

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ЛУМБАЛНА БОЛКА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на лумбална болка.

Член 2

Начинот на третман на лумбалната болка е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при лумбална болка по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8919/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЛУМБАЛНА БОЛКА

МЗД Упатство
24.11.2010

- Основи
- Епидемиологија
- Клиничко испитување
- Психосоцијални ризик-фактори
- Клиничка проценка на итноста
- Сериозни или специфични заболувања
- Лабораториски испитувања
- Imaging испитувања
- Неврофизиолошки испитувања
- Ишијадичен синдром
- Акутна лумбална болка (траење < 6 седмици)
- Супакутна лумбална болка (траење 6-12 седмици)
- Хронична крстна болка (траење > 12 седмици)
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Да се обезбеди доволно време за анамнезата и физикалниот преглед кај пациентот.
- Да се обезбеди рана дијагноза на сериозни причини за лумбална болка и за компресија на нервните корени кои резултираат со функционални нарушувања.
- Адекватен третман на болката: според јачината на болката индицирани се paracetamol, NSAID или нивна комбинација со лесни опиоиди.
- Одбегнување на одмор во легло.
- Продолжување или обновување на секојдневните активности што е можно поскоро.
- Пружање адекватна информација: оптимистички поглед кој се базира на вообичаено добрата прогноза му годи на пациентот, притоа тенденцијата на симптомите да се повторуваат треба да се земе предвид и да му се предочи на пациентот.
- Следење на пациентот во правец кон возобновување на активноста и работоспособноста.
- Кај пролонгирана лумбална болка, која трае најмалку 6 седмици: екстензивна мултидисциплинарна проценка на состојбата на болниот, земајќи ги предвид и психосоцијалните фактори, како и активна рехабилитација.
- Кај хронична лумбална болка која трае повеќе од 3 месеци: интензивна мултидисциплинарна рехабилитација.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Лумбалната болка е честа состојба: околу 80% од луѓето во некој период од животот почувствувале крстна болка.
- Од сите пациенти во општата амбулантска практика, 4-6% од работоспособните жени и 5-7% од работоспособните мажи имаат лумбална болка како главен симптом.
- Се претпоставува дека 15-20% од возрасните во текот на една иста година имаат лумбална болка, 50-80% имаат барем една епизода за време на својот живот. Во кое било време дури 15% од возрасните имаат лумбална болка.

КЛИНИЧКО ИСПИТУВАЊЕ

Анамнеза

- Најзначајниот дел на клиничкото испитување е земање на анамнестички податоци од пациентот. Тие податоци може да се класифицираат на следниов начин:
 - Постара лумбална болка (поранешна појава на симптомите, посети кај доктор, поранешни испитувања, терапија и боледување);
 - Сегашна лумбална болка (појавата, природата и интензитетот на тегобите, ирадијацијата на болката долж долните екстремитети, отежнатото функционирање во секојдневниот живот, испитувањата, терапијата и нејзината ефикасност);
 - Други заболувања (операции, трауми, други мускулноскелетни нарушувања, други болести како дијабетот, артериосклерозата на долните екстремитети, болестите на уrogenиталниот систем, алергиите, тековната терапија со некои лекови);
 - Социјална анамнеза (семејство, едукација, работа);
 - Животен стил (физички вежби, пушење, пиење, диета).

Физикален преглед

- При физикалниот преглед особено внимание се посветува на процената на знаците на компресија на нервните корени и на функционалниот статус. Пациентот треба да биде соблечен до потребното ниво.
1. Инспекција на 'рбетот:
 - Исправање на лордозата или појава на сколиоза поради силна болка;
 - Свивањето на 'рбетот е редуцирано; болката при свивањето е индикатор за тежината на состојбата.
 2. Палпација на пршлените, ишијадичниот нерв и на долните екстремитети:
 - Еднострана осетливост на бутот и седалната регија често е асоциран со акутна компресија на коренот на ишијадичниот нерв;
 - Голем број болни точки и други придружни симптоми може да сугерираат фибромијалгија. Палпација или доплер-сонографија или, пак, и двете на артериите на долните екстремитети кај пациенти постари од 50 години со интермитентна клаудикација.
 3. Испитување на подвижноста на 'рбетот:
 - Рестрикција во свивањето напред, назад или на страна може да укаже на тежината на лумбалната болка;
 - Подвижноста на 'рбетот и нарушувањата на ритмот на движење помагаат при определувањето на функционалниот капацитет и нивното мерење овозможува следење на состојбата на болниот;
 - Schober-овиот тест нема големо значење во мерењето на подвижноста;
 - Ротаторното движење на 'рбетот и движењата во градниот кош кај анкилозниот спондилит многу рано се намалени.
 4. Процена на знаците на компресија на корените на нервите:
 - Кревање на исправена нога (SLR) и Laseque-тестот се сензитивни, но неспецифични тестови за потврдување на компресија на нервните корени на S1 и L5 нивото:
 - Тестот е позитивен кога ќе се предизвика болка што се шири од половината долж ногата; Само болка во половината или осетливост зад коленото не се позитивни знаци;
 - Позитивна дорзифлексија на глуждот при изведување на SLR ја зголемува ирадирачката болка од половината долж ногата;
 - Вкрстена болка: зајакнување на ирадијациската болка кога се крева контралатералната нога е специфичен знак на компресија на коренот на нервот.
 - Мускулна сила на нозете:
 - Екстензија на коленото (коренот L4 и делумно L3);

- Дорзифлексија на глуждот (L5, делумно L4 коренот), дорзифлексија на палецот (L5 коренот), плантарна флексија на глуждот (S1 коренот);
 - Одење на пети (L5, делумно L4 коренот) или на прсти (S1 коренот).
 - Тетивни рефлекси:
 - Пателарен (L4 коренот);
 - Ахилов (S1 коренот);
 - Babinski (горен моторен неурон).
 - Пациентите со симптоми на нозете се испитуваат за осет на допир на долната медијална страна на коленото (L4 корен), медијалната (L5 корен), дорзалната (L5 корен) и на латералната (S1 корен) страна на стапалото.
 - Намалена мускулна сила на двете нозе (парапареза) или заслабени повеќе тетивни рефлекси, како и позитивен Бабински сугерира потреба од консултација со невролог или со неуврохирург. *Парапарезата е индикација за итно упатување.*
 - *Кога се сомневаме на синдромот на кауда еквина (итно упатување), со допир на ректумот (тонус на свинктерот) и на перинеумот, се испитува осетливоста на пациентот.*
5. Други испитувања според анамнезата на пациентот:
- Кај пациенти со интермитентна клаудикација на возраст > 50 години се прави палпација на артериите на долните екстремитети и доплер-стетоскопија.

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РИЗИК-ФАКТОРИ

- Психосоцијалните фактори може да го пролонгираат и да го искomпликуваат функционалниот капацитет и односот кон болката. На табела 1 се дадени факторите кои сугерираат ризик за хроничитет.

Табела 1. Фактори кои укажуваат на зголемен ризик за хроничитет кај лумбална болка

<p>Верување дека болката и физичката активност се штетни. Несоодветно однесување (продолгиран одмор во легло). Депресивно расположение, негативно однесување и социјално оттуѓување. Барање многу и најразлични терапии. Професија која бара поголем физички ангажман. Проблеми на работното место и незадоволство на работата. Премногу протективно семејство или, пак, недостаток на поддршка. Поплаки, условување и барање на некаква компензација за да стане од леглото.</p>
--

КЛИНИЧКА ПРОЦЕНКА НА ИТНОСТА

- Ретките, посериозни случаи со лумбална болка, треба да се препознаат уште во раниот стадиум. Исто така, знаците на ишијадичен синдром треба рано да се препознаат.
- Врз база на клиничките испитувања и на анамнезата може да се издвојат три категории на лумбални симптоми:
 1. Сериозни (тумор, инфекција, фрактура, синдром на кауда еквина) или специфични заболувања (анкилозен спондилит, клинички симптоматична спондилолистеза)(табела 2).
 2. Симптоми во нозете кои сугерираат дисфункција на нервните корени (ишијадичен синдром, интермитентна клаудикација).
 3. Неспецифична лумбална болка: симптоми кои се јавуваат, главно, во половината и сугерираат сериозна болест или инволвирање на корените на нервите.

Табела 2. Најчести сериозни или специфични причини на лумбална болка

Болест	Симптоми и знаци
Синдром на кауда еквина	Ретенција на урина, анална инконтиненција, перинеална анестезија (губиток на осет во вид на седло), симптоми на парализа на долните екстремитети
Руптура на аортна аневризма, акутна аортна дисекција	Нагла расцепувачка болка, возраст >50, нестабилна хемодинамика
Малигни тумори	Возраст > 50, анамнеза за карцином, инволутивен губиток на телесната тежина, рекурентни фебрилни епизоди, прогресивни симптоми, ноќна болка, времетраење на болката > 1 месец, парапареза
Бактериски спондилитис	Претходна операција во лумбалната регија, инфекција на уринарен тракт и кожа, имуносупресија, кортикостероидна терапија, злоупотреба на интравенски лекови
Компресивна фрактура на ѓрбетот	Возраст > 50, податок за паѓање, перорални стероидни лекови
Спондилолистеза	Адолесценти (8-15 години)
Спинална стеноза	Возраст > 50, неврогена клаудикација
Анкилозен спондилитис	Возраст < 40 при појава на симптомите, болка која не се намалува при одмор во легло, утринска вкочанетост, траење најмалку 3 месеци

СЕРИОЗНИ И СПЕЦИФИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

- Знаци и фактори кои сугерираат сериозна болест (“црвено знаме”):
 - Слабост, губиток на осетот или трнење на нозете;
 - Неможност за уринирање или фекална инконтиненција;
 - Лумбална болка која не се намалува со лежење;
 - Лумбална болка, придружена со температура;
 - Лоша општа состојба или болка која се засилува;
 - Лумбална болка, придружена со стомачна болка;
 - Анамнеза на малигна болест.
- Сомневањето за сериозна болест бара процена во специјализирани оддели во рамките на првиот месец, најмногу. Кажете му на пациентот дека неговата состојба бара понатамошни иследувања, со цел да се постави дијагноза, но избегнувајте шпекулации за можноста за сериозна болест.
- Нормални рентгенграфски наоди не ја исклучуваат можноста за сериозна болест.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Лабораториските испитувања не се потребни за пациентите со лумбална болка. Доколку има знаци за сериозна или за специфична болест, потребно е да се одреди СР, CRP, хемоглобин, хематокрит, број на еритроцити и леукоцити, основна анализа на урината.

IMAGING – ИСПИТУВАЊА

- Рентгенграфија на лумбалниот ѓрбет во стоечка позиција на пациентот е најосновното испитување пред другите imaging техники (ннд-С).

- Доколку се потребни специјални испитувања за поставување на дијагнозата, MRI е метода од прв избор.
- СТ може да се направи кога се планира итна хируршка интервенција, а притоа, MRI не е можно да се направи или е контраиндицирана (пациент со pacemaker).

НЕВРОФИЗИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА

- ЕМГ може да користи во следниве ситуации:
 - Оштетување на корените на нервите со неконзистентна клиничка слика;
 - Пациент со радикуларни симптоми но imaging-испитувањата не покажуваат хернија на интервертебралниот дискус.
 - Кај хронични болни состојби индицирани се како дел од процената.
 - Испитувањето понекогаш е корисно во прогнозата на болеста.

ИШИЈАДИЧЕН СИНДРОМ

- Најчестата причина за ишијадичен синдром е хернијација на интервертебрален дискус.
- Ако индикациите за итно испитување и хируршка интервенција (види подолу) не се исполнети, конзервативниот третман може да потрае до 6 седмици пред да се размислува за операција. Хроничниот синдром е предизвикан од спинална стеноза, односно, стеснување на лумбалниот спинален канал или на каналите на интервертебралните нерви.
- Одморот во легло не го забрзува заздравувањето на пациентот (ннд-**A**) и не треба да се препорачува на пациентите. Пациентите може да продолжат со секојдневните активности онолку колку што им дозволува болката, избегнувајќи ситуации кои провоцираат болка. При силна лумбална болка, разбирливо е дека пациентот треба да лежи во таканаречена “псоас” позиција која ги намалува болките.
- Хируршката дискектомија овозможува побрзо обезболување отколку конзервативниот третман, кај внимателно селектирани пациенти со ишијадичен синдром (ннд-**B**).
- Активно и интензивно вежбање 4-6 седмици по операцијата ја намалува болката, го подобрува функционалниот капацитет на пациентот и го забрзува враќањето на пациентот на неговото работно место без да ја зголеми честотата на реоперации (ннд-**B**).

ИНДИКАЦИИ ЗА ИТНИ ИСПИТУВАЊА И ИТНА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

- Синдром на кауда еквина:
 - Намалена перинеална осетливост, ослабен тонус и контракции на аналниот сфинктер;
 - Ретенција на урината, фекална инконтиненција.
- Нагла масивна пареза:
 - Прогресивен губиток на силата на екстензорите и флексорите на глуждот или на задникот.
- Екстремна болка и принудна положба на телото (релативни индикации).

АКУТНА ЛУМБАЛНА БОЛКА (траење < 6 седмици)

- Терапијата на краткотрајната лумбална болка која траела покосо од 6 седмици треба да се базира на анамнестичките податоци и на клиничкото испитување без да се прават лабораториски анализи или рентгенграфски испитувања, освен ако не се сомневате на некоја сериозна или специфична болест.
- На пациентот му се објаснува бенигната природа и тенденцијата кон добро, спонтано заздравување.
- Кусо боледување обично е доволно. Целта е пациентот што поскоро да се врати на работа.

Избегнување одмор во легло и продолжување со редовните активности

- На пациентот му се советува да избегнува одморање во легло (ннд-А). Кус период на лежење може да биде од корист кај силните лумбални болки, но тоа не е третман на грбните проблеми.
- Пациентот е охрабруван да продолжи со регуларните дневни обврски колку што можно побргу. Доколку болката му дозволува, пациентот може лимитирано да го движи 'рбетот и обично нема потреба за рестрикција на лесна физичка работа.

Аналгетици

- Paracetamol е лек од избор, со аналгетски ефекти речиси како на NSAID.
- Доколку paracetamol-от не обезболува доволно, може да се користат NSAID. Нивната ефикасност кај лумбалната болка е докажана, но не е многу голема (ннд-А). Најсигурен лек од NSAID е ibuprofen.
- COX-2 селективните NSAID не се индицирани како општи аналгетици.
- Додавање на слаби опијати на paracetamol-от е полезно, комбинацијата е поефикасна отколку tramadol како монотерапија (ннд-В).

Мускулни релаксанти

- Мускулните релаксанти се поефикасни од плацебото, но не се поефикасни од NSAID; комбинацијата не носи дополнителни ефекти (ннд-А).
- Мускулните релаксанти предизвикуваат поспаност и зашметување кај една третина од пациентите.
- Ако NSAID не се погодни или предизвикуваат споредни ефекти, може да се употребат мускулни релаксанти.

Физичка активност, терапија со вежби и потпорни корсети

- Лесни вежби, како пешачење, се препорачуваат.
- Активна терапија со вежби не се препорачува во раните фази од активното заболување.
- Лумбалните потпори, веројатно, не се ефикасни во превенирање на појавата или на нејзино повторување (ннд-С).

Манипулации

- Манипулативната терапија е ефикасна кај лумбалната болка. Нејзината ефикасност е подеднаква со конвенционалната терапија, препишана од лекарот по општа пракса или со аналгетичите и физичката вежба (ннд-В).
- Мануелната терапија треба да ја спроведе едуцирана личност (лекар со соодветен тренинг за манипулации, ортопедски манипулативен терапевт, лиценциран хиропрактичар, остеопат).
- Манипулативната терапија може да се примени без претходни рентгенграфији ако се смета дека пациентот нема контраиндикации, односно нема напредната остеопороза, тумор, инфекција, анкилозен спондилит, спинална стеноза, нестабилност, спондилолистеза, напредната остеоартроза, скорешна траума, крвавечка дијатеза.
- Лумбална тракција не е ефикасна во терапија на лумбалната болка (ннд-А).

СУПАКУТНА ЛУМБАЛНА БОЛКА (траење 6-12 седмици)

Испитувања

- Доколку болката е пролонгирана, со цел да се постави дијагноза, да се процени ефектот од терапијата и да се планира рехабилитацијата, потребни се дополнителни испитувања 6 седмици по појавата. Потребна е консултација со физијатар, ортопед, ревматолог или со

неврохирург, со цел да се дојде до правилна дијагноза (специјални испитувања), терапија, како и рехабилитација.

- Однесувањето на пациентот, неговата депресија и истоштеност треба да се проценат со разговор и со соодветни прашалници кои тој самиот ќе ги пополни.

Третман и рехабилитација

- Модалитетите на третманот имаат за цел да превенираат хронична болка и вклучуваат активна партиципација на пациентот за нормализирање на неговиот функционален капацитет.
- Внимателното клиничко испитување, процената на состојбата на пациентот и деталните инструкции, го намалуваат бројот на денови на отсуство од работа кај акутната лумбална болка (ннд-С).
- Правилната оценка на работниот капацитет на пациентот, исто така, ја редуцира потребата од боледување. Пролонгираното боледување носи ризик за долготрајно намалување на работната способност.

Терапија со лекови

- Основниот пристап кон медикаментозната терапија е истиот како кај акутната болка.
- При пролонгирана употреба на аналгетици мора да се имаат предвид нивните несакани ефекти кај возрасните пациенти кои имаат, исто така, поголем ризик за перфорација или крвавење од пептички улцер како компликација на NSAIL. Ризикот од несакани кардиоваскуларни ефекти треба да се предвиди.
- Досега антидепресивите не се покажаа подобри од плацебото (ннд-С), треба да се користат само ако пациентот е депресивен.
- Бензодијазепините треба да се препишуваат со внимание, а антипсихотоците не се препорачуваат кај лумбалната болка.

Други терапии

- Површното загревање обезбедува краткотрајна редукција на болката кај пациентите со супакутна лумбална болка (ннд-А).
- Манипулативната терапија има сличен ефект со конвенционалната терапија, препишана од општиот лекар (ннд-В).

ХРОНИЧНА ЛУМБАЛНА БОЛКА (траење > 12 седмици)

- Во терапијата на хронична лумбална болка која трае > 3 месеци важат истите упатства како кај супакутната фаза. Интензивната физичка активност е полезна како дел од мултидисциплинарен пристап. За да се поврати работниот капацитет на пациентот, потребно е да се работи на тоа.

Терапија со лекови

- Аналгетиците се користат повремено, во зависност од интензитетот на болката.
- Paracetamol-от, NSAIL, или комбинација на NSAIL и благи опиоиди може да се користат како аналгетици (ннд-А).
- Треба да се внимава на несаканите ефекти на NSAIL.
- Антидепресивите може да ја намалат болката, но не влијаат на функционалниот капацитет (ннд-С). Доказите се добиени во клиничките испитувања со трициклични антидепресиви.
- Невропатската ишијадична болка може да се намали со gabapentin и topiramate.

Други терапии

- Ефектот од манипулативната терапија кај хроничната лумбална болка е сличен на оној од конвенционалната терапија која е препишана од лекарот по општа пракса, како и на ефектот од аналгетиците, физикалната терапија и вежбите (ннд-В).
- Лумбалната тракција како единствена интервенција не е ефикасна кај хроничната лумбална болка (ннд-А).
- Транскутаната електрична нервна стимулација не е поефикасна од плацебото (ннд-С).
- Акупунктурата, како самостојна метода или придружена со други третмани, може да ја намали хроничната лумбална болка и да ја подобри функцијата за кус временски период (ннд-С).
- Ласерската терапија нема ефект во третманот на хроничната лумбална болка (ннд-Д).
- Кај тешките форми, пациентот може да се упати во клиника, специјализирана за болка за понатамошен третман и проценка.

Вежби и физичка активност

- Има докази дека вежбањето и физичката активност благо влијаат на намалувањето на болката и подобрувањето на функцијата кај возрасните со хронична лумбална болка (ннд-В). Но тие не придонеле во намалување на боледувањата помеѓу пациентите.

Рехабилитација, со цел да се подобри функционалниот капацитет

- Долготраен и доволно интензивен тренинг со отпор (вежби со тежина), како и вежбањето, ја подобруваат општата состојба, ја намалуваат хроничната болка и ја подобруваат функцијата (ннд-В).
- Мултидисциплинарната био-психо-социјална рехабилитација го подобрува функционалниот капацитет, работоспособноста и квалитетот на животот и исто така ја намалува хроничната болка кај пациентите (ннд-А).
- Масажата, комбинирана со тераписки вежби, може да ја намали болката (ннд-С).
- Базирано на искуството од праксата, рехабилитацијата спроведена во специјализирани рехабилитационски центри се покажала поефикасна од онаа спроведена во амбулантски услови, но ефектите траат само во период од една година. Изборот на видот на рехабилитација нема ефект врз враќањето на работното место. Секогаш треба да се претпочита амбулантската рехабилитација. Болничката рехабилитација може да биде добро решение за слабо населените места.

Мерки, преземени на работното место

- Подобрувањето на работоспособноста на пациентот бара преземање мерки на самото работно место.
- На пациентите треба да им се овозможи помало физичко оптоварување и место за вежбање, така што ќе се подобри состојбата на грбните мускули (ннд-В), со цел тие да се вклопат во работниот процес.
- Позитивниот став кон луѓето со нарушен капацитет од страна на претпоставените и на соработниците влијае врз зачувување на работната способност на пациентите.

ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИТЕ

- Самото давање на правилни информации на пациентот може да ја намали болката и да промовира враќање на работа (ннд-С). На табелата е дадена листа на препорачани информации за пациентите.

- Треба да му се објасни на пациентот за рекурентниот карактер на лумбалната болка и да не му се ветува дека кога било сосема ќе се ослободи од симптомите. Лумбалната болка често се повторува, но интензитетот на болката е послаб.
- Во информациите за пациентот треба да се спомене потребата од вежбање, контрола на телесната тежина, диета и престанок на пушењето за да се постигне добра контрола на лумбалната болка.

Табела 3. Препорачана едукација за пациентите (адаптирано од Waddell et al, 1996)

Вид на лумбална болка	Информации за пациентите
Обична, неспецифична болка–прати позитивна порака.	Нема причина за грижи. Нема знаци за сериозна траума или заболување. Ќе заздравите во текот на неколку дена или седмици. Кај некои пациенти симптомите може да траат подолго време. Нема да има трајно оштетување. Повторување на симптомите е можно, но дури и во тој случај заздравувањето е добро. Физичката активност е ефикасна за намалувањето на болките. Премногу одмор штети. Благата болка не значи оштетување.
Ишијадична болка–постојано праќајте позитивна порака.	Нема причина за страв. Кај најголем број случаи, конзервативната терапија е успешна, меѓутоа до заздравување доаѓа по 1-2 месеци. Може да се очекува целосно заздравување. Кај некои пациенти симптомите може да се оддолжат. Чести се повторувања на симптомите.
Возможна е сериозна болест– <i>воздржете се од порака со лоша содржина.</i>	Потребни се понатамошни испитувања за да се постави дијагнозата. Поголеми физички активности и вежби да се избегнуваат додека не се комплетираат испитувањата.

Упатството е базирано на **Finnish Current Care Guideline 2008.**

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

Физикална терапија и вежби

- Програмите за вежби по третманот го спречуваат повторното појавување на лумбалната болка, но контрадикторни се податоците кои говорат за вежбите како дел од третманот за време на епизидата на лумбалната болка (ннд-**B**).
- Програмите за физичката кондиција ги редуцираат боледувањата кај работниците со супакутна и со хронична лумбална болка, во споредба со вообичаената грижа-податоците се инсуфициентни (ннд-**D**).
- Пролотерапијата може да не биде ефикасен третман за хроничната лумбална болка ако се користи како монотерапија. Кога се комбинира со спиналната манипулација, вежбите и другите интервенции, пролотерапијата може да ја подобри хроничната лумбална болка и онеспособеноста (ннд-**C**).
- Влошките може да не ја превенираат лумбалната болка. Недоволни се податоците кои укажуваат дека влошките ја намалуваат лумбалната болка или во спротивно ја префрлуваат болката во долните екстремитети (ннд-**C**).
- Стимулацијата на ’рбетниот мозок може да доведе до извесен ефект кај хроничната болка која е поврзана со синдромот на неуспешниот оперативен третман или со комплексниот регионален болан синдром тип I (ннд-**C**).
- Инјекционата терапија, веројатно, не е ефикасна кај супакутната или кај хроничната бенигна лумбална болка (ннд-**C**).

Хируршка терапија

- Податокот за хируршкото интервенирање во правец на спинална декомпресија, декомпресија на нервен корен и спојување на соседните пршлени при зафатот кај дегенеративната лумбална спондилоза е ограничен и конфликтен (ннд-**D**).
- Недоволен е податокот кој ја поддржува употребата на инјекциона терапија кај супакутната и кај хроничната лумбална болка. Меѓутоа, не може да се исклучат супгрупите од пациентите кои може да одговорат на специфичниот тип на инјекциона терапија (ннд-**D**).
- Радиофреквентната денервација нуди краткорочно ослободување од хроничната вратна болка со потекло од зигопопфисеалниот зглоб, како и од хроничната цервикобрахијална болка (ннд-**B**).
- Менаџирањето на интервентните техники за болката, перкутаната адхезиолиза и спиналната ендоскопија може да бидат ефикасни интервенции во третирањето на лумбалната болка и на болката во долните екстремитети, кои настанале заради епидуралните адхезии (ннд-**C**).

Фармаколошка терапија

- *Harpagophytum procumbens* и *salix alba* ја редуцираат болката повеќе отколку плацебото кај неспецифичната лумбална болка (ннд-**B**).

Едукација на пациент

- Оперант-терапијата е поефикасна отколку листата на чекање, бихејвиоралната терапија е поефикасна отколку вообичаената грижа на болните при краткорочното ослободување од хроничната лумбална болка (ннд-**B**).
- Обучувањето на работниците за правилно ракување со различни технологии или снабдувањето на работниците со различни помошни средства не се покажаа ефикасни во превенирањето на лумбалната болка (ннд-**B**).
- Препораките/едукацијата за хигиено-диететски режим, дадени од страна на соодветни служби/сервиси/советувалишта (*back schools*) се покажаа ефикасни за пациентите со рекурентна и хронична лумбална болка на професионален план (ннд-**B**).

Друго

- Повеќе тестови кои се употребуваат за идентификација на лумбалната дискус хернијација може да имаат слаби дијагностички перформанси ако се користат како изолирани тестови (ннд-**C**).

Други информативни прегледи

- Програмите кои имаат за цел превенција од повреда на грбот на работното место (особено *back schools* и програмите за тренинг со вежби) може да бидат корисни (ннд-**C**).
- *Squat lifting* техниката можеби нема предност (ннд-**C**).
- Спа-терапијата и балнеотерапијата може да се ефикасни за третирање пациенти со лумбална болка (ннд-**C**).
- Менаџирањето на интервентните техники за болка, перкутаната адхезиолиза и спиналната ендоскопија може да се ефикасни интервенции во третирањето на лумбалната болка и болката во долните екстремитети која настанала заради епидуралните адхезии (ннд-**C**).
- Епидуралното инјектирање на стероиди можеби има лимитиран краткоточен ефект кај радикуларната лумбална болка (ннд-**C**).
- Групната едукација, веројатно, не е ефикасна за пациентите со лумбална болка (ннд-**D**).

Клинички упатства

- Low back pain – Early management of persistent non-specific low back pain. NICE Clinical Guideline 88, 2009
- New Zealand acute low back pain guide. New Zealand Guidelines Group 2004. Pdf document

Литература

- Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992 Aug 12; 268(6):760-5. **PubMed**
- van den Hoogen HM, Koes BW, van Eijk JT, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria-based review of the literature. *Spine* 1995 Feb 1; 20(3):318-27. **PubMed**
- Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983 Mar; 8(2):131-40. **PubMed**
- Andersson GB, Svensson HO, Odén A. The intensity of work recovery in low back pain. *Spine* 1983 Nov-Dec; 8(8):880-4. **PubMed**
- Nachemson A. Work for all. For those with low back pain as well. *Clin Orthop Relat Res* 1983 Oct; (179):77-85. **PubMed**
- Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994 Jul 14; 331(2):69-73. **PubMed**
- Wiesel SW, Tsourmas N, Feffer HL, ym. Wiesel SW, Tsourmas N, Feffer HL, Citrin CM, Patronas N. A study of computer-assisted tomography. I. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 1984 Sep; 9(6):549-51. **PubMed**
- Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990 Mar; 72(3):403-8. **PubMed**
- Kostuik JP, Harrington I, Alexander D, ym. Kostuik JP, Harrington I, Alexander D, Rand W, Evans D. Cauda equina syndrome and lumbar disc herniation. *J Bone Joint Surg Am* 1986 Mar; 68(3):386-91. **PubMed**
- Vroomen PC, de Krom MC, Wilmsink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999 Feb 11; 340(6):418-23. **PubMed**
- Laporte JR, Carné X, Vidal X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Catalan Countries Study on Upper Gastrointestinal Bleeding. *Lancet* 1991 Jan 12; 337(8733):85-9. **PubMed**
- van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine* 2000 Nov 1; 25(21):2784-96. **PubMed**
- Brox JJ, Hagen KB, Juel NG, Storheim K. [Is exercise therapy and manipulation effective in low back pain?] *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999 May 30; 119(14):2042-50. **PubMed**
- Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996 Dec 15; 21(24):2860-71; discussion 2872-3. **PubMed**
- Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007 Jun 23; 334(7607):1313-7. **PubMed**
- Devillé WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine* 2000 May 1; 25(9):1140-7. **PubMed**
- Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M, Sainio P, Kinnunen H, Kankare J, Dalin-Hirvonen N, Seitsalo S, Herno A, Kortekangas P, Niinimäki T, Röntty H, Tallroth K, Turunen V, Knekt P,

Härkänen T, Hurri H, Finnish Lumbar Spinal Research Group. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. *Spine* 2007 Jan 1; 32(1):1-8. **PubMed**

- Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009 Feb 7; 373(9662):463-72. **PubMed**
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00401 (020.030) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1):CD006555.
2. Schaafsma F, Schonstein E, Whelan KM, Ulvestad E, Kenny DT, Verbeek JH. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1):CD001822. **PubMed**
3. Dagenais S, Yelland MJ, Del Mar C, Schoene ML. Prolotherapy injections for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (2):CD004059 [Review content assessed as up-to-date: 28 July 2009]. **PubMed**
4. Sahar T, Cohen MJ, Ne'eman V, Kandel L, Odebiyi DO, Lev I, Brezis M, Lahad A. Insoles for prevention and treatment of back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Oct 17; (4):CD005275 [Last assessed as up-to-date: 26 October 2008]. **PubMed**
5. Mailis-Gagnon A, Furlan AD, Sandoval JA, Taylor R. Spinal cord stimulation for chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3):CD003783. **PubMed**
6. Nelemans PJ, de Bie RA, de Vet HCW, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2):CD001824 [withdrawn from the Cochrane Library].
7. Carette S, Leclaire R, Marcoux S, Morin F, Blaise GA, St-Pierre A, Truchon R, Parent F, Levésque J, Bergeron V, Montminy P, Blanchette C. Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus. *N Engl J Med* 1997 Jun 5; 336(23):1634-40. **PubMed**
8. Gibson JNA, Waddell G. Surgery for degenerative lumbar spondylosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (4):CD001352.
9. Niemistö L, Kalso E, Malmivaara A, Seitsalo S, Hurri H. Radiofrequency denervation for neck and back pain. A systematic review of randomized controlled trials. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1):CD004058. **PubMed**
10. Trescot AM, Chopra P, Abdi S, Datta S, Schultz DM. Systematic review of effectiveness and complications of adhesiolysis in the management of chronic spinal pain: an update. *Pain Physician* 2007 Jan; 10(1):129-46. **PubMed DARE**
11. Gagnier JJ, van Tulder M, Berman B, Bombardier C. Herbal medicine for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Apr 19; (2):CD004504. **PubMed**
12. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, Main CJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7):CD002014. **PubMed**
13. Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Kuijter PP, Viikari-Juntura E, Takala EP, Jauhiainen M. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18; (3):CD005958. **PubMed**
14. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Oct 18; (4):CD000261. **PubMed**
15. van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, Devillé W, Deyo RA, Bouter LM, de Vet HC, Aertgeerts B. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (2):CD007431. **PubMed**
16. Karas BE, Conrad KM. Back injury prevention interventions in the workplace: an integrative review. *AAOHN J* 1996 Apr; 44(4):189-96. **PubMed DARE**

17. van Poppel MN, Koes BW, Smid T, Bouter LM. A systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain in industry. *Occup Environ Med* 1997 Dec; 54(12):841-7. **PubMed DARE**
18. van Dieën JH, Hoozemans MJ, Toussaint HM. Stoop or squat: a review of biomechanical studies on lifting technique. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 1999 Dec; 14(10):685-96. **PubMed DARE**
19. Pittler MH, Karagülle MZ, Karagülle M, Ernst E. Spa therapy and balneotherapy for treating low back pain: meta-analysis of randomized trials. *Rheumatology (Oxford)* 2006 Jul; 45(7):880-4. **PubMed**
20. Trescot AM, Chopra P, Abdi S, Datta S, Schultz DM. Systematic review of effectiveness and complications of adhesiolysis in the management of chronic spinal pain: an update. *Pain Physician* 2007 Jan; 10(1):129-46. **PubMed DARE**
21. Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, Bouter LM. Efficacy of epidural steroid injections for low-back pain and sciatica: a systematic review of randomized clinical trials. *Pain* 1995 Dec; 63(3):279-88. **PubMed DARE**
22. Watts RW, Silagy CA. A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica. *Anaesth Intensive Care* 1995 Oct; 23(5):564-9. **PubMed DARE**
23. Rozenberg S, Dubourg G, Khalifa P, Paolozzi L, Maheu E, Ravaud P. Efficacy of epidural steroids in low back pain and sciatica. A critical appraisal by a French Task Force of randomized trials. *Critical Analysis Group of the French Society for Rheumatology. Rev Rhum Engl Ed* 1999 Feb; 66(2):79-85. **PubMed DARE**
24. Cohen JE, Goel V, Frank JW, Bombardier C, Peloso P, Guillemin F. Group education interventions for people with low back pain. An overview of the literature. *Spine* 1994 Jun 1; 19(11):1214-22. **PubMed DARE**
25. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin* 2007; 25(2):353-71
26. Krismer M, van Tulder M; The Low Back Pain Group of the Bone Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific) *Best Pract Res Res Clin Rheumatol* 2007; 21(1):77-91

Authors: Antti Malmivaara and Seppo Seitsalo Article ID: ebm00435(020.030 ©2012Duodecim Medical Publications LTD

1. **EBM Guidelines, 24.11.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до ноември 2015 година.**