розгиначів 1-го пальця; порушення чутливості у зоні дерматома L5.

• Корінець S1: болі та парестезії по задньосідничній та задньозовнішній поверхні стегна та гомілки, зовнішньому краю стопи; слабкість та гіпотрофія триголового м'яза гомілки та згиначів пальців; ахілов та підошовний рефлекси знижені або відсутні, порушення чутливості у зоні дерматома S1.

• Компресія кінського хвоста: двосторонній біль, що поширюються на обидві ноги, периферичний симетричний нижній парапарез, тазові порушення, ішіас за корінцевим типом.

### **Первинні дорсопатії**

Відповідно до МКХ-10 виділяють *первинні дорсопатії*, що зумовлені дегенеративними та функціональними змінами опорно-рухового апарату (міжхребцевий диск, фасції, м'язи, сухожилля, зв'язки, дуговідростчасті суглоби).

До первинних дорсопатій відносяться:

- м'язово-зв'язувальні порушення,
- патологія міжхребцевих дисків,
- порушення фасеткових суглобів.

#### ***М'язово-зв'язувальні порушення***

М'язово-зв'язувальні порушення належать до найпоширеніших причин дорсопатій і часто залишаються нерозпізнаними.

Найбільш яскраво патологію м'язово-зв'язкового апарату спини відображає міофасціальний больовий синдром (МФС), що характеризується м'язовою дисфункцією та формуванням локальних болючих ущільнень в уражених м'язах.

Нині МФС прийнято розділяти на первинний та вторинний. В основу класифікації покладено виділення первинної дисфункції м'яза та розвиток МФС на фоні захворювань хребта та інших соматичних станів.

Основними *провокуючими факторами* первинного МФЗ є наступне:

- розтягнення м'язів;
- повторна мікротравматизація;
- тривала перенапруга;
- переохолодження м'яза;
- емоційний стрес.

До основних *причин* вторинного МФС належать:

• остеоартроз (шийний та поперековий спондильоз, коксартроз, артроз плечового суглоба);

- структурні анатомічні зміни (сколіоз, торсія таза, різниця у довжині ніг);
- ревматоїдний артрит;
- синдром Шегрена;
- ушкодження ротаторної манжети плеча;
- дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба;
- вісцеральний біль (нестенокардичний біль у грудній клітці),
- біль при захворюваннях печінки, нирок та сечовивідних шляхів;
- гостра травма (переломи, ушкодження м'яких тканин, післяопераційний

біль);

- гіпотиреоз;
- хронічні інфекції (кандидоз, паразитарні захворювання);
- дефіцит вітаміну В<sub>12</sub>.

*Діагностика* МФС ґрунтується на виявленні типових ознак та клінічних проявів згідно з діагностичними критеріями Simons (1986):

I. «Великі» критерії (необхідна наявність усіх п'яти):

- 1) скарги на локальний чи регіонарний біль;
- 2) обмеження обсягу рухів;
- 3) «тугий» тяж в ураженому м'язі при пальпації;
- 4) ділянка підвищеної чутливості у межах «тугого» тяжу (тригерна точка – ТТ);
- 5) зона відбитого болю, яка характерна для даного ураженого м'яза.

II. «Малі» критерії (необхідна наявність одного з трьох):

- 1) відтворюваність болю при стимуляції ТТ;
- 2) здригання при пальпації ТТ ураженого м'яза;
- 3) зменшення болю при розтягуванні ураженого м'яза.

За даними літератури, найчастіше патологічним змінам піддаються м'язи, які належать до переважно тонічних, тобто ті, що регулюють статико-кінетичну функцію організму: м'яз, що піднімає лопатку; найширший м'яз спини; трапецієподібний м'яз; м'яз, що випрямляє хребет; квадратний м'яз попереку; грушоподібний м'яз.

Недостатність сполучнотканинного фіксуючого апарату хребта під впливом несприятливих факторів (тривале перебування в нефізіологічній позі, різниця в довжині нижніх кінцівок, носіння сумки на одному плечі) тягне за собою компенсаторний розвиток деформацій хребта (сколіоз) з наступною перенапругою м'язово-зв'язувальних структур хребта та появою больового синдрому.

### *Патологія міжхребцевих дисків*

Другою за частотою причиною дорсопатій в осіб середнього та літнього віку є дегенеративне ураження міжхребцевого диска (МХД) – основного компонента суглобового апарату хребта.

Найчастіша причина дорсопатії – остеохондроз хребта – захворювання з генетичною схильністю, реалізація якої опосередковується низкою додаткових умов, що є факторами ризику розвитку та прогресування захворювання, а саме: неадекватні фізичні навантаження, вібрація, травми хребта, аномалії його розвитку, порушення статодинів.

В основі патогенезу остеохондрозу лежить усихання пульпозного ядра, підвищене навантаження на фіброзне кільце, утворення в ньому тріщин і вихід фрагментів пульпозного ядра за межі міжхребцевого диска, ауто-імунний процес, що запускає асептичне запалення.

Джерелами болю та патологічної іритації, що визначають формування рефлекторних синдромів, є таке:

- зовнішні відділи фіброзного кільця;
- поздовжні зв'язки хребта, суглобові сумки міжхребцевих суглобів за нестабільності ПДС;
- меніскоїди міжхребцевих суглобів;
- патологічно напружені м'язи, локальні м'язові ущільнення та осередки нейроостеофіброзу;
- компресія корінців спинного мозку.

Основним патогенетичним механізмом компресії корінця в ділянці міжхребцевого отвору є звуження остеофітами при спондилоартрозі, гіпертрофії жовтої зв'язки, бічною грижею диска, порушення крово- та лімфообігу з венозним застоєм, набряком.

Основним патогенетичним механізмом ураження вертебральної артерії є здавлення екзостозами при унковертебральному артрозі та суглобовим відростком при розгинальному підвивиху хребця, стеноз, ангіоспазм артерії внаслідок подразнення її симпатичного сплетення.

Під грижею МХД розуміють усунення диска з міждискового простору. Грижа диска може визначатися як протрузія або екструзія (залежно від об'єму зміщеного матеріалу). Втрату зв'язку зміщеного матеріалу з диском визначають як секвестрацію.

Залежно від напрямку грижі МХД виділяють наступні види:

- дорсальні грижі (медіанні, парамедіанні, форамінальні) – проникають у спинномозковий канал або міжхребцеві отвори, що супроводжується вираженою клінічною симптоматикою;
- вентральні та латеральні грижі – протікають здебільшого безсимптомно;
- грижі Шморля – утворюються внаслідок проникнення пульпозного ядра міжхребцевого диска у губчасту речовину тіла хребця із руйнуванням його замикаючої пластини.

Найбільш частою локалізацією гриж міжхребцевого диска є попереково-крижовий відділ хребта.

При дорсальному зміщенні МХД біль спочатку з'являється внаслідок подразнення больових рецепторів зовнішніх шарів фіброзного кільця та задньої поздовжньої зв'язки, що супроводжується спазмом сегментарних м'язів (рефлекторна люмбагія/люмбошіалгія). Зміщуючись у бік хребетного каналу чи міжхребцевого отвору, грижа МХД може компресійно здавлювати спинномозковий корінець, що веде до виникнення корінцевого синдрому (радикулопатії).

Біль при грижі диска часто виникає при різкому русі, нахилі, підйомі тяжкості або падінні. Біль посилюється при рухах, напруженні, підйомі тяжкості, сидінні в незручній позі, тривалому перебуванні в одній позі, кашлі та чханні. Пацієнт приймає вимушену позу з нахилом у здоровий бік (часто, але не завжди). Пацієнт через біль найчастіше не може стояти, характерна поза лежачи із зігнутою та приведеною до живота хворою ногою.

При об'єктивному огляді поперековий лордоз згладжений, може виявлятися анталгічний сколіоз.

При пальпації в ділянці нирок визначаються м'язовий спазм і посилення болю, особливо виражене на рівні випинання диска.

Для гриж МХД характерно асиметричне обмеження рухливості в поперековому відділі.

При грижі МХД великих розмірів біль може не поширюватися на нижню кінцівку. Так само єдиним больовим проявом грижі міжхребцевого диска може бути біль у нозі без супутнього болю в попереку.

До характерних особливостей клінічної картини дорсопатії, викликаной грижею міжхребцевого диска, належать:

- поперековий біль + біль у нозі:
  - підсилення болю при кашлі, чиханні, сміху;
  - посилення у вертикальному положенні та зменшення у горизонтальному (на відміну від стенозу корінцевих каналів, коли інтенсивність болю наростає у положенні лежачи, особливо ночами);
- анталгічний сколіоз – нахил тулуба убік (біль зникає в положенні лежачи);
- симптом Ласега до 50°;
- обмеження згинання та розгинання (наприклад, при вмиванні, надіванні шкарпеток та взуття).

Наявність вираженого больового синдрому в спині та/або нозі, відсутність ефекту від стаціонарного курсу комплексної консервативної терапії протягом 4 тиж є показанням для консультації нейрохірурга

### ***Патологія фасеткових суглобів***

Внаслідок ураження суглобового апарату хребта із залученням фасеткових суглобів розвиваються такі захворювання, як спондиліоз або спондилоартроз.

Спондиліоз, згідно з МКХ-10, кодується в рубриці М47. Це наступний етап розвитку остеохондрозу з утворенням кісткових виступів, гачків – остеофітів. В результаті диск виявляється обмежений з обох боків остеофітами. Поява остеофітів – це компенсаторна реакція організму на поступове руйнування хряща міжхребцевого диска – остеофіти обмежують патологічний процес у фіброзному кільці.

Деформуючий спондиліоз пов'язаний з травматизацією передньої поздовжньої зв'язки фіброзним кільцем, що випинається. Якщо деформуючий спондиліоз передньої поздовжньої зв'язки хребта – саногенетичний процес, спрямований на фіксацію хребетного рухового сегмента, то осифікація задньої поздовжньої зв'язки хребта завжди відображає виражену патологію диска з тенденцією пролабування його назад.

Виділяють три стадії деформуючого спондиліозу:

1) кісткові дзьобоподібні розростання не виходять за площину площадки тіла хребця, розташовуючись на рівні крайового канта (лімбусу);

2) кісткові розростання огинають міжхребцевий диск; іноді остеофіти, що йдуть один до одного, утворюють неоартроз;

3) утворення потужної кісткової скоби, що з'єднує тіла між собою та повністю блокує руховий сегмент.

Класичним інструментальним методом діагностики спондиліозу/спондилоартрозу є рентгенографія у прямій та бічній проєкціях.

Ступінь тяжкості спондиліозу оцінюється за критеріями Ministerium fur Gesundheitswesen (Gordon SJ et al., 2003):

*0-а стадія* – норма, немає зниження висоти МХД;

*1-а стадія* – мінімальний спондиліоз, незначне зниження висоти МХД та/або малі (максимально 2 мм) поодинокі передні або бічні остеофіти;

*2-а стадія* – помірний спондиліоз, помірне зниження висоти МХД не менше 50 % від висоти одного із суміжних незачеплених дисків) та/або остеофіти помірного розміру (3–5 мм передній або бічний, 1–2 мм задній);

*3-я стадія* – важкий спондиліоз та значне зниження висоти МХД (> 50 %) та/або наявність великих остеофітів (> 5 мм – передній або бічний, > 2 мм – задній).

## Вторинні дорсалгії

Відповідно до розподілу дорсопатій залежно від патологічного процесу розвиток вторинних дорсопатій пов'язаний із запальними, метаболічними, неопластичними, інфекційними, травматичними ураженнями хребта.

### *Запальні захворювання хребта*

Запальні спондилопатії є різновидом дорсопатій, причиною болю при яких є запальний процес.

До запальних захворювань хребта відносяться (Berlin, 2002):

- анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева);
- реактивний артрит, включаючи хворобу Рейтера;
- псоріатичний артрит;
- ентеропатичні артрити, пов'язані з хворобою Крона, неспецифічним виразковим колітом;
- недиференційовані спондилопатії.

Згідно з даними ASAS (2009), дорсопатія є запальною за наявності одночасно будь-яких 4 з наведених нижче ознак:

- початок захворювання до 40 років;
- поступове наростання симптомів;
- зменшення болю після фізичних вправ;
- біль не зменшується у спокої;
- біль зберігається в нічний час і при пробудженні болючі відчуття посилюються.

Одним із основних проявів запальних дорсопатій є сакроіліїт. Захворювання виникає поступово, локалізується в ділянці сідниць, може носити характер, що перемежується (тобто переміщується з одного боку на інший) і іррадіювати в проксимальні відділи стегон. Слід зазначити, що найчастіше сакроіліїт виявляється не клінічно, а за допомогою інструментальних методів дослідження.

Рентгенологічно виділяють 4 стадії сакроіліїту:

- 1-а – підозра на наявність змін;
- 2-а – мінімальні зміни (невеликі локальні ділянки, у яких визначаються ерозії чи склероз, ширина суглобової щілини не змінено);
- 3-я – безперечні зміни (помірно або значно виражений сакроіліїт, що характеризується ерозіями, склерозом, розширенням, звуженням суглобової щілини або частковим анкілозом суглоба);
- 4-а – значні зміни (повний анкілоз суглоба).

Особлива увага приділяється МРТ-діагностиці сакроіліїту, що дозволяє виявити зміни в ранній стадії хвороби.

Найбільш важким проявом запальних дорсопатій є анкілозуючий спондилоартрит. Біль у нижній частині спини при анкілозуючому спондилоартриті зазвичай має прихований початок та невиражений характер.

Поступово біль «піднімається» вгору по хребетному стовпу, охоплюючи шийно-грудний відділ хребта, а також реберно-хребетні суглоби. З'являється обмеження рухливості хребта, пов'язане з вирівнюванням поперекового лордозу, збільшенням грудного кіфозу, рефлекторною напругою м'язів спини.

Обмеження рухливості розвивається у всіх площинах – сагітальній, фронтальній, а також по вертикальній осі та з часом посилюється внаслідок анкілозування дуговідростчастих суглобів, осифікації міжхребцевого диска та утворення синдесмофітів. Надалі у пацієнтів з анкілозуючим спондилоартритом формується «поза прохача», що виявляється вираженим кіфозом грудного відділу хребта, нахилом вниз і згинанням ніг у колінних суглобах, а також різким обмеженням екскурсії грудної клітки. Рентгенологічні ознаки ураження хребта включають симптом «квадратизації» хребців, формування синдесмофітів. З часом хребет набуває класичного вигляду «бамбукової палиці».

Основні відмінності між основними видами вторинних запальних дорсопатій представлені в *табл. 2*.

Таблиця 2

**Диференційна діагностика основних видів  
вторинних запальних дорсопатій**

<i>Критерій</i>	<i>Спондиліоз/спондилоартроз</i>	<i>Анкілозуючий спондилоартрит</i>
Стать	Чоловіча = жіноча	Чоловіча
Вік	≥ 50	< 50
Біль у хребті	Механічний	Запальна
Ранкова скутість	10–15 хв	1 год і більше
Обмеження дихальної екскурсії грудної клітки	Не типово	Обов'язкова ознака (≤ 2,5 см на рівні четвертого міжребер'я)
Обмеження рухливості хребта	Помірне, переважно в сагітальній площині	Виражені обмеження у трьох площинах (сагітальній, фронтальній, боковій)
Біль у крижово-клубовому зчленуванні (сакроіліїт)	Немає	Типово
Ураження очей (ірит, іридоцикліт)	Немає	Типово
Рентгенологічні ознаки	Субхондральний склероз суглобових поверхонь, звуження суглобової щілини, кісткові розростання в ділянці тіл хребців (переважно шийного і поперекового відділів)	Двосторонній сакроіліїт, ерозії тіл хребців, осифікація передньої поздовжньої зв'язки, синдесмофіти (кісткові містки, що з'єднують краї тіл хребців), на пізній стадії синдром «бамбукової палиці»

***Остеопороз***

Біль у спині при остеопорозі є варіантом соматичного ноцицептивного болю, для якого характерне посилення в положенні стоячи і сидючи та зменшення в положенні лежачи.

Дорсалгії при остеопорозі виникає внаслідок:

- мікропошкодження хребців;
- компресійного перелому тіл хребців;
- механічного здавлення зв'язок та м'язів, тиску на ребра, гребені клубових кісток, міжхребцевих суглобів внаслідок патологічного кіфозу грудного відділу хребта та зниження росту.

Клінічними проявами дорсопатій при остеопорозі є наступне:

- відчуття втоми в спині (частіше в міжлопатковій ділянці) з необхідністю у багаторазовому відпочинку в положенні лежачи протягом дня (причина болю – мікротравматизація тіл хребців);

- гострий біль у спині – виникає при компресійному переломі тіла хребця, іррадіює на кшталт корінцевого; біль різкий, триває 1–2 тиж та стихає протягом 2–3 міс;

- хронічний біль у спині – розвивається внаслідок множинних компресійних переломів, що викликають механічне здавлення зв'язок та м'язів; може бути пов'язаний зі зниженням висоти тіл хребців, розвитком вираженого кіфозу та зниженням зростання, внаслідок чого зростає тиск на ребра, гребені клубових кісток, міжхребцевих суглобів.

При дорсопатіях внаслідок остеопорозу біль за характером тупий, ниючий, посилюється при будь-якому фізичному навантаженні та ходьбі. Хворі набувають характерної ходи – ходять повільно та обережно, із значними труднощами піднімаються сходами.

Причиною гострої дорсалгії при остеопорозі найчастіше є компресійний перелом тіл хребців. Біль може іррадіювати у грудну клітку, черевну порожнину або стегно з різким обмеженням рухів. Больовий синдром триває 1–2 тиж, потім поступово стихає протягом 2–3 міс. Зазвичай страждають хребці, що зазнають найбільшого осьового навантаження (X–XII грудні та I–II поперекові хребці). Компресійний перелом хребта найчастіше спостерігається у жінок протягом 15–20 років після настання менопаузи (остеопороз I-го типу).

Переломи хребта внаслідок остеопорозу відбуваються не при падінні, а в результаті компресійного навантаження, що виникає при підйомі тяжкості, зміні положення тіла або при звичайній щоденній активності.

Внаслідок зниження висоти тіл хребців та збільшення передньозадньої кривизни в місці перелому відбувається компенсаторне збільшення поперекового лордозу, що може також спричиняти біль у спині.

Компресійні переломи неминуче ведуть до вираженого грудного кіфозу. Кожен компресійний перелом зменшує довжину хребта приблизно на 1 см. Прогресуюча зміна постави призводить до тривалої рефлекторної напруги та укорочення хребетних м'язів, які є причиною хронічного болю в спині.

## ***Неопластичне ураження хребта***

### *Туберкульозний спондиліт*

Оскільки останніми роками значно збільшилася захворюваність на туберкульоз, не слід забувати про цю патологію як про причину ураження хребетного стовпа. Характер неврологічних симптомів при кістковому туберкульозі залежить від поширення гнійного процесу на епідуральну клітковину, компресії корінців та спинного мозку деформованими хребцями та їх секвестрами. Найчастіше уражаються грудні хребці, рідше поперекові. На початку хвороби з'являються характерні оперізуючі болі та болючість при перкусії остистих відростків та осьовому навантаженні, обмеження руху на рівні ураження. Необхідно пам'ятати про те, що при туберкульозному спондиліті завжди є симптоми інтоксикації, що є патогномостичною ознакою.

Для туберкульозного спондиліту типовими є рентгенологічні зміни у вигляді зниження висоти тіл хребців, звуження міжхребцевих щілин, клиноподібної деформації хребців (деструкція двох прилеглих хребців), появи тіні натічника. Туберкульозний абсцес (натічник) характеризується скупченням гною в м'язових та підапонеуротичних просторах. У поперековому відділі він може розташовуватися у великому поперековому м'язі, проникати в ділянку м'язової лакуни. При цьому можуть уражатися коріння попереково-крижового сплетення. Точна діагностика цього процесу можлива лише за допомогою КТ. Епідуральний абсцес характеризується корінцевим синдромом з поступовим стиском спинного мозку на тлі виражених септичних проявів.

Сьогодні з діагностичною метою застосовується «Діаскінтест», а також квантифероновий тест (серологічна діагностика). Проба Манту супроводжується гіперергічною реакцією лише у 7–12 % хворих на туберкульозний спондиліт. Серед інструментальних методів дослідження показані рентгенографія, КТ та МРТ. З діагностичною метою використовують терапію *ex juvantibus* протитуберкульозними засобами.

### *Остеомієліт*

Однією з найчастіших інфекційних уражень хребетного стовпа є остеомієліт. Остеомієліт хребта у дорослих найчастіше розвивається при гематогенному поширенні інфекції з осередків інфекції шкіри, сечостатевого, шлунково-кишкового та респіраторного трактів. Грамнегативні аеробні палички (*Pseudomonas aeruginosa* та *Serratia spp.*) та гриби роду *Candida* можуть спричинити остеомієліт хребців у пацієнтів при внутрішньовенному введенні ліків, а також у наркозалежних осіб, які вживають ін'єкційні наркотичні препарати. Інфекційний процес починається зазвичай у тілі хребця поблизу передньої поздовжньої зв'язки і може поширюватися в сусідні хребці безпосередньо через простір дисків або системою венозних каналів. Оскільки у дорослої людини МХД позбавлені судин, інфекція

у відповідних просторах при гематогенному інфікуванні завжди виникає вдруге до остеомієліту сусідніх хребців. Біль у спині при остеомієліті інтенсивний, іноді (у 15 % випадків) протікає із симптомами корінцевої або спінальної компресії; лихоманка трапляється у половині випадків.

### **Діагностика дорсопатій**

Програму обстеження пацієнтів з дорсопатією зазвичай становить наступний алгоритм:

- 1) фізичне обстеження;
- 2) рентгенологічне дослідження хребта;
- 3) нейровізуалізаційне обстеження (КТ або МРТ).

При зовнішньому огляді пацієнта можна помітити асиметрію лопаток та плечей, виявити гіпотрофію м'язів та патологічну позу з анталгічним сколіозом, а також зміни фізіологічних вигинів хребта. Деформація хребта при сколіозі краще помітна під час огляду пацієнта в положенні стоячи з нахилом тулуба вперед.

Для визначення форми спини використовують симптом Форестьє (хворий стоїть спиною до стіни, торкаючись її п'ятами і лопатками; в нормі потилиця торкається стіни; за наявності гіперлордозу шийного відділу хребта не можна буде торкнутися лопатками, а за наявності кіфозу грудного відділу – потилицею).

Для з'ясування рухливості хребців:

- в шийному відділі хребта визначають відстань від підборіддя до груднини, яка при максимальному нахилі вниз становить 0–2 см, а при розгинанні – 16–22 см;
- у грудному відділі хребта використовують симптом Отта: від 7 шийного хребця відміряють 30 см униз; потім пацієнта просять максимально нахилитися вперед; у нормі ця відстань збільшується на 4–5 см; при ураженні грудного відділу хребта вона майже не змінюється;
- у поперековому відділі хребта визначають симптоми Шобера та Томайєра; симптом Шобера – від 5-го поперекового хребця відміряють 10 см нагору, при максимальному згинанні пацієнта вперед ця відстань збільшується на 4–5 см; симптом Томайєра – визначається відстань від кінчиків пальців до підлоги при максимальному нахилі вперед і випрямлених у колінних суглобах ногах; у нормі можливе торкання пальцями підлоги або зазор становить не більше 5 см.

Для виявлення больового синдрому використовують:

- визначення болючості за ходом остистих відростків хребців та при пальпації паравертебральних точок;
- симптом Зацепіна: при натисканні біля місця прикріплення 10–12-х ребер до хребців з'являються болі у зв'язку з наявністю запального процесу в реберно-хребцевих зчленуваннях;

- проба Верцаковського: хворий стоїть спиною до лікаря, лікар кладе долоні на гребені здухвинних кісток і намагається великими пальцями заглибитися в проміжок між реберним краєм і гребінцем здухвинної кістки у напрямку до хребта; при негативному симптомі пальці не зустрічають опору м'язів спини;

- симптом дзвінка: при постукуванні по міжостистому проміжку, що відповідає локалізації грижі, з'являється «прострілюючий» біль у нозі.

Локальна болючість при пальпації та обмеження рухливості хребта є неспецифічними ознаками та трапляються при різних захворюваннях. Набагато більш інформативними є так звані симптоми натягу. Необхідно пам'ятати, що насправді ці симптоми не є показником натягу нервів, оскільки природа передбачила запас довжини нервів, створивши їх звивистими. В результаті цих проб натягується в першу чергу м'язово-зв'язувальний апарат, який і може давати больові відчуття. Я. Ю. Попелянський у 1974 р. висловив припущення про те, що «при кашлі та чханні біль виникає не за рахунок лікворного поштовху, а через те, що відбувається рефлекторне напруження м'язів тулуба».

*Симптоми натягіння:*

- Симптом Вассермана (або проба на витягування стегна): для того, щоб дослідити симптом Вассермана, потрібно підняти випрямлену ногу хворого, що лежить на животі, або просто зігнути її в колінному суглобі на стегно; поява болю в ділянці передньої поверхні стегна вказує на ураження корінця на рівні верхніх сегментів поперекового відділу хребта (L3–L4) або стегового нерва.

- Симптом Ласега (або проба на підняття випрямленої ноги): визначають, піднімаючи випрямлену ногу хворого, який лежить на спині; поява болю, що іррадіює уздовж стегна і нижче колінного суглоба, при піднятті ноги до рівня  $75^\circ$  – ознака подразнення корінця на рівні нижніх сегментів поперекового відділу хребта (L5–S1) або сідничного нерва; біль повинен відчуватися в дистальних відділах ноги та посилюватися при згинанні стопи, інакше результат проби буде сумнівним; у здорової людини ногу можна підняти майже до  $90^\circ$  без болючих відчуттів.

- Симптом Нері – поява болю в ділянці нирок при пасивному згинанні голови хворого, що лежить на спині з випрямленими ногами.

- Симптом поклону – неможливість нахилити тулуб вперед у положенні стоячи через болі в нозі та сідниці.

- Симптом посадки: хворому, що лежить на спині, пропонують сісти з витягнутими ногами. При цьому спостерігається згинання в колінному суглобі однієї або обох ніг. Якщо перешкоджати цьому руху, то тулуб хворого відхиляється назад, чого не відбувається у здорової.

Виявлені при фізикальному обстеженні клінічні симптоми поєднуються із клінічними синдромами та становлять клінічну картину захворювання,

що є основою будь-якого діагнозу. Основними клінічними синдромами дорсопатії є рефлекторні та компресійні.

*Рефлекторний больовий м'язово-тонічний синдром* характеризується:

- тупим глибоким болем у межах спазмованого м'яза («короткий» біль), який провокується рухом за участю відповідного м'яза;
- напруженим, болючим при пальпації м'язом з локальними гіпертонусами;
- при проведенні проби Ласега виникає локальний біль у попереку чи стегні.

Для *компресійного синдрому* характерно:

- інтенсивний, гострий, прострілюючий біль, що іррадіює в пальці стопи («довгий» біль); посилюється при рухах в поперековому відділі хребта;
- симптоми, що супроводжують біль: оніміння, поколювання, печіння;
- симптоми випадання функцій корінця (гіпестезії, втрата рефлексів, слабкість м'язів та їх гіпотрофія);
- проба Ласега супроводжується інтенсивним болем у попереку з іррадіацією болю у зону іннервації ураженого корінця;
- при пальпації – напруга та болючість паравerteбральних м'язів.

Ізольований біль, навіть суворо відповідний зоні іннервації ураженого корінця, не може бути розцінений як радикулопатія. Найбільш важливим для діагностики радикулопатії є комбінація болю із симптомами випадання функцій корінця.

За клінічною картиною можна виявити переважне ураження окремих корінців. Найчастіше уражаються L5- і S1-корінці, рідше L3, L4. Перший і другий поперекові коріння рідко залучаються до патологічного процесу. Об'єктивне порушення чутливості виявляється у вигляді гіперестезії або гіпестезії. Найчастіше порушується больова та тактильна, рідше температура чутливість.

Особливу увагу слід приділити диференціації болю у спині вертеброгенної природи від вісцеральної патології (*табл. 3*).

Основні соматичні захворювання, з якими необхідно проводити диференційну діагностику при дорсопатіях:

- панкреатит, пухлина підшлункової залози;
- виразкова хвороба;
- нефролітіаз, пієлонефрит;
- тромбоз ниркової вени;
- аневризм черевної аорти;
- пухлини яєчника, кісти;
- запальні процеси органів черевної порожнини та таза.

**Диференційна діагностика дорсопатій**

<i>Захворювання</i>	<i>Характеристика болю</i>	<i>Об'єктивні дані</i>
<b>СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>		
Прийступ стенокардії	Після фізичного або емоційного навантаження розвивається стискаючий, пекучий біль за грудиною або парастернально, в міжлопатковій ділянці, шиї, лівій лопатці, нижній щелепі; біль нападоподібного характеру тривалістю від 2 до 30 хв	Напади стенокардії в анамнезі; зміни на ЕКГ. Біль усувається прийомом нітрогліцерину
Інфаркт міокарда	Подібний до нападу стенокардії за характеристикою та локалізацією болю, проте біль більш інтенсивний та довший за тривалість (від 1 до 8 год та більше); супроводжується задишкою, почуттям тривоги	Нітрогліцерин у більшості випадків не допомагає; нестабільна гемодинаміка; визначаються зміни на ЕКГ відповідно до ішемії міокарда; підвищення ферментів крові
Перикардит	Біль за грудиною різної інтенсивності, що поступово наростає, іноді з іррадіацією в шию, спину, плечі, епігастральну ділянку	Задишка в спокої; вимушене становище тіла (сидячи з невеликим нахилом вперед), дихальна екскурсія найчастіше болюча, рухи тулуба та кінцівок вільні; аускультативні дані перикардиту; відповідні ознаки на ЕКГ
Розшаровуюча аневризма грудного відділу аорти	Дуже інтенсивний біль за грудиною з іррадіацією вздовж хребта, в шию і в ліве плече, що розвивається раптово, частіше на тлі артеріальної гіпертонії, після фізичного або емоційного навантаження	Загальний стан важкий, нудота, блювання. Можливо відсутність пульсу на променевих та сонних артеріях; біль купується лише наркотичними анальгетиками
<b>ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ</b>		
Плевропневмонія	Інтенсивний або помірний біль у бічних відділах грудної клітки, лопатці, який посилюється при глибокому диханні та кашлі	Загальні ознаки інфекції: лихоманка, кашель, біль у м'язах, інтоксикація, запальні зміни крові; аускультативні дані; рентгенографічні ознаки
Плеврит	На початку захворювання гострий різкий біль у різних ділянках грудної клітки, потім (у міру накопичення рідини в плевральній порожнині) інтенсивність болю зменшується. При залученні до міжреберного нерва біль носить оперізуючий характер; дихальні рухи болючі, кашель посилює біль	Загальні ознаки інфекції; аускультативні дані; рентгенографічні ознаки; при ураженні міжреберного нерва можуть виявлятися ознаки невротії (гіперестезія або гіпестезія у зоні іннервації)
Пневмоторакс (спонтанний)	Гострий виражений біль, що раптово розвинувся, в грудній клітці з іррадіацією в лопатку	Задишка; акроціаноз; зниження екскурсії грудної клітки на стороні ураження, тимпаніт при перкусії грудної клітки; відсутність дихальних шумів при аускультатії; рентгенографічні ознаки
<b>ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ</b>		
Пенетруюча виразка (в підшлункову залозу, сальник і жовчну систему)	Виражений постійний біль в епігастрії з іррадіацією у спину; біль у спині тупий, глибокий з можливим оперізуючим характером у нижньогрудному відділі	Нудота, блювання, анорексія, мелена; іноді напруга паравертебральних м'язів у нижньогрудній ділянці та м'язів живота

<i>Захворювання</i>	<i>Характеристика болю</i>	<i>Об'єктивні дані</i>
Гострий холецистит	Біль зазвичай локалізується у правому підребер'ї, може захоплювати і епігастральну ділянку; характерна іррадіація в міжлопаткову зону, нижній кут правої лопатки, плече, праву половину грудної клітки; тривалість від кількох годин до кількох днів	Біль супроводжується нудотою, блюванням, лихоманкою, жовтяничністю шкірних покривів, хворобливістю при пальпації у правому підребер'ї, напругою черевних м'язів
Гострий панкреатит	Раптово розвивається інтенсивний постійний біль в епігастральній ділянці з іррадіацією в ліву нижню частину грудної клітки; іноді біль віддає в спину, оперізувального характеру, іррадіюючи у праве та ліве підребер'я, лопатку, надпліччя, в ділянку серця	Погіршення загального стану; хворий неспокійний, кидається, стогне; спостерігається повторне блювання, сухий обкладений язик; часто відсутність пульсації черевної аорти; ослаблення перистальтики
Ретроцекальний апендицит	Тупий, ниючий постійний біль у животі часто іррадіює в ділянку нирок, праве стегно, зовнішні статеві органи	При болях, що продовжуються, визначається погіршення загального стану; нудота; посилення болю при згинанні правого стегна (ознака залученості поперекового м'язя)
Ниркова колька	Переміжні напади різучого болю в ділянці нирок з іррадіацією в підребер'ї, живіт, по ходу сечоводу і в зовнішні статеві органи; часто провокується фізичною напругою; супроводжується прискореними позивами до сечовипускання	Хворі неспокійні; у пошуках положення тіла, здатного принести полегшення; може спостерігатися нудота, блювання, запаморочення; позитивний симптом Пастернацького; у сечі підвищено вміст еритроцитів та лейкоцитів
Тромбоз ниркової артерії	Раптово розвивається інтенсивний наростаючий біль у ділянці нирок	Біль часто супроводжується раптовим підвищенням артеріального тиску (діастолічного більшою мірою, ніж систолічного), блюванням, затримкою випорожнення, олігурією; запальні зміни крові
<b>ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА</b>		
Перекрут кісти яєчника	Біль гострий, нападopodobний, внизу живота з іррадіацією в промежину, стегно, поперекову ділянку. Початок часто після фізичного навантаження, різкої зміни положення тіла	Погіршення загального стану, неспокійна поведінка, часто блювання, болючість при пальпації нижніх відділів живота, іноді пальпується пухлина
Гостре запалення придатків, матки	Гострий біль унизу живота з іррадіацією в пахвинну ділянку, в задній прохід, внутрішню поверхню стегна, поперекову ділянку; часто після переохолодження	Частіше хворі молодого віку; полегшення болю при нахилі тулуба; болючість при пальпації у нижніх відділах живота; запальні зміни формули крові
<b>М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНІ УРАЖЕННЯ</b>		
Гостра цервікобрахіалгія	Часто після незручного руху головою або шиєю, фізичного або постурального навантаження розвивається помірний або інтенсивний біль у задньобочкових відділах шиї (при цервікобрахіалгії з іррадіацією в ділянку плеча)	Рухи голови та шиї обмежені (найчастіше в якомусь одному напрямку); у спокої біль не турбує або суттєво полегшується; пальпуються спазмовані м'язи шийно-комірної ділянки з наявністю тригерних зон, іноді болючі остисті відростки, частіше нижньошийних хребців

Захворювання	Характеристика болю	Об'єктивні дані
Гостра торакалгія	Після фізичного чи постурального навантаження розвивається помірний чи інтенсивний біль у задніх відділах грудної клітки, іноді оперізувального характеру на кшталт "прострілу" при глибокому вдиху	Дихальна екскурсія та рухи тулуба обмежені, при глибокому вдиху біль посилюється; пальпуються спазмовані м'язи задньої поверхні грудної клітки з наявністю тригерних зон, при цьому можуть відзначатись хворобливі остисті відростки грудних хребців, частіше на середньогрудному рівні
Гостра люмбалгія	Після незручного руху, фізичного або постурального навантаження розвивається помірний або інтенсивний біль у попереково-крижовій ділянці (з іррадіацією у верхні відділи стегна при люмбоішіалгії)	Обмежені рухи тулуба (найчастіше нахил вперед); у спокої біль не турбує або суттєво полегшується; пальпуються спазмовані м'язи поперекової ділянки з наявністю тригерних зон; іноді визначається болючість остистих відростків поперекових хребців (частіше нижньоперекових) та крижово-клубових зчленувань
Компресійний перелом тіла хребця (остеопоретичної чи метастатичної природи)	У пацієнтів похилого та старечого віку після підйому тяжкості або навіть простого нахилу вперед розвивається інтенсивний біль у спині, що часто іррадіює у передньобокові відділи грудної клітки, черевну порожнину або верхні відділи стегна; іноді сильний біль розвивається поступово протягом 1–2 днів без значимої причини	Спроба встати, кашель, чхання, натужування при дефекації посилюють біль; остисті відростки хребців, що зазнали компресії (як правило, нижньогрудні та/або верхньоперекові), різко болючі, виражений спазм паравертебральних м'язів; осьове навантаження на хребет посилює біль; при остеопорозі посилено грудний кіфоз; рентгенографічні ознаки компресії тіла хребця
Перелом ребер (остеопоретичної чи метастатичної природи)	Інтенсивний біль у задньобокових відділах грудної клітки на стороні ураження, що розвинувся внаслідок впливу помірного травмуючого фактора або після сильного кашлю	Біль посилюється при глибокому диханні, кашлі, рухах тулуба; виражена болючість при пальпації грудної клітки; рентгенологічні ознаки перелому
Флегмона м'язів спини	На боці ураження інтенсивний біль у задніх відділах грудної клітки, який поступово наростає	Визначається болючість при пальпації уражених м'язів, почервоніння шкірного покриву, локальне підвищення температури в ділянці ураження та підвищення температури тіла, запальні зміни формули крові
<b>УРАЖЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b>		
Оперезуючий лишай (herpes zoster)	Інтенсивний постійний ріжучий біль у грудній клітці оперізувального характеру на фоні помірних проявів інфекційного захворювання	Біль посилюється при рухах тулуба, диханні; на 3–4-й день захворювання виявляються шкірні висипання у вигляді бульбашок на гіперемованій підставі по ходу міжреберного нерва; в ділянці

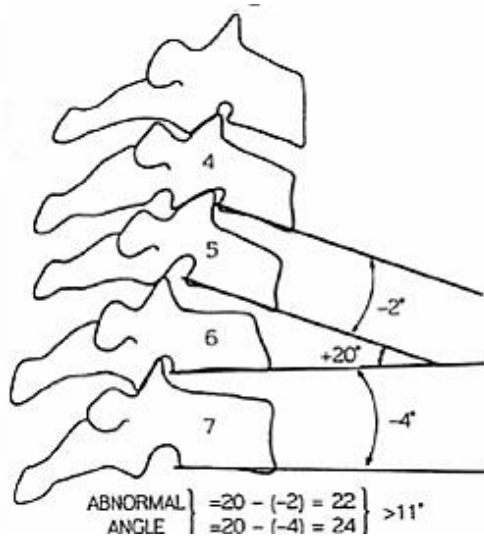
Захворювання	Характеристика болю	Об'єктивні дані
		болю визначається гіперестезія, гіпералгезія; помірні прояви загальної інтоксикації
Вертеброгенна радикулопатія (компресія корінця в результаті грижі диска, остеофітів, новоутворень, перелом хребця)	<p>Найчастіше трапляється ураження корінців С5, С6, С7, Т4-Т9, L4, L5, S1.</p> <p>При ураженні корінців С5 і С6 відзначається інтенсивний біль в ділянці задньобоккових відділів шиї, лопатки і надпліччя на стороні ураження.</p> <p>При ураженні корінця С6 біль іррадіює в руку по зовнішній поверхні плеча і передпліччя до основи великого пальця.</p> <p>При ураженні корінця С7 біль іррадіює у відділі грудної клітки та по внутрішній поверхні плеча та передпліччя до мізинця.</p> <p>При ураженні грудних корінців Т4–Т9 біль оперізує у середньогрудному відділі хребта.</p> <p>При ураженні грудного корінця L4 біль локалізується від попереку та іррадіює в пахвинну ділянку, внутрішні відділи стегна та гомілки.</p> <p>При ураженні поперекового корінця L5 біль локалізується від попереку та іррадіює по зовнішній поверхні стегна і передньозовнішній поверхні гомілки.</p> <p>При ураженні крижового корінця S1 біль локалізується від попереку та іррадіює по задній поверхні стегна і гомілки до зовнішнього краю стопи</p>	Болючість та обмеження рухів відповідного відділу хребта; болючість при пальпації остистих відростків нижньошийних та середньогрудних хребців, напруженість паравертебральних м'язів; тригерні зони болю; ознаки радикулопатії в ділянках іррадіації болю (гіпестезія, гіпалгезія)

Для правильного визначення діагнозу «дорсопатія» хворим рекомендовано консультації лікарів суміжних спеціальностей, таких як кардіолог, гінеколог, уролог, інфекціоніст.

### ***Інструментальні методи обстеження***

*Рентгенографія* хребта при дорсопатіях має безсумнівно важливу діагностичну цінність і повинна проводитися у двох проєкціях (прямій та бічній).

Рентгенографія є незмінною при діагностиці компресійних переломів при остеопорозі, у тому числі деформацій хребців. Для виявлення останніх використовується метод рентгеноморфометрії хребта (вимірювання висоти тіл хребців: передня, середня та задня), що дозволяє виявити клиноподібні, двовігнуті (на кшталт риб'ячих хребців) та компресійні деформації, характерні для остеопорозу. У ряді випадків необхідно використовувати функціональні рентгенологічні тести (у стані максимального згинання та розгинання), які дозволяють виявити нестабільність ПДС (рис. 3). Рентгенографія хребта показана всім хворим, що направляються на фізіотерапію/або мануальну терапію.



**Рис. 3.** Рентгенологічні ознаки нестабільності хребцево-рухового сегмента

*Показання до призначення рентгенографії хребта:*

- гострий початок болю;
- травма хребта в анамнезі;
- поява болю у пацієнтів віком до 20 і старше 50 років без даних про травму в анамнезі;
  - наявність інтенсивного болю, що не зменшується в положенні лежачи;
  - наявність пухлинних процесів, здатних метастазувати в кістки (пухлини передміхурової залози, молочної залози, нирок, легень, щитоподібної залози);
  - супутні лихоманки, зниження маси тіла.

*Методи нейровізуалізації: КТ та МРТ*

Основними показаннями для проведення МРТ та/або КТ за даними Health Care Guidelines, Institute for Clinical Systems Improvement, 2008 є наступні:

- виражений больовий синдром у спині чи нозі та неефективність консервативної терапії протягом 4 тиж;
- прогресуючий неврологічний дефіцит (послаблення рефлексів, затримка сечовипускання та/або дефекації, слабкість у ногах);
- клінічні та рентгенологічні ознаки неопластичного процесу;
- клінічні та рентгенологічні ознаки інфекційного процесу;
- травма (перелом із неврологічним дефіцитом, компресійний перелом у літніх людей з метою виконання вертебропластики);

Основні відмінності у показаннях щодо МРТ або КТ представлені в *табл. 4.*

**Основні відмінності методів нейровізуалізації  
при захворюваннях хребта**

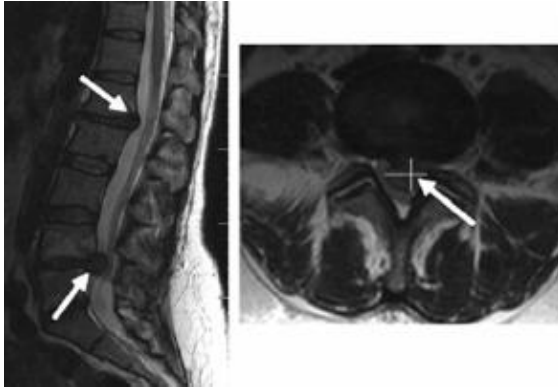
(Health Care Guidelines, Institute for Clinical Systems Improvement, 2008)

МРТ	КТ
Найкраща візуалізація хрящових структур, м'яких тканин	Найкраща візуалізація кісткових структур
Висока чутливість у виявленні неопластичних та інфекційних процесів	Показана пацієнтам, які мають масу тіла > 135 кг, імплантовані електрокардіостимулятори та металеві вироби та страждають на клаустрофобію
Відсутність променевого випромінювання	
Допустимо у жінок у I триместрі вагітності	

МРТ-ознаки грижі диска представлені на *рис. 4, 5*.



**Рис. 4.** Грижа диска L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>



**Рис. 5.** Грижа диска L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>; протрузії L1-L2

Електроміографія проводиться за наявності симптомів радикулопатії та неясного діагнозу; за необхідності визначити тяжкість ураження нервів чи анатомічне місцезнаходження дисків; перед хірургічним втручанням.

Радіоізотопна остеосцинтиграфія кісток та хребта проводиться при підозрі на пухлинний або метастатичний процес, що деформує остит та ін.

Рентгєнівська денситометрія (подвійна енергетична рентгєноабсорбціометрія – DEXA) – «золотий стандарт» ранньої діагностики остеопорозу.

Мієлографія використовується при підозрі на стиснення спинного мозку або кінського хвоста (якщо КТ або МРТ недоступні), а також при плануванні операції.

### **Лікування дорсопатій**

Підхід до лікування дорсалгій формується на основі сучасних уявлень щодо етіопатогенетичних механізмів захворювання, а також з урахуванням його типу перебігу.

Основні завдання ведення хворого зі спондилогенною дорсалгією:

- а) створення умов, що здатні знизити інтенсивність проявів захворювання;
- б) зменшення навантаження на структури опорно-рухової системи;
- в) медикаментозне лікування, що включає:
  - НПЗП (нестероїдні протизапальні препарати);
  - анальгетики;
  - міорелаксанти;
  - антипароксизмальні препарати;
  - транквілізатори;
  - антидепресанти;
  - хондропротектори;
  - нейрометаболіти;

- венотоники;
- діуретики;
- г) медикаментозні блокади;
- д) немедикаментозні методи (фізіотерапія, рефлексотерапія, мануальна терапія, ЛФК).

У гострому періоді захворювання основним лікувальним фактором є відсутність різкого руху, тобто уникнення всіх ситуацій, які можуть призвести до посилення больового синдрому. При цьому збереження постільного режиму обґрунтовано тільки в найгострішому періоді захворювання і особливо у випадках інтенсивного больового синдрому. Через 2–4 дні подальший постільний режим тільки затримує одужання і негативно впливає на процес реабілітації. При зменшенні болю через кілька днів необхідно збільшити рухову активність та виконувати вправи, спрямовані на укріплення м'язів спини.

Рекомендовано спати на жорсткому ліжку, включаючи іммобілізаційні щити, що нівелює навантаження на хребцево-рухомай сегмент. Корисною буде поза лежачи на спині з опорою на зігнуті ноги (штучне кіфозування).

Згідно з рекомендаціями доказової медицини, для купірування больового синдрому при дорсопатіях використовують нестероїдні протизапальні препарати. Дані препарати, які є золотим стандартом для лікування болю в спині, поєднують ефективність і безпеку (з урахуванням рекомендацій щодо їх застосування).

Існує близько ста НПЗП різних класів. Залежно від впливу на ЦОГ (циклооксигеназа), виділяють дві групи НПЗП: неселективні і селективні. Неселективні блокують як конституційну (фізіологічну) ЦОГ-1, так і індуквану (запальну) ЦОГ-2. Оскільки ЦОГ-1 має важливе значення для функціонування слизової оболонки шлунка, тромбоцитів, ендотелію, то з її поглинанням пов'язані побічні ефекти цієї групи препаратів – виразки та кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (особливо у хворих похилого віку); погіршення функції нирок (можлива затримка рідини в організмі та розвиток артеріальної гіпертензії); порушення згортання крові та агрегації тромбоцитів і продовження часу кровотечі, а також бронхоспазм.

Селективні НПЗП блокують в основному ЦОГ-2, яка забезпечує синтез та вивільнення медіаторів запалення, болю та лихоманки. При цьому ЦОГ-2, що індукується, визначається переважно у ділянках запалення. Селективні інгібітори ЦОГ-2 забезпечують протизапальну та анальгезуючу активність, більшу безпеку для пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту та не мають антитромбоцитарного ефекту. Найбільш частим побічним ефектом селективних інгібіторів ЦОГ-2 є негативний вплив на серцево-судинну систему, а саме: підвищення рівня артеріального тиску, підвищення ризику розвитку тромботичних серцево-судинних порушень.

Ризик підвищення артеріального тиску на фоні лікування НПЗП спостерігається у хворих похилого віку з порушенням функції нирок, цукровим діабетом. Зменшити прояви цього небажаного ефекту дозволяє вибір адекватної антигіпертензивної терапії. З цією метою ефективним є застосування препаратів із групи антагоністів кальцію дигідропіридинового ряду (наприклад амлодипіну).

Фактором, що істотно обмежує застосування НПЗП, є ульцерогенна дія.

Ризик ураження слизової оболонки шлунка вище у таких випадках:

- пацієнти старіше 65 років;
- тривале (більше 3 міс) застосування НПЗП;
- одночасне призначення двох і більше НПЗП або кортикостероїдів і непрямих антикоагулянтів;
- наявність виразкової хвороби шлунка в анамнезі;
- вірогідні фактори ризику – куріння та жіноча стать.

Зменшення ризику ураження слизової оболонки шлунка:

- застосування інгібіторів протонної помпи, блокаторів H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів, антацидних препаратів;
- відмова від проведення тривалого курсу терапії НПЗП.

Поряд з НПЗП та міорелаксантами застосування комплексу вітамінів групи В підвищує ефективність консервативної терапії дорсопатій.

Комбіноване застосування вітамінів групи В прискорює процеси регенерації пошкоджених нервових волокон. Показано, що ефективність комбінації перевищує ефективність окремого компонента. Подібно іншим вітамінам вітаміни групи В є речовинами, які не можуть синтезуватися безпосередньо в організмі людини.

Терапевтичне застосування вітамінів групи В спрямоване на те, щоб компенсувати існуючу недостатність (можливо, через збільшену потребу організму, обумовлену наявним захворюванням) та стимулювати природні механізми відновлення функції нервових тканин. Також доведено анальгетичну дію комплексу вітамінів групи В, що сприятливо впливає на терапевтичний результат.

Розвиток спондилогенних неврологічних синдромів (рефлекторних і корінцевих) пов'язаний передусім з такими патологічними процесами, що протікають в ураженому нерві як атрофія або дегенерація аксона (аксонопатія), сегментарна демієлінізація (мієлінопатія), первинне ураження тіл нервових клітин. Лікування цих станів сьогодні видається досить складним, вони важко піддаються лікуванню. У даний час є дуже небагато активних компонентів, що діють на рівні периферичних нервів і сприяють їх фізіологічній регенерації. До таких активних компонентів можна віднести есенціальні складові ДНК та РНК – піримідинові нуклеотиди (уридин монофосфат та цитидин монофосфат). Дані субстанції відіграють важливу

роль у синтезі фосфоліпідів і гліколіпідів нейронових мембран – речовин, що містяться у великій кількості в периферичних нервах і впливають на синтез нуклеїнової кислоти та мієлінових оболонок, а також на метаболічні шляхи, що продукують енергію, прискорюючи регенерацію нервових клітин. В умовах патологічного процесу нервові клітини втрачають здатність синтезувати дані нуклеотиди, у зв'язку з чим стає необхідним їх надходження ззовні. У зв'язку з цим актуальним є застосування фізіологічних піримідинових нуклеотидів, які є важливим терапевтичним напрямом у лікуванні неврологічних проявів дорсопатії.

Піримідинові нуклеотиди цитидин монофосфат (ЦМФ) та уридин трифосфат (УТФ) значно прискорюють регенерацію нервових волокон та здатні вплинути на синтез мієлінових оболонок та нуклеїнової кислоти. Нуклеотиди ЦМФ та УТФ відіграють вирішальну роль у відновленні низки основних морфологічних елементів нервової системи, забезпечуючи проведення нервових імпульсів. Цитидин-5-монофосфат бере участь у синтезі складних ліпідів – компонентів нейрональної мембрани, зокрема, сфінгомієліну, основного компонента мієлінової оболонки, а також є попередником нуклеїнових кислот (ДНК та РНК), що беруть участь у клітинному метаболізмі та синтезі білка. Уридин-5-трифосфат виступає в ролі коферменту у синтезі гліколіпідів нейронних структур та мієлінової оболонки, доповнюючи дію ЦМФ.

Необхідною складовою лікування дорсопатій є метаболічна терапія, спрямована на покращання загальної гемодинаміки та кровопостачання тканин в ділянці патологічного процесу. Порушення кровопостачання при дорсопатії пов'язано зі зміною симпатичної іннервації судин, зокрема, підвищення симпатичного тонуусу з переважаанням спазму судин. Тривалий спазм кровоносних судин спричиняє порушення трофіки тканин.

М'язово-тонічні синдроми, що часто трапляються при дорсопатіях, обумовлені патологічною імпульсацією з рецепторів у відповідь на зміни в дисках, зв'язках і суглобах хребта. Клінічно м'язово-тонічний синдром виражається у розвитку больового м'язового спазму. Рефлекторна напруга м'язів спочатку має захисний характер, оскільки призводить до іммобілізації ураженого сегмента, проте цей фактор може стати основною причиною виникнення болю.

Враховуючи роль м'язово-тонічних порушень у патогенезі дорсопатій, для лікування цієї групи хворих доцільно застосування міорелаксантів. Їх призначення дозволяє суттєво підвищити ефективність анальгетиків та НПЗП, що було підтверджено численними рандомізованими клінічними дослідженнями.

При призначенні міорелаксантів слід пам'ятати про те, що деякі препарати можуть мати седативну дію, що часто обмежує їх застосування в амбула-

торних умовах. Даний побічний ефект меншою мірою властивий толперизону. Деякі міорелаксанти, зокрема тизанідин, крім розслаблюючої дії на попереочно-хребтові м'язи мають помірну гастропротективну дію, яка може бути обумовлена гальмуванням вироблення шлункового секрету, запобіганням зміни глікопротеїнів слизової шлунка під дією НПЗП.

У сучасній схемі лікування дорсопатій важливе місце приділяється хондропротекторам. Поряд з НПЗП вони є основою патогенетичної терапії у хворих на дорсопатію. В основі цих препаратів лежить спроба впливу на склад синовіальної рідини. При розвитку остеоартрозу кластери патологічних хондроцитів сприяють виробленню неповноцінної основної речовини хрящової тканини, яка стає частково деполімеризованою, зі зниженим вмістом протеогліканів.

Від вмісту останніх залежать «мастильні» властивості суглобової рідини, що «видавлюється» із хрящового матриксу при підвищенні механічних навантажень на суглоб. Неповноцінна синовіальна рідина вже не здатна якісно підтримувати участь хряща у суглобовій біомеханіці. Таким чином, основною ланкою в патогенезі дегенеративних змін суглобів є зміна якості та дефіцит протеогліканів, що полягає в деполімеризації білково-цукрових комплексів з утворенням дрібніших сполук, що залишають хрящ. При цьому також порушується функція хондроцитів, вони синтезують менш стабільні протеоглікани, розвивається втрата фізіологічних властивостей хряща, що супроводжується утворенням у хрящі ерозій та тріщин. При цьому в синовіальній рідині зменшується кількість гіалуринової кислоти, що є важливим фактором хондропротекції

Препарати, що мають хондропротекторні властивості, умовно поділяються на такі підгрупи: мукополісахариди, стимулятори синтезу протеогліканів та комбіновані засоби.

Основними хондропротекторами є глюкозамін та хондроїтин сульфат, які є природними компонентами суглобового хряща та входять до складу протеогліканів хрящової тканини. Глюкозамін і хондроїтин сульфат застосовують у лікуванні остеоартрозу та подібних захворювань з 1980-х років. Вони використовуються як натуральні метаболіти, що здатні надати захисну дію для хряща та забезпечити регенерацію репаративних можливостей хондроцитів.

### **Локальна терапія**

Купірування больового синдрому може бути досягнуто локальним введенням лікарських препаратів – блокуванням болючих м'язових груп або тригерних точок. Локальна терапія зарекомендувала себе як ефективний додатковий метод лікування та оптимальний засіб впливу на периферичне джерело болю – як первинний, так і рефлекторний. Для лікування больового синдрому рекомендуються мазеві, кремеві та гелеві форми лікарських

засобів, що мають протизапальну та міорелаксуючу дію, а при тривалих больових симптомах – препарати, здатні глибоко проникати в шкіру та підшкірну клітковину, блокуючи больові рецептори (табл. 6). Дані форми локальної терапії не тільки надають цілеспрямовану дію, але й дозволяють зменшити потребу в лікарських препаратах, що призначаються.

Таблиця 6

**Класифікація препаратів,  
що використовуються для локальної терапії**

<i>Нестероїдні протизапальні препарати</i>	<i>Подразнюючі, відволікаючі та розігрівуючі засоби</i>	<i>Диметилсульфід (димексид, ДМСО)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пригнічують активний запальний процес.</li> <li>• Знеболювальна дія.</li> <li>• Жарознижувальна дія</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Посилення внутрішньошкірного кровотоку, посилення обміну речовин.</li> <li>• Спазмолітичний ефект.</li> <li>• Болезаспокійливий ефект.</li> <li>• Підвищення температури шкіри на 5–8 °С.</li> <li>• Підвищення еластичності м'язів та зв'язок</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводить інші лікарські речовини через шкіру до місця запалення.</li> <li>• Протизапальна дія</li> </ul>

**Мануальна терапія**

Мануальна терапія сприяє усуненню патобіомеханічних розладів та пов'язаного з ними больового синдрому, при цьому суттєво не впливаючи на етіопатогенетичні фактори розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів дорсопатії. Зменшення або усунення функціонального блоку в хребтно-руховому сегменті позитивно впливає на функції опорно-рухового апарату та пов'язаних з ним структур. Всі види мануальної терапії являють собою застосування тиску, що давить на шкіру, підшкірні тканини і м'язи, і розвиток пов'язаної з цим нормалізації нервової регуляції в рефлекторних зонах та патогенних структурах.

***Загальні вимоги до призначення мануальної терапії:***

- встановлення клініко-рентгенологічного діагнозу, виключення протипоказань для мануальної терапії;
- визначення типу патобіомеханічних порушень функції хребта (блок, гіпермобільність, регіонарний постуральний дисбаланс м'язів тощо);
- визначення тактики диференційованого застосування методів мануальної терапії;
- встановлення позитивного психологічного контакту (сумісності) із хворим.

## ***Показання щодо мануальної терапії***

### ***Абсолютні:***

- дегенеративно-дистрофічні ураження хребта (остеохондроз, деформуючий спондилоартроз та ін.) з розвитком функціональних блоків у хребетних рухових сегментах;
- спондилогенні (дискогенні) іритативно-рефлекторні синдроми з локальним болем (дискалгія) на рівні шийних хребців (цервікалгія), грудних (торакалгія) та поперекових (люмбалгія);
- спондилогенні іритативно-рефлекторні м'язово-дистонічні синдроми (Наффцигера, Фолконе-Уедлла, Райта-Мендловича, грушоподібного м'яза та ін.);
- спондилогенні іритативно-вегетативно-трофічні синдроми (плечо-лопатковий періартроз, клубово-крижовий артроз, коксартроз та ін.);
- спондилогенні іритативно-рефлекторно-судинні синдроми на верхніх та нижніх кінцівках (з явищами акропарестезій, термічними парестезіями, синдромом «неспокійних ніг», псевдоартеріт та ін.);
- люмбаго;
- міофасціальні болі з наявністю тригерних зон.

### ***Відносні:***

- виражений больовий синдром (вище III ступеня);
- спондилогенний корінцевий синдром із симптомами випадіння функції (парез, гіпорексія, анестезія тощо);
- виражені спондилогенні нейродистрофічні синдроми (синдром Стейнброчера та ін.);
- виражений спондилогенний задньо-шийний симпатичний синдром;
- вісцерально-рефлекторні м'язові та больові синдроми, що особливо супроводжуються функціональними блоками хребетних рухових сегментів.

## ***Противопоказання щодо мануальної терапії***

### ***Абсолютні:***

- пухлини хребта, злоякісні новоутворення будь-якої локалізації;
- гострі та у фазі загострення хронічні інфекційні захворювання, включаючи остеомієліт хребта, туберкульозний спондиліт, анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева);
- нещодавні травматичні ураження хребта, стан після операції на хребті;
- виражена нестабільність хребетного рухового сегмента (III–IV стадії) з явищами спондилолітезу, спондилолізу;
- гострі та підгострі запальні захворювання спинного мозку та його оболонки (мієліт, менінгіт тощо);
- гострі порушення спинномозкового кровообігу (спінальні інсульти);
- тромбоз та оклюзія хребетної артерії;
- травма спинного мозку та оперативні втручання.

#### *Відносні:*

- наявність ознак порушення психіки;
- прогресуюче наростання симптомів випадання функції спинномозкових корінців спондилогенної природи;
- дискогенна радикуломієлоішемія з синдромом БАС, ураження передніх рогів, бічних канатиків та ін.;
- захворювання внутрішніх органів у стадії декомпенсації.

#### ***Ускладнення мануальної терапії***

При неправильному виконанні прийомів мануальної терапії на будь-якому рівні, особливо на рівні шиї та попереку, можливі такі ускладнення:

- транзиторні порушення кровообігу у вертебрально-базиллярному басейні з кохлеовестибулярним та іншими синдромами;
- гострі порушення кровообігу з ураженнями стовбура головного мозку (ішемічний інсульт);
- транзиторні порушення кровообігу в стовбурі головного та спинного мозку;
- гострі радикуло- та радикуломієлоішемії з розвитком паралічу міотому або кінцівок;
- переломи хребців;
- розрив м'язово-зв'язувальних структур.

### **Алгоритми лікування різних видів дорсопатій**

#### ***Алгоритм лікування гострої дорсалгії:***

- обмеження фізичної активності;
- постільний режим (напівжорстка поверхня) – 1–3 дні.
- сухе тепло;
- НПЗП протягом 7–10 днів;
- міорелаксанти – протягом 10–14 днів;
- вітаміни групи В протягом 10 днів;
- локальна терапія: гелі, що містять НПЗП; блокада місцевими анестетиками.

За наявності симптомів радикулопатії до перерахованих вище препаратів додатково показано призначення:

- нейрометаболических препаратів;
- уридину монофосфату;
- гемореологічних засобів протягом 14 днів;
- венотонічних засобів протягом від 1 до 3 міс;
- глюкокортикоїдних препаратів (дексаметазон у дозі 40 мг на добу протягом трьох днів).

### **Алгоритм лікування дорсалгії в підгострому періоді:**

- лікувальна фізкультура;
- фізіотерапія:
  - для зменшення больового синдрому – черезшкірна електронейростимуляція, синусоїдальні модульовані струми («Ампліпульс-5»), низькочастотна магнітотерапія;
  - для зменшення набряку тканин – фонофорез із гідрокортизоном;
  - електрофорез із карипазимом (курс – 20–30 процедур; 2–3 курси з перервою 2 міс);
- мануальна терапія, масаж (за відсутності протипоказань).

### **Алгоритм лікування дорсалгії при остеопорозі**

Терапія дорсопатій, асоційованих з остеопорозом, ґрунтується на застосуванні антиостеопоретичних препаратів у поєднанні з препаратами кальцію та вітаміну D3:

- найбільш ефективною вважається комбінація кальцію в дозі 1000–1200 мг на добу та вітаміну D3 у дозі 700–800 МО/добу;
- обмеження фізичної активності;
- НПЗП протягом 7–10 днів;
- вітаміни групи В протягом 10 днів;
- уридину монофосфат перорально протягом двох місяців;
- препарати патогенетичної терапії (табл. 7).

Таблиця 7

### **Препарати патогенетичної терапії остеопорозу**

<i>Препарати, що уповільнюють кісткову резорбцію</i>	<i>Препарати, що стимулюють кісткоутворення</i>	<i>Препарати багатопланової дії</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Естрогени.</li><li>• СМЕР – селективні модулятори естрогенних рецепторів (ралоксифен).</li><li>• Кальцитоніни (міокальцик).</li><li>• Бісфосфонати (ксидифон, фосамакс, бонефос).</li><li>• Кальцій</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Фториди.</li><li>• Паратиреоїдний гормон (фрагменти).</li><li>• Гормон росту.</li><li>• Анаболічні стероїди.</li><li>• Андрогени</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Вітамін D та його активні метаболіти.</li><li>• Осейн-гідроксиапатитний комплекс.</li><li>• Остеогенон.</li><li>• Остеохін (іприфлавон)</li></ul>

Необхідно також відзначити, що основою успішної терапії дорсопатій є комплексний підхід з використанням фармакологічних препаратів різних фармакологічних груп, що впливають на всі ланки патогенезу захворювання.

## **Визначення термінів тимчасової непрацездатності при дорсопатіях**

Для дорсопатій чітких термінів тимчасової непрацездатності не встановлено. Тривалість тимчасової непрацездатності визначається клінічними особливостями неврологічного синдрому, рівнем та локалізацією ушкодження, тривалістю періоду загострення, професією хворого, умовами праці, необхідністю оперативного хірургічного лікування.

Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності (відповідно до МКХ-10) при дорсопатіях наведені в рекомендаціях для керівників лікувально-профілактичних установ та лікарів.

Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності:

- шийний рівень:
  - остеохондроз шийного відділу хребта – 14–28 днів;
  - шийний спондильоз з радикулопатією – 15–30 днів;
  - ураження міжхребцевого диска з радикулопатією – 20–40 днів;
  - шийно-плечовий синдром – 18–25 днів;
- грудний рівень:
  - остеохондроз грудного відділу хребта – 12–25 днів;
  - грудний спондильоз з радикулопатією – 14–25 днів;
- попереково-крижовий відділ:
  - остеохондроз попереково-крижового відділу хребта – 21–45 днів;
  - попереково-крижовий спондильоз з радикулопатією – 30–60 днів;
  - ішіас – 14–20 днів;
  - люмбаго – 3–5 днів.

За потреби тривалість тимчасової непрацездатності має бути збільшена з урахуванням медичних та соціальних факторів. Особи, що мають важкі умови праці з фізичними навантаженнями, потребують перебування на лікарняному листі до повного зникнення больових симптомів. Важливо встановити стійкість компенсації, її надійність і, отже, допустимість чи неприпустимість включення хворого на певну трудову діяльність. При дорсопатії це означає визначення надійності іммобілізації ураженого хребетного сегмента, резервних компенсаторних механізмів прилеглих поперекових сегментів, а також опорно-рухового апарату та його нервових структур і облік майбутніх трудових або побутових навантажень.

*Показання до направлення хворого на МСЕК:*

- часті та тривалі загострення радикулопатії та неефективності заходів медичної реабілітації;
- несприятливий перебіг захворювання, повторні загострення при неможливості продовжувати роботу за основною професією через несприятливі фактори, які не можуть бути усунені за висновком лікарської комісії;
- тривала тимчасова непрацездатність хворих із синдромом «плечо–кисть» при несприятливому чи сумнівному прогнозі;
- виражені вестибулярні порушення, цефалгія при частих загостреннях задньо-шийного синдрому, наявність протипоказаних факторів у виконуваній роботі та неможливість раціонального працевлаштування;
- стійкий виражений больовий синдром, рухові порушення після радикулоїшемії, дискогенної компресії кінського хвоста.

## Список рекомендованої літератури

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
2. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al.; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160(1):28-37.
3. Häuser W, Clauw D, Fitzcharles MA. Fibromyalgia as a chronic primary pain syndrome: issues to discuss. *Pain*. 2019;160(11):2651-2652.
4. Henningsen P, Layer P, Fink P, Häuser W. Chronic primary pain: a pain-centered view of the world is too narrow. *Pain*. 2019;160(7):1683.
5. Christelis N, Simpson B, Russo M, Stanton-Hicks M, Barolat G, Thomson S, et al. Persistent Spinal Pain Syndrome: A Proposal for Failed Back Surgery Syndrome and ICD-11. *Pain Medicine*. 2021;22(4):807-818.
6. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al.; Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019;160(1):53-59.
7. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al.; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain. *Pain*. 2019;160(1):69-76.
8. Benoliel R, Svensson P, Evers S, Wang SJ, Barke A, Korwisi B, et al.; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. *Pain*. 2019;160(1):60-68.
9. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain*. 2019;160(1):77-82.
10. Fujii K, Yamazaki M, Kang JD, Risbud MV, Cho SK, Qureshi SA, et al. Discogenic Back Pain: Literature Review of Definition, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Bone and Mineral Research Plus*. 2019;3(5):e10180.
11. Kos N, Gradisnik L, Velnar T. A Brief Review of the Degenerative Intervertebral Disc Disease. *Medical Archives*. 2019;73(6):421-424.
12. Wang F, Cai F, Shi R, Wang XH, Wu XT. Aging and age related stresses: a senescence mechanism of intervertebral disc degeneration. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2016;24(3):398-408.

**Навчальне видання**

Говбах Ірина Олександрівна  
Корж Олексій Миколайович  
Цогоєва Луїза Магомедівна  
Кочусь Геннадій Іванович

# **ДОРСОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

***Навчально-методичний посібник  
для лікарів-інтернів за спеціальністю «Сімейна медицина»,  
сімейних лікарів, терапевтів***

Відповідальний за випуск

І. О. Говбах



Редактор Е. Є. Депрінда  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,5. Зам. № 25-14.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.