

## МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ БОЛЮ В ПОПЕРЕКУ Скорочений виклад

Manual Therapy of Low Back Pain  
Patient Care, May 30, 2001

Майже кожна людину хоча б раз у житті непокоїть біль у попереку, хоч не кожен відчував потребу звертатися через це до лікаря. За даними багатьох авторів, біль у попереку є другою з основних причин візитів до лікаря загальної практики. Витрати на лікування цього стану високі, що пояснюється високою вартістю лікування та втратою працездатності.

На жаль, алопатична (класична) медицина неспроможна запропонувати пацієнтові того, на що він сподівається: швидкого затихання болю і запевнення, що хвороба не повернеться. Стандартними терапевтичними заходами є нестероїдні протизапальні препарати, ліжковий режим упродовж 1–2 днів та лікувальна фізкультура, проте ці заходи розчаровують людину, яка прагне позбутися болю так швидко, як тільки це можливо. Пояснення, що їхні страждання не є спричинені якимось серйозним захворюванням, розчаровує пацієнтів, які сприймають це як твердження, що лікування для їхньої хвороби немає. Вони відчувають тривогу, оскільки втрачають прибутки через непрацездатність і неспроможні виконувати домашню роботу. Отже, такі пацієнти можуть вимагати скерування на мануальну терапію (або ж це їм пропонує лікар).

Вважають, що мануальна терапія дає змогу швидко позбутися болю (особливо в гострих випадках), проте мало змінює природний перебіг захворювання (особливо при хронічному болеві). Хоч і не всі пацієнти потребують мануальної терапії, ви не зробите помилки, якщо дозволите їм спробувати цей метод.

Клінічні покази до мануальної терапії при болю в попереку визначено в практичних рекомендаціях, опублікованих Агентством досліджень з охорони здоров'я та оцінки їх якості (Agency for Healthcare Research and Quality — AHRQ) у 1994 р. У цих рекомендаціях дають визначення болю спини як “непереносимість фізичної активності, спричинену симптомами з боку спини”. Гострим болем вважають “обмеження рухливості терміном до 3 місяців” (деякі експерти вважають, що цей проміжок часу повинен обмежуватися 1 місяцем). Агентство вважає, що мануальну терапію можна рекомендувати як метод, спроможний опанувати симптоми: “Ці маніпуляції є корисними для пацієнтів з болем у нижній частині спини без радикулопатії за умови, що їх виконують у перший місяць хвороби. Якщо через місяць від початку мануальної терапії не настає симптоматичного і функціонального поліпшення, це лікування треба припинити, а пацієнта обстежити знову”.

### Перед тим, як призначати мануальну терапію

Якщо дані анамнезу і фізикального обстеження дають змогу виключити наявність серйозної органічної патології (інфекції, перелому, пухлини або синдрому кінського хвоста), зупиняються на діагнозі болю спини через механічну причину (табл. 1). Якщо біль у спині непокоїть пацієнта менше місяця, ґрунтовніші обстеження недоцільні, оскільки здебільшого симптоматика згасає спонтанно. Треба запевнити пацієнта, що в нього немає якогось серйозного захворювання, і незабаром його самопочуття поліпшиться.

У цей момент найважливіше поліпшити самопочуття пацієнта. Із оральних знеболюючих препаратів AHRQ рекомендує ацетамінофен, ібупрофен та напроксен; призначають також ацетамінофен у комбінації з кодеїном та оксикодоном, які

можна отримати за рецептом. Доцільним є ліжковий режим, але не довше ніж 1—2 дні, оскільки треба, щоб пацієнт повертався до звичного стилю життя так швидко, як тільки це можливо. Після того, як біль зменшиться, важливими є фізичні вправи: як загальнозміцнюючі, так і спеціальні для тренування м'язів спини. Доречно запропонувати пацієнтові інформацію про запобігання болю в попереку.

У більшості випадків ці консервативні заходи дають позитивний результат. Точніше, одужання найчастіше настає спонтанно, незалежно від лікування. Для пацієнтів, які прагнуть чогось надзвичайного, можна запропонувати остеопатичні маніпуляції, хіропрактику або фізіотерапію.

### Остеопатичні маніпуляції

Остеопатичні маніпуляції з метою лікування гострого болю в попереку в медичному середовищі сприймають цілком позитивно. У США є приблизно 42 000 ліцензованих спеціалістів-остеопатів, що становить до 5% від загальної кількості лікарів. Не всі остеопати практикують маніпулятивну терапію, проте інколи нею займаються також спеціалісти-алопати.

Лікарі-остеопати дотримуються концепції цілісності організму. Вони наголошують насамперед на тому, що структура тіла і його функції взаємозалежні, отже, патологічні зміни одного з органів неминуче торкнуться й інших. Пальпаторна діагностика і різноманітні маніпулятивні терапії є лише одним із засобів в арсеналі лікарів цього напрямку. Остеопати виконують свої маніпуляції з метою лікування різноманітних патологічних станів як додатковий метод, проте при болю в попереку, особливо гострому, ці заходи можуть бути первинним (хоч і не обов'язково єдиним) лікуванням.

Остеопати визнають тісний зв'язок між хребтом і вегетативною нервовою системою. Яскравим прикладом такого взаємозв'язку є вісцеро-соматичні і сомато-вісцеральні рефлекси. Термін *соматична дисфункція* запропонували для окреслення комплексу, який охоплює розлади циркуляції, напруження м'язів та низку інших ефектів, що виникають унаслідок защемлення корінців спинномозкових нервів. Шляхом відновлення нормального положення хребця остеопатична маніпулятивна терапія веде до нормалізації гомеостазу в усіх цих ланках і згасання клінічної симптоматики. Крім цих нейрофізіологічних ефектів, такі маніпуляції зменшують ступінь зміщення міжхребцевих дисків, впливають на вивільнення ендорфінів, підвищують поріг больової чутливості і сприяють розсмоктуванню зростів. Загальновизнаними є і психологічні переваги лікування, зокрема, внаслідок безпосереднього контакту з лікарем і дотику людських рук.

Таблиця 1.  
Протипоказання  
до мануальної терапії  
при болю в попереку

Анкілозуючий спондиліт (гостра фаза)
Захворювання, що супроводжуються кровотечами
Компресія кінського хвоста
Центральні кили міжхребцевих дисків
Злоякісні пухлини
Остеомієліт
Прогресування неврологічних симптомів дефіциту
Ревматоїдний артрит
Важка остеопенія
Важкий остеопороз
Нестабільні переломи
Судинна патологія

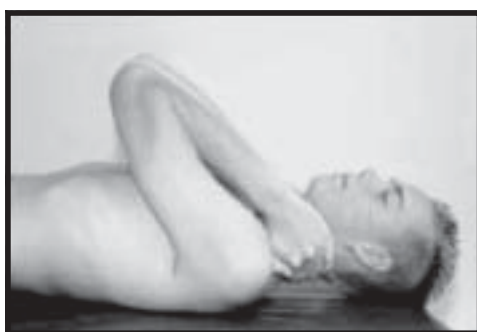
(За Reitman C, Essees SI. Conservative options in the management of spinal disorders, Part II. Exercise, education and manual therapies. Am J Orthop, 1995; 24; 241-250)



**Рис. 1.**  
*Попереково-крижова/крижово-клубова мобілізація*

**Крок 1**

*Пацієнт лежить на спині з руками, зчепленими в замок ззаду шиї, та максимально відведеними ліктями (максимальна ротація плечей).*



**Крок 2**

*Оператор стоїть збоку від пацієнта, обличчям до його грудей. Руку, ближчу до голови пацієнта, він просовує через віконце, утворене зігнутою в лікті протилежною рукою пацієнта таким чином, що тил своєї кисті оператор кладе на грудину пацієнта.*



**Крок 3**

*Оператор кладе руку, ближчу до каудального кінця тіла пацієнта, зверху на гребінь клубової кістки для стабілізації.*



**Крок 4**

*Пацієнт робить глибокий вдих. Під час видиху кисть, що лежить на грудині, використовується як точка опори. Цією рукою оператор намагається підняти тулуб пацієнта в позицію згинання вперед і ротації у свій бік. При цій маніпуляції сила прикладається (дозовано) на всій ділянці вниз до крижової кістки. Цю ж маніпуляцію повторюють з протилежного боку.*

**Рис. 2.**

*Мобілізація грудного відділу хребта*

**Крок 1**

*Пацієнт лежить на спині, руки зчеплені в замок за шиєю, лікті торкаються грудей.*

**Крок 2**

*Оператор, стоячи збоку від пацієнта (переважно з того, де пацієнт відчуває дискомфорт), підіймає тулуб пацієнта і кладе зігнуту в кулак долоню протилежної руки на уражений сегмент хребта, утворюючи таким чином точку обертання. Остистий відросток хребця повинен потрапити в заглибину між зігнутими дистальними фалангами пальців рук і тенаром.*

**Крок 3**

*Рукою, ближчою до голови пацієнта, оператор підтримує пацієнта за шию і верхню частину спини так, що передпліччя пацієнта торкаються грудної клітки оператора. (Схрещенням рук пацієнт створює додаткове згинання тулуба вперед, що полегшує мобілізацію). Водночас оператор намагається зігнути тулуб пацієнта у свій бік.*

**Крок 4**

*У цій позиції оператор делікатно робить переكات тулуба пацієнта навколо свого кулака.*

Хоч маніпуляції такого типу часто супроводжуються відчуттям “потріскування і розколювання” у хребті, мобілізація хребців у більшості випадків здійснюється дуже делікатно. Для кожної з ділянок тіла лікарі-остеопати можуть застосовувати низку специфічних прийомів. Те, який із них вони обирають, залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, особистих поглядів лікаря та його досвіду. Із понад 100 процедур кілька розроблено винятково для лікування болю спини; дві з них наведено на рис. 1.

Донедавна досліджень щодо ефективності остеопатичних маніпуляцій при хронічному болю спини було дуже мало. В одному з великих недавніх рандомізованих досліджень спостерігали за 178 пацієнтами, які страждали від болю в попереку тривалістю від 3 тижнів до 6 місяців. Із них 72 пацієнти отримували стандартну медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні препарати — НСПЗП), а 83 пацієнти — остеопатичну маніпулятивну терапію і НПЗП. Успішність лікування оцінювали за шкалою больових відчуттів та рівнем рухливості. Упродовж 12 тижнів спостереження статистичної різниці динаміки симптомів не виявили: пацієнти обох груп відзначали поліпшення самопочуття, а понад 90% з них (в обох групах) були задоволені лікуванням. Автори, проте, зазначають, що пацієнти, яким робили остеопатичні маніпуляції, потребували менше медикаментів.

Економічна доцільність вибору якогось із методів лікування залишається предметом дискусій. Зокрема, пацієнти остеопатичної групи за весь час лікування зверталися до лікаря 8 разів. Як звичайно, кількість звертань до лікаря загальної практики під час традиційного лікування болю спини становить два візити. Економічні витрати на 6 візитів набагато перевищують вартість НСПЗП.

### Хіропрактика

У США мають ліцензію приблизно 55 000 хіропрактиків, які є найчисленнішою групою серед усіх спеціалістів з мануальної терапії. “Філософія” хіропрактики ґрунтується на переконанні, що порушення біомеханіки впливає на нервову систему, а це своєю чергою призводить до змін у всіх системах організму. Ці біомеханічні порушення розглядають як підвивихи. Хіропрактики намагаються поліпшити нейротрансмісію шляхом здійснення “короткої, але різкої корекції хребта із застосуванням зусилля до специфічних контактних точок на відростках хребців”.

Ідеально, якщо лікар загальної практики дає пацієнтові скерування до хіропрактика на консультацію та спільне лікування. Це сприяє відкритому спілкуванню і є добрим прикладом співпраці медиків різних спрямувань. Деякі системи страхування частково оплачують лікування у хіропрактика, проте частину вартості таких візитів має оплачувати пацієнт, і є жорсткіші обмеження порівняно з консультаціями лікарів традиційних спеціальностей.

Відомо понад 40 рандомізованих контрольованих досліджень маніпуляцій на хребті (половина з них стосується болю в попереку). У цих дослідженнях утверджується місце хіропрактики серед інших видів мануальної терапії, хоч і не без суперечностей. Критика стосується, зокрема, застосування методу без чітких показів.

У недавньому дослідженні, в якому брав участь консультант цієї статті, простежили долю 1310 пацієнтів, які отримували хіропрактичні маніпуляції на хребті у 131 офісі. Метою дослідження було встановити обґрунтованість вибору цього методу лікування для пацієнтів з болями в попереку. Записи даних про 859 пацієнтів (79%) були достатньо докладні для того, щоб оцінити адекватність критеріїв вибору терапії. Вибір оцінили як адекватний у 46% випадків, сумнівний — у 25% і неадекватний — у 29%. Більшість випадків з неадекватним вибором терапії стосувалися пацієнтів з хронічним болем у попереку або недостатньо обстежених.

Ще один аспект хіропрактики — вартість лікування. Загалом, воно коштує більше, ніж інше лікування, через необхідність численних візитів (це ж стосується остеопатичного лікування). Виправданість економічні витрат на хіропрактику залишається темою дискусій, особливо через невизначеність кількості необхідних для одужання сеансів.

В одному з важливих недавніх досліджень, яке охоплювало 321 дорослого пацієнта з болем у попереку, який тривав довше ніж 7 днів після звернення до сімейного лікаря, обстежених осіб поділили за принципом випадковості на 3 групи. Перша з них отримувала фізіотерапію за методом МакКензі<sup>1</sup>, друга — хіропатичні маніпуляції і третя — буклет для самостійного навчання. Фізіотерапія і хіропатична обмежувалися 9 сеансами впродовж місяця. За пацієнтами спостерігали протягом 2 років. Вираженість клінічної симптоматики визначали за 11-бальною шкалою, а рівень дисфункції — за шкалою Роланда. Ефективність і витрати коштів на фізіотерапію і хіропрактику були ідентичними, а ефективність лікування лише трохи перевищувала результати у групі, яка отримувала буклет. Загальний час, проведений з лікарем, становив 2,5 години, а кошти на лікування — 226 доларів для хіропрактики і 238 для фізіотерапії. Автори дійшли висновку, що результативність хіропрактики і фізіотерапії при цій патології вартують дальшого обговорення.

Водночас автори наголошують на тому, що в аналогічних дослідженнях, які провели за останні десять років британські і голландські вчені, отримано суперечливі результати, хоч у жодному з цих досліджень не було групи, яка не отримувала лікування (аналогічної групі пацієнтів, що отримали лише буклет з рекомендаціями). Останнє обґрунтовують тим, що навчання пацієнта при цій патології не має суттєвого впливу на динаміку захворювання. Автори зазначеного дослідження висловлюють вагомий сумнів щодо того, чи варто заради мінімального ефекту від хіропрактики чи фізіотерапії витрачати на це лікування суттєві кошти.

### Фізіотерапія

Фізіотерапевти — це ліцензовані спеціалісти системи охорони здоров'я, які закінчили навчання за акредитованими академічними програмами. У більшості програм страхування передбачається виділення коштів на цей вид лікування, хоча для цього потрібне скерування сімейного лікаря.

Фізіотерапевти впливають на силу, витривалість, координацію рухів та мобільність суглобів та м'яких тканин. Лікувальні методики передбачають фізичні вправи, навчання дбати про себе, дію фізичних факторів (тепла, розтягування, води) і мануальну терапію<sup>2</sup>. Мануальна терапія при болю в попереку полягає у виконанні терапевтом пасивних рухів, що дає змогу відновити функцію суглобів. Як звичайно, лікування передбачає також застосування розтягування та завдання для самостійного виконання. Індивідуальне лікування передбачає певні фізичні вправи та постуральне тренування. Типовими фізичними вправами є перекочування на хребті; здебільшого вправи виконують у положенні сидячи, щоб уникнути небажаного навантаження на спину. Пацієнтів також навчають, як уникати тих рухів, що можуть спричинити загострення хвороби.

Однією з найпопулярніших є методика фізіотерапії, розроблена МакКензі — фізіотерапевтом із Нової Зеландії. У ній розрізняють три первинні синдроми: постуральний, дисфункції й емоційного пригнічення. Основною засадою фізіотерапії за МакКензі є централізація, що означає «швидка зміна локалізації болю із дистальних

<sup>1</sup> Див. Мед. світу, 1999, т. 7, № 2, с. 106—112.

<sup>2</sup> Як бачимо, фізіотерапевт в американському розумінні поєднує обов'язки нашого фізіотерапевта із обов'язками інструктора з лікувальної фізкультури.



відділів чи периферії до проксимальніших ділянок або центрально”. Метою терапії є централізувати біль, що веде до швидшого одужання і нормалізації життя.

Клінічний ефект фізіотерапії досить помірний. Найсуттєвіше з досліджень цього методу лікування ми описали раніше (у порівнянні його з хіропрактикою).

### **Масаж**

Масаж при болю в попереку передбачає стандартну методику, за якою масажуванням м’язів досягають фізичного і психологічного розслаблення, можливо, шляхом активізації утворення ендорфінів. Незважаючи на те, що при болю в попереку масаж застосовують досить часто, вагомих доказів його ефективності немає. В одному з недавно опублікованих оглядів є згадка лише про 4 контрольовані дослідження цього методу лікування, які було оприлюднено за останні 20 років. У недавньому рандомізованому дослідженні, в якому обстежено 262-х пацієнтів, порівнювали ефективність акупунктури, масажу та навчання пацієнта при хронічному болю спини. Через 10 тижнів після проведення 10 сеансів лікування масаж виявився ефективнішим за шкалою оцінки симптоматики, ніж навчання пацієнта і акупунктура. Через рік ефективність масажу була не вищою, ніж навчання пацієнта, але перевищувала ефективність акупунктури. Автори вважають, що масаж доцільно застосовувати при хронічному болю в попереку.

### **Тактика ведення пацієнта**

Якщо в пацієнта, який отримує мануальну терапію будь-якого типу, не настає клінічного поліпшення через 3—4 сеанси, треба припинити це лікування і знову провести обстеження. Якщо фонового захворювання все одно не виявляють, доцільно оцінити психологічний стан пацієнта.

Більшість пацієнтів з болем у попереку звертаються до лікаря не через біль, а через те, що їхня спроможність справитись з цим болем обмежена. Спробуйте пояснити: “Я розумію, що біль вам докучає. Поговорімо про те, які проблеми перешкоджають вам справитись з ним”. Хоч на таке обговорення піде певний час, можливо, саме його пацієнт потребує найбільше, щоб стати на дорогу одужання.

Багато пацієнтів погоджуються заплатити зі своєї кишені за тривалі курси мануальної терапії лише тому, що вона задовольняє їхні психологічні потреби. Саме висока ціна на ці послуги спонукала страхові компанії провести оцінку “ефективність—вартість” такого лікування. Багато досліджень (про деякі з них ішлося в цій статті) спричинили надсилання великої кількості листів до редакторів часописів, у яких мануальні терапевти спростовують думку, що мануальна терапія економічно не вигідна. Спеціалісти переконані, що їхні послуги високо оцінюють пацієнти, оскільки після мануальної терапії вони почувають себе суттєво ліпше. Якщо лікар загальної практики зможе переконати пацієнта, що з часом біль мине і при застосуванні консервативної терапії, то, можливо, пацієнт погодиться на найбільш ефективне й економічно доцільне лікування.

Підготувала *Зореслава Городенчук*