

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 21 iyun 2013-cü il tarixli
22 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**BEL NAHIYƏSİNDƏ KƏSKİN AĞRILARIN
DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASI VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2013

B 42 Bel nahiyəsində kəskin ağrıların diferensial diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol, 2013. – 31 səh.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

M.Salihov Azərbaycan Tibb Universitetinin Ailə təbabəti kafedrasının müdiri, t.f.d.

Q.Seyidov Azərbaycan Tibb Universitetinin I Daxili xəstəliklər və reanimotologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.

V.Yaqubov Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Nevrologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.

N.Əhmədov Azərbaycan Tibb Universitetinin Neyrocərrahiyyə kafedrasının assistenti

S.Qaziyeva Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçi:

R.Şirəliyeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Nevrologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<p>RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmal və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT.</p> <p>Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.</p>
B	<p>Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmal, yaxud Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud</p> <p>Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT.</p> <p>Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.</p>
C	<p>Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud</p> <p>Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT.</p> <p>Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.</p>
D	<p>Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi.</p> <p>Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir.</p> <p>Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.</p>

İxtisarlarnın siyahısı

BA	Bel nahiyəsində kəskin ağrı
DİSH	Diffuz idiopatik skelet hiperostozu
EÇS	Eritrositlərin çökmə sürəti
EMQ	Elektromioqrafiya
XİDP	Xronik iltihabi demielizəedici polineyropatiya
İİÇV	İnsanın immunçatışmazlığı virusu
İSH	İdiopatik skelet hiperostozu
KİDP	Kəskin iltihabi demielizəedici polineyropatiya
KT	Kompüter tomoqrafiyası
QSiƏD	Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitəsi
QÜA	Qanın ümumi analizi
MRT	Maqnit-rezonans tomoqrafiyası
MRS	Maqnit-rezonans şəkli
SDES	Sinirin dəriüstü elektrik stimulyasiyası (TENS – transcutaneous electrical nerve stimulation)
SOG-2	Siklooksigenaza-2

Protokol ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan sahə həkimləri, ailə həkimləri, təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: bel ağrılarının müddəti 6 həftədən az olan 18 yaşdan yuxarı şəxslər.

Protokol bel ağrılarının mümkün səbəblərinin araşdırılması və diferensial diaqnostikasının təkmilləşdirilməsi üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

Bel ağrıları (BA) – qabırğa qövsünün (XII cüt qabırğalar) aşağı kənarı ilə yuxarıdan, aşağı sağrı büküşü ilə isə aşağıdan məhdudlaşan nahiyədə ağrıların olması kimi müəyyən olunur.

Buraya, eyni zamanda, ümumi bel nahiyəsində ağrıların olub-olmamasından asılı olmayaraq aşağı bel nahiyəsində olan pozuntularla (işialgiya/irradiasiya edən bel ağrısı) bağlı aşağı ətraf ağrıları da daxildir. İşialgiya aşağı ətraflara irradiasiya edən ağrıdır və bəldə olan ağrı ilə bağlı olmaya bilər. İşialgiya aksial ağrısından dəqiqliklə diferensiasiya edilməlidir.

Epidemiologiya

Bel ağrılarına klinik praktikada tez-tez təsadüf olunur. Əhalinin 80%-i həyatında ən azı bir dəfə bel nahiyəsində məhdudlaşdırıcı ağrı epizodu ilə qarşılaşır (C). İnsanların təxminən 40%-i yardım üçün ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində, 40%-i manual terapevtlərə, “ara həkimlərinə” və yalnız 20%-i mütəxəssislərə müraciət edir.

6 həftə ərzində epizodların 90%-i müalicədən asılı olmayaraq özbaşına keçir (C). Eyni zamanda, bir qism xəstələrdə xronik ağrılar və əmək qabiliyyətinin itməsi baş verir. Məhdudluqları 1 ildən çox olan bütün xəstələr 90% halda intensiv müalicə olmadan işləməyə qadir olurlar (C).

İlkin səhiyyə müəssisələrinə kəskin BA nəticəsində müraciətin tezliyi ikinci, ortopedlərə isə birinci yerdədir. BA simptomlarının təkrar olması kifayət qədər tez-tez baş verir və il ərzində insanların təxminən 60-80%-də müşahidə olunur.

Davam etmə xüsusiyyətlərinə görə bel ağrılarının bölünməsi:

- ▶ **Kəskin BA:** davam etmə müddəti 6 həftədən az olan bel ağrıları
- ▶ **Yarımkəskin BA:** 6 həftədən çox, lakin 3 aydan az davam edən bel ağrıları
- ▶ **Xronik BA:** 3 aydan çox müddətə xəstənin normal həyatını məhdudlaşdıran bel ağrıları
- ▶ **Qayıdan (residiv verən) BA:** əvvəllər oxşar lokalizasiyalı eyni bel ağrıları olan xəstələrdə simptomuz dövrələrlə müşayiət olunan kəskin BA.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

M54.5 Belin aşağı hissəsində ağrı

Bel ağrısı

Belin aşağı hissəsində gərginlik

Lümbaqo

DİAQNOSTİKA

(həmçinin **Əlavə: Diaqnostika alqoritmi**-nə bax)

Anamnez. Anamnezin toplanması aşağıdakı sualları cavablandırılmalıdır:

- ✓ Ciddi xəstəliyin və ya travmanın olması ehtimalı nə dərəcədə yüksəkdir?
- ✓ Prosesin xronik formaya çevrilməsi ehtimalı nə dərəcədə yüksəkdir?
- ✓ Xəstənin spesifik müalicəyə ehtiyacı varmı?
- ✓ Hər hansı konkret müalicə üsulu üçün əks-göstərişlər varmı?
- ✓ İş və ya məşğuliyyət kimi dəyişilməsini tələb edən sosial amillər varmı?

Ciddi xəstəliklərin və ya zədələnmələrin əksəriyyəti anamnezin toplanması zamanı müvafiq suallar vasitəsi ilə müəyyən edilə bilər, bu sualların məqsədi xüsusi diqqət tələb edən problemlərin-təhlükə əlamətlərinin aşkarlanmasıdır.

Cədvəl 1-də belə problemlərin siyahısı və onların müvafiq qiymətləndirmə meyarları verilmişdir. Təhlükə əlamətlərinin əlavə diaqnostik testlər tələb etməsini müəyyən etmək üçün klinik qiymətləndirmə tələb olunur.

**Cədvəl 1. Ciddi xəstəliklərin təhlükə əlamətləri
(ciddi səbəbləri)**

	“At quyruğu” sindromu	Sınıq	Xərçəng	İnfeksiya
Proqressivləşən nevroloji defisit	x			
“At quyruğu” sindromu (sidik kisəsinin süst iflici; defekasiya aktının pozulması; anogenital nahiyədə anesteziya; impotensiya; anal refleksin olmaması)	x			
Travmatik zədələr/ kombinə olan travmalar		x		
Anamnezdə steroidlərin qəbulu		x		x
Qadın, yaşı > 50		x	x	
Kişi, yaşı > 50			x	
Diffuz osteoporozlu və ya kompression sınıqları olan kişi			x	
Anamnezdə xərçəng			x	
Şəkərli diabet				x
Gizli/simptomsuz inkişaf			x	x
Dincəlkən və ya uzanıqlı vəziyyətdə yaxşılaşmanın olmaması			x	x
Ümumi/qeyri-spesifik simptomlar (yüksək hərarət, çəkinin azalması)			x	x
Sidik yollarının infeksiyası/ başqa infeksiyalar				x
Narkotiklərin venadaxili istifadəsi				x
İİÇV				x
İmmun supressiya (artmış reaksiya)				x
Əvvəllər cərrahi müdaxilənin olması				x

Anamnezin toplanması həmçinin əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsi riskinin qiymətləndirilməsi məqsədini daşıyır. İlkin müayinə zamanı təcrübəli mütəxəssis cədvəl 2-də göstəriləni kimi adekvat sosial anamnez əsasında yüksək dəqiqliklə ağrıların xronik hala keçməsinin risk amillərini müəyyən edə bilər. Bu populyasiyada xəstələrin əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsinin profilaktikası məqsədi ilə kifayət qədər fəal müdaxilələr tələb olunur.

Cədvəl 2. Ağrıların xronik hala keçməsinin risk amilləri

Klinik amillər

- ✓ Bel nahiyəsində əvvəlki ağrı epizodlarının olması
- ✓ Əvvəlki çox saylı sümük-əzələ şikayətləri
- ✓ Psixiatrik anamnez
- ✓ Alkoqol, narkotik qəbulu, tütünçəkmə

Ağrılara aid anamnez

- ✓ Ağrının güclü kimi müəyyən edilməsi
- ✓ Ağrının qeyri-adekvat hiss edilməsi

Premorbid amillər

- ✓ Fiziki gərginliklə bağlı iş
- ✓ İşdən qovulma qarşısında qorxu
- ✓ Rəhbərlik və ya iş yoldaşları ilə konflikt
- ✓ Pensiya yaşının yaxınlığı
- ✓ Ailə anamnezində depressiya
- ✓ Problemlə ailə üzvünə qayğı məsuliyyətinin olması
- ✓ Ailəli deyil və ya bir neçə dəfə ailə qurub
- ✓ Sosial-maddi statusun aşağı olması
- ✓ Ağır uşaqlıq dövrü (qəddar münasibət, valideynlərin ölümü, sərxoş həyat tərzini, münacişəli boşanma)

Beldə ağrıları olan xəstələrin əksəriyyətinə dərhal topik diaqnoz qoymaq mümkün olmur. Hal-hazırda heç bir diaqnostik müayinə ağrının real səbəblərindən olan əzələ/bağ dartılmasını və ya diskin fibroz həlqəsinin kiçik cırımlarını təyin etməyə qadir deyil.

Digər mümkün olan diaqnozlara daxildir: faset oynaqların artriti (oynaqların degenerativ “xəstəliyi”), oma-çanaq oynaqının asimmetriyası və ya diskin “qabarması”. Bunlar əhalinin əksəriyyətində müşahidə edilən ağrılara və ya müayinə zamanı ağrının bərpası, inyeksiya zamanı yüngülləşməsi ilə uyğunlaşmır.

Digər xəstələr diskin yırtığı, spondilolistez, spinal stenoz kimi çox rast gəlinən diaqnozlarla uyğunlaşır. Hətta bu hallarda belə, diaqnoz qoymaq asan olmur. Məsələn, asimptomatik könüllülərin üçdə birində MRT-də disk dəyişiklikləri aşkar olunur. Stenozlu pasiyentlərdə spinal kanalın diametri ilə simptomlar arasında kifayət qədər uyğunsuzluq olur. Rentgenoloji müayinə ilə təyin edilmiş aşağı dərəcəli spondilolistez hallarının əksəriyyəti asimptomatik olur. Belə hallarda diaqnostik testlər klinik vəziyyətə və klinik müayinələrin nəticələrinə uyğun şərh edilməlidir.

Nəhayət, xəstələrin bir qisminə kifayət qədər təhlükəli BA halları olur. At quyruğu sindromu – nəcis və sidiyi saxlaya bilməsi kimi sinir funksiyalarının progressiv itməsi – təxirəsalınmaz cərrahi patologiyalardır. Ağır zərbə nəticəsində və ya osteoporozlu xəstələrdə sınıqlar ola bilər. Nadir ciddi problemlər, məsələn törəmələr (birincili törəmələrdən daha tez-tez rast gəlinən metastatik törəmələr), epidural abses və ya disk sahəsinin infeksiyası kimi hallar zamanı yüksək diqqət tələb olunur.

Sistem xəstəlikləri, o cümlədən poliartrit, böyrək daşı və ya infeksiyası, aortanın anevrizması, sinir/özələ xəstəlikləri və eləcə də müxtəlif metabolik patologiyalar bel ağrısı formasında üzə çıxma bilər. Psixiatrik xəstəliklər (məsələn, isteriya, simulyasiya) və ya somatik pozuntular nadir hallarda ilkin diaqnoz kimi təyin olunur.

Diferensial diaqnoz cədvəl 3-də verilmişdir.

Cədvəl 3. Bel ağrılarının diferensial diaqnozu

Somatik səbəblər	Fəqərə sütunu ox (aksial) mənşəli bel ağrısı	Belə irradiasiya edən ağrılar
<p>Aortanın anevrizması</p> <p>Aortanın aterosklerozu</p> <p>Böyrək infeksiyası</p> <p>Böyrəkdə daş</p> <p>Peritonit</p> <p>Şişlər</p> <p>Yarımkəskin bakterial endokardit</p> <p>Metabolik pozuntular:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Porfiriya ✓ Oraq hüceyrəli anemiya ✓ Renal osteodistrofiya <p>Seronegativ spondiloartrit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ankilozlaşdırıcı artrit ✓ Reyter sindromu ✓ Xoralı kolit zamanı artrit ✓ Psoriatik artrit <p>Digər artritlər:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffuz idiopatik skelet hiperostozisi (DISH) ✓ Şerman epifiziti ✓ Revmatoid artrit-nadir halda <p>Birləşdirici toxuma pozuntuları:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Marfan sindromu ✓ Exler-Danlos sindromu <p>Miopatiya</p> <p>İltihabi radikulopatiya</p> <p>KİDP/XİDP</p>	<p>Təhlükəli yerli səbəblər:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Şiş ✓ Disk sahəsinin infeksiyası ✓ Epidural abses ✓ Sınıqlar <p>Digər səbəblər:</p> <p>Sınıqla müşayiət olunan osteoporoz</p> <p>Spondilolistez:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anadangəlmə ✓ İstmik ✓ Degenerativ ✓ Travmatik ✓ Şişlə bağlı <p>Oma-qalça oynaqının disfunksiyası və artrit</p> <p>Faset oynaq sindromu və artrit</p> <p>Diskin daxili cırılması</p> <p>Beldə uğursuz əməliyyat sindromu</p>	<p>Səbəblər:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disk yırtığı ✓ Spinal stenoz ✓ Araxnoidit <p>Bel ağrısının irradiasiyasını imitasiya edən yerli patologiya:</p> <p>Bud-çanaq oynaqının osteoartriti</p> <p>Bud sümüyü başının aseptik nekrozu</p> <p>Oturaq sinirinin təzyiqlə gərilmə və ya armudvari əzələdə boğulması səbəbindən zədələnməsi</p> <p>Bel nahiyəsində yayılmış tsiklik ağrılar – oturaq sinirinin/oma kələfinin endometriozu</p> <p>Çanaqdaxili şişlər – xoş və ya bədxassəli</p> <p>İncik sinirinin incik sümüyünün başı ilə sıxılması</p>

Fizikal müayinə

Fizikal müayinə aşağıdakı suallara cavab verməlidir:

- ✓ Ağrı spesifik anatomik nahiyədə əmələ gəlirmi?
- ✓ Nevroloji defisit varmı?
- ✓ Təhlükəli somatik patologiyaya dəlalət edən hər hansı diaqnostik əlamət varmı?
- ✓ Xəstədə ağrı təzahürünün həcmi və müvafiqliyi necədir?

Ümumi müayinə bəldə ağrı olan nahiyəni və belin hərəkətlilik dərəcəsini, o cümlədən bükülmə, açılma və yanlara hərəkət dərəcələrini əhatə etməlidir (bax cədvəl 4).

Cədvəl 4. Əzələ qüvvəsinin və reflekslərin qiymətləndirilməsi

Yerləşmə	Əzələ qüvvəsinə aid sınaq	Onurğa beyninin səviyyəsi	Refleks sınaqları	Onurğa beyninin səviyyəsi
Barmaqlar	Pəncənin bükülməsi Pəncənin açılması	S-1 L-5	Axıl Medial dizaltı vətər ^c Dizüstü	S-1 L-5 L-4
Topuq	Pəncənin bükülməsi Pəncənin açılması	S-1 ^a L-4, L-5	Babinski	Motor neyronların funksiyasına aid sınağıdır
Diz	Açılma Bükülmə	L-3,4 L-5, S-1		
Bud-çanaq	Bükülmə Uzaqlaşdırma Daxili rotasiya Yaxınlaşdırma	L-2, 3 L-5, S-1 L-5, S-1 ^b L-3, 4		

^a Topuq oynaqından pəncənin bükülməsi – ayaq üstə olarkən bir ayağı üstə 5 dəfə pəncəyə qalxmaq.

^b Daxili rotasiya – xəstə oturaq vəziyyətdə dizlər bir yerdə, pəncələr aralı, müayinə edən pəncələri birləşdirməyə çalışır.

^c Xəstə oturaq vəziyyətdə, müayinə edən medial dizaltı vətəri palpasiya edir və eyni əlini cəld perkussiya edir. Bu zaman dizaltı əzələnin yığılması hiss edilir.

Məqsədli müayinələrə əzələ gücü, reflekslər və hərəkətin amplitudasının öyrənilməsi daxildir. Əzələ gücü müayinələri onun tam innervasiyasının qiymətləndirilməsi üçün hər bir əzələnin qüvvəsinin ölçülməsini əhatə etməlidir. Xüsusilə çətin hallarda: iki əzələ müxtəlif sinirlərlə, lakin eyni kökcükdən innervasiya olduğu zaman və bütün reflekslərin anormal olduğu halda, həqiqi radikulopatiyanın müəyyən edilməsi daha dəqiq olur. Çox sayda kökcüklərdə nevroloji pozuntular ciddi spinal və ya nevroloji problemlərə işarə edir.

Medial dizaltı vətər refleksi L-5 ilə innervasiya olunur və az hallarda yoxlanılır. Xəstə oturaq və ya uzanıqlı vəziyyətdə, dizlər 90° bükülür, bir əl dizaltı vətərin olduğu yeri palpasiya edir (dizin arxa hissəsi). Digər əldəki diaqnostik çəkcik birinci əlin perkussiyası üçün istifadə edilir. Xəstədə vətərin cüzi aktivləşməsi hiss olunur və dizin bükülməsi müşahidə olunur.

Müəyyən anatomik strukturda ağrının bərpası, zədələnmənin somatik patologiyadan fərqli olaraq, “mexaniki” olmasına dəlalət edir. Bu, spesifik spinal pozuntuya da işarə ola bilər. Belin palpasiyası, həmçinin bükülməsi və açılması, adətən, mexaniki və somatik pozuntuların bir-birindən diferensiasiya edilməsi üçün istifadə olunur.

Müsbət düz ayaq sınağı ağrının dizdən aşağı irradiasiya etməsini nəzərdə tutur. Düz (açıq) ayağın qaldırılması sınağı 90%-dən çox hallarda diskin yırtığı etiologiyalı, klinik qabarıq ifadə olunmuş radikulopatiyanı müəyyən etməyə imkan verir; daha az rast gəlinən yüksək lümbal disk yırtıqları zamanı budun gərilməsi sınağı təxminən 50% hallarda həssasdır.

Müayinəyə, eyni zamanda Qordon Vadelin (Gordon Waddel) “qeyri-üzvi ağrının” beş əlaməti daxil edilməlidir. Beş əlamətdən üçü və ya daha çoxu müşahidə edilirsə, xəstənin ağrı hissiyyatında böyük ehtimalla psixogen komponent mövcuddur:

- ▶ Müayinə zamanı həddindən artıq reaksiya
- ▶ Sınağın simulyasiyası. Aksial təzyiq (başın üstədən basılması) və ya çanağın və çiyinlərin eyni səthdə rotasiyası zamanı ağrının olması sınağın müsbət olmasını göstərir (yəni xəstə simulyasiya edir)

- ▶ Diqqətin yayındırılması ilə sınağın aparılması. Diqqətin yayındırılması ilə oturaq vəziyyətdə düz ayağın qaldırılması sınağı (məsələn, Babinski refleksinin yoxlanılmasını imitasiya edərək oturaq vəziyyətdə dizdə ayağı açın)
- ▶ Səthi, qeyri-anatomik və ya dəyişkən gərginlik. Bel səthində qatlanılmış dəri büküşünün diyirləndirilməsi (sürüşdürülməsi) zamanı ağrının kəskin şəkildə güclənməsi. Gərginlik zonalarını qeydə alın və rəyin təsdiqlənməsi üçün sonra təkrar müayinə edin
- ▶ Qeyri-anatomik motor və ya sensor pozuntular. Hissiyatın itməsinin dermatomalara uyğun olmaması və ya bütün ayaqda hissiyyatın itməsi və ya gücün olmaması və ya əzələ gücü sınağı aparılan zaman aşkar zəiflik göstərilməsi müsbət hesab olunur

İki və daha çox bu əlamətlərdən olması cərrahi proqnozun pis olmasına dəlalət edir, lakin pis bərpa proqnozunu göstərmir. Onları az rast gəlinən simulyasiya üçün spesifik hal kimi interpretasiya etmək düzgün olmazdı. İlk tibb yardımında bunu daha çox xəstənin ağrı şikayətlərinin müvəffəqiyyətli müalicə üçün etibarlı yardımçı olmayacağı və xəstənin əmək qabiliyyətinin itməsinin xronik formaya keçməsinə xəbərdarlıq kimi qəbul etmək lazımdır.

Diaqnostik sınaqlar

Qanın tam ümumi analizi və eritrositlərin çökmə sürətinin təyini bahalı müayinə deyil, lakin BA səbəbləri kimi xərçəng və ya infeksiyaya şübhə olduqda effektivdir. Təhlükə əlamətlərinin olmadığı və ya ağrının, yaxud zəifliyin artması zamanı vizuallaşdıran diaqnostika üsulları simptomların ilk 3-4 həftəsində bir o qədər də informativ deyil. Bəldə ağrı 4-6 həftədən çox olduğu halda əlavə müayinələr tələb oluna bilər. Radikulyar ağrılar (ayaqda ağrı və zəiflik) 4 həftə ərzində dəyişilməz qalırsa, təxirəsalınmadan əlavə müayinələr aparılmalıdır. Yenidən qiymətləndirmə, təhlükə əlamətlərinin təkrar qiymətləndirilməsi və ya BA-nın qeyri-spinal səbəblərinin aşkarlanması məqsədi ilə anamnezin yenidən toplanması və klinik müayinələrin yenidən aparılmasından başlanır.

İnstrumental müayinə

MRT, KT, KT-mioloqrafiya

Kəskin bel ağrıları olan xəstələrə qeyd edilmiş vizuallaşdırma üsullarının tətbiq edilməsinin məqsədi medikamentoz və ya cərrahi müalicə imkanlarının müəyyən edilməsindən ibarətdir. Vizuallaşdırma müayinə üsullarının nəticələri klinik mənzərə və fiziki müayinə məlumatları ilə uyğunlaşmalıdır. MRT 50%-dən çox asimptomatik yaşlı insanlarda onurğa kanalında degenerativ dəyişikliklər və problemlərin olduğunu göstərir; 30 yaşda asimptomatik disk yırtığının rast gəlmə tezliyi təxminən 20% təşkil edir. Vizuallaşdırma müayinə üsullarının nəticələri klinik müayinə üsullarının nəticələri ilə uyğun olmadığı halda bir o qədər əhəmiyyətli olmaya bilər.

Belə müayinələr aşağıda göstərilmiş klinik vəziyyətlərdən biri və ya bir neçəsi olan xəstələrdə mütləq keçirilməlidir: (hamiləlik zamanı KT tövsiyə olunmur, MRT planlaşdırılırsa, radioloqun məsləhəti mütləqdir.)

- ▶ Anamnez, klinik və ya digər müayinələrin nəticələri bel nahiyəsi ilə əlaqəli digər ciddi problemin olduğuna işarə edir, məsələn, at quyruğu sindromu, onurğa sütununun sınığı, infeksiya, şiş və ya digər yayılmış zədələr və ya qüsurlar
- ▶ Bəldə 4 həftədən çox müddət olan irradiasiya edən ağrılar sinir köklərinin sıxılmasının fizioloji sübutları ilə müşayiət olunur və bu əlamətlərin mövcud olması cərrahi müdaxiləni və inyeksiyanı müzakirə etmək üçün kifayətdir
- ▶ Yaşlı xəstələrdə, inyeksiya və cərrahi müdaxilə üçün kifayət qədər ciddi olan klinik simptomlarla müşayiət olunmaqla, anamnezlərində onurğa sütununun stenozuna dəlalət edən keçici axsama və digər əlamətlər olduğu halda

Bəldə kəskin ağrıları olan və cərrahi əməliyyat keçirmiş xəstələrdə kontrastlı MRT disk yırtığı residivini əvvəlki cərrahi əməliyyatla bağlı olan çapıq toxumasından ayırd etmək üçün seçim vizuallaşdırma üsuludur.

EMQ

Radikulopatiya diaqnozu klinik olaraq aydın olduqda EMQ testləri tövsiyə olunmur. Xəstədə 3 aydan çox davam edən ciddi radikulopatiya əlamətləri əmələ gəlməyənədək gizli sinir zədələnmələri zamanı EMQ nəticələri etibarlı olmaya bilər. EMQ neyropatik risk amilləri olan (məsələn, alkoqol və ya diabet) xəstələrdə nevroloji pozuntuların aşkar edilməsi üçün yardımçı ola bilər.

Vizuallaşma metodları ilə birlikdə, aşağı ətrafların və paraspinal əzələlərin EMQ-si aşağıdakı hallarda faydalı ola bilər:

- ▶ 4 həftədən çox müddətdə olan və vizuallaşdırma müayinə üsullarında sinir köklərinin aşkar zədələnməsi ilə müşayiət olunmayan bəldə irradiasiya edən məhdudlaşdırıcı ağrı olan xəstələrdə
- ▶ Vizuallaşdırma üsullarında aşkar edilmiş zədələnmələrin klinik vəziyyətlə üst-üstə düşmədiyi xəstələrdə (EMQ-nin yanlış müsbət nəticəsi ehtimalı kifayət qədər aşağıdır)
- ▶ Vizual müayinədə disk yırtığı əlamətinin olmadığı halda bəldə irradiasiya edən ağrı və nevroloji defisiti olan xəstələrdə bəldə irradiasiya edən ağrı səbəbinə dəlalət edə biləcək neyropatiyaların, radikulitin və fokal zədələnmələrin qiymətləndirilməsi məqsədi ilə
- ▶ MRT-də bir neçə səviyyədə patologiya tapılarkən və fiziki müayinələrin bunlardan hansının daha çox klinik əhəmiyyət kəsb etməsini təyin edə bilmədikdə

Rentgenoqrafiya

Təhlükə əlamətləri olmadığı və ya klinik müayinələr ciddi problemə işarə etmədiyi hallarda 4-6 həftə ərzində bəldə kəskin ağrıdan əziyyət çəkən xəstələrdə rentgenoqrafiya olunması tövsiyə edilmir.

Bəldə kəskin ağrı olan xəstələrdə sınıqların istisna edilməsi məqsədi ilə adi rentgenoqrafiya aparılması aşağıdakı təhlükə əlamətləri olduğu zaman tövsiyə olunur:

- ✓ yaxın zamanda ciddi travma (hər yaşda)
- ✓ yaxın zamanda cüzi travma (yaşı 50-dən çox olan xəstələrdə)
- ✓ anamnezdə steroidlərin uzunmüddətli qəbulu

- ✓ osteoporoz
- ✓ yaşın 70-dən çox olması.

EÇS və qanın ümumi analizi ilə birlikdə adi rentgenoqrafiya aşağıdakı təhlükə əlamətləri olan xəstələrdə törəmənin və infeksiyasının istisna edilməsi üçün faydalı ola bilər:

- ✓ bundan əvvəl uzunmüddətli steroid qəbulu
- ✓ gecələr və ya yuxu zamanı pisləşən bel ağrıları
- ✓ çəkinin izahı olmayan azalması.

Təhlükə əlamətləri olduğu halda, xüsusilə törəmə və ya infeksiyaya şübhə olunduqda, sümüklərin skanlaşdırılması, KT və ya MRT kimi digər vizuallaşdırma üsullarının istifadə edilməsi, adi rentgenoqrafiya heç bir dəyişikliyin olmadığını göstərsə belə, faydalı ola bilər. Spinal degenerativ dəyişikliklərin, skoliozun, spondilolistezin və ya anadangəlmə anomaliyaların skrinqi məqsədi ilə bel nahiyəsinin rentgenoqrafiyası nadir halda faydalı klinik məlumat verir. Hamiləlik zamanı rentgenoqrafiyadan çəkinmək lazımdır.

Sümüklərin skanlaşdırılması

Kəskin ağrılar zamanı sümüklərin skanlaşdırılması təhlükə əlamətləri əsasında törəmə, infeksiya və ya gizli sınığın olmasına şübhə edildikdə tövsiyə olunur. Hamiləlik zamanı sümüklərin skanlaşdırılması əks göstərişdir.

Kəskin və xronik ağrının proqnozu

İrradiasiya etməyən bel ağrısı olan xəstələrin böyük əksəriyyətində 6 həftə ərzində ağrılar keçir. İrradiasiya edən bütün xəstələrin yarısı həmin dövrdə özbaşına sağalır. Vaxt uzandıqca proqnoz pisləşir: xəstələrin kiçik bir hissəsi təxminən 3 ay müddətinə əmək qabiliyyətini itirmiş olur və onların 50%-dən azının bərpa olunmaq şansı olur; təxminən bir il işləyə bilməyənlərin yalnız 10%-də müalicə almadıqda tam bərpa olunma şansı olur.

Beldə kəskin ağrılar diaqnozlu xəstələrə yanaşma

- ▶ **İlk gəliş**
 - ✓ Ətraflı anamnez toplamaq, ümumi müayinə, zəruri ilkin fizikal müayinələr aparmaq
 - ✓ Ciddi xəstəliyə, o cümlədən psixoloji və sosial risklərə, əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsinə işarə edən təhlükə əlamətlərinə görə qiymətləndirmənin aparılması. Adətən diaqnostik müayinələr tələb olunmur (C)
 - ✓ Xəstəyə müsbət proqnoz barədə məlumatın verilməsi (B)
 - ✓ Müalicə ilə bağlı tövsiyələrə daxildir: buz (D), QSIƏD (A) və gündəlik fəaliyyətə qayıdış – yataqda dincəlmə tövsiyə olunmur (A) (Artıq SOQ-2 inhibitorları ənənəvi QSIƏD-dən daha effektiv sayılmır və təyinatı üzrə işlənməlidir) (A)
 - ✓ İşə və ya gündəlik həyat rejiminə qayıtmazdan əvvəl diqqətli klinik müşahidə (D)
- ▶ **İlk 2 həftə (kəskin dövr)**. Əmək qabiliyyətinin itirilməsi davam edirsə, fizioterapevtin məsləhəti haqda düşünün (A) (xüsusilə işə qayıtmaqla bağlı psixososial risklər olduğu hallarda)
- ▶ **Radikulyar ağrılar zamanı 2-4 həftəlik dövr**. yaxşılaşma baş vermədiyi zaman MRT (B) və ya KT etmək lazımdır. Məlumat yetərli olmadığı halda EMQ edin. Patologiya təyin edildiyi halda təcili olaraq fizioterapevtin, nevropatoloqun və ya cərrahın konsultasiyası təşkil olunmalıdır (A). Patologiya təyin edilmədiyi halda xəstəni fizioterapevtə və ya nevropatoloqa göndərin (D)
- ▶ **6 həftəlik dövr (yarım-kəskin dövr)**. Əmək qabiliyyəti məhdudlaşdırılmayıbsa, bərpa proqramı məsələsinin müzakirə edilməsi üçün fizioterapevtə və ya nevropatoloqa göndəriş tələb olunur (A)
- ▶ **Təxminən 12 həftəlik dövr (xroniki)**. Həyatda və ya işdə əmək qabiliyyətinin itirilməsi hələ də davam edirsə, kompleks bərpa proqramı üçün mütləq fizioterapevtə və ya nevropatoloqa göndəriş tələb olunur.

Müxtəlif müalicə üsulları

İsti və soyuq*. Xəstələrin özləri tərəfindən qoyulan buz (nəm dəsmala bükülmüş plastik paketlərdə və 20 dəqiqəlik qoyulan) ağrını müvəqqəti azaldır və iltihab əleyhinə təsirə malikdir. İsti (isti dəsmal, duş və ya isti paket formasında) və yayındırıcı terapiya xəstənin fikrini ağrıdan yayındırır və əzələlərə boşaldıcı təsir göstərə bilər.

Spinal manipulyasiyalar. Bəldə aparılan manipulyasiyalar (manual terapevtlər, həkim-osteopatlar və ya xüsusi təlim almış fizioterapevtlər tərəfindən aparılan) nəzarət edilən randomizasiya olunmuş tədqiqatların nəticəsinə əsasən ağrı simptomlarını yüngülləşdirir (**B**). Yüngülləşmə tez baş verdiyinə görə xəstələrin razılığı kifayət qədər yüksəkdir, lakin bu xəstənin tam sağalmasına gətirib çıxarmır.

Məşğələlər

Xüsusi gimnastika – xəstələr üçün fərdi məşğələlərin seçilməsi.

MakKenzi məşğələsi* – adətən gövdənin ekstensiyası hərəkətlərindən ibarət olan, “ağrının mərkəzləşdirilməsi” üçün uyğunlaşdırılan xüsusi məşğələlər proqramı - irradiasiya olunan kəskin BA-nın azaldılması üçün effektiv ola bilər. Sadə və tədricən artırılan aerob və belin gücləndirilməsi məşğələləri proqramı fiziki passivliklə bağlı zəifliyin qarşısını ala bilər. Belə olan yükün minimuma endirilməsi ilə edilən aerob məşqləri proqramı (gəzinti, velosiped sürmə və ya üzgüçülük) kəskin BA olan əksər xəstələr üçün ilk 2 həftə ərzində başlana bilər. Tədricən müsbət nəticələrə aparan məşğələ yükünün nizamlanmasına dair tövsiyələr, ağrı əmələ gəldiyi zaman məşğələlərin dayandırılmasına dair şifahi məlumatdan daha effektivdir.

Digər müalicə növlərinin effektivliyi. Digər daha mürəkkəb müalicə növləri, məsələn ultrasəs, diatermiya, fonoforez və ya

* diaqnoz təsdiq ediləndən sonra

* Bu üsullar hal-hazırda Azərbaycanda tətbiq edilmir, lakin dünya praktikasında bu üsullardan geniş istifadə olunur.

ionoforez, dəridən elektrostimullaşdırma (TENS) və s. effektivliyi sübut olunmayıb (**B**). Müalicəyə əlavə edildiyi zaman onlar yalnız xərcləri əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

Xüsusi hazırlanmış dabanlıqlar sərt səthlərdə uzun müddət ayaq üstə duran işçilər üçün ayağa düşən yükün azaldılması üçün faydalıdır. Bel korsetləri və ya kəmərlər dəstəkləyici təsirə malik deyil və ədəbiyyata əsasən effektiv müalicə vasitələri deyil. Traksiya (dartma) aydın terapevtik təsirə malik deyil.

Aktivliyin məhdudlaşdırılması. Kəskin BA zamanı yataq rejiminin effektiv terapiya vasitəsi olmadığı barədə əsaslı dəlillər mövcuddur. Gündəlik adi fəallığın saxlanması bərpaya daha güclü dəstək verir. Lakin bəzi hallarda ağrıların xarakterini və xəstənin işinin təbiətini nəzərə alaraq fəallığın müəyyən dərəcədə məhdudlaşdırılması faydalı olur. Ağrının obyektiv qiymətləndirilən əlamət və həkimin xəstənin peşəsi üzrə mütəxəssis olmaması nəzərə alınaraq, fəallığın fərdi qaydada məhdudlaşdırılması haqqında qərar, xəstənin yuxarıda qeyd edilmiş amillər barəsində biliklərinin nəzərə alınması ilə qəbul edilməlidir.

Uzun müddət işdən kənarlaşma əmək qabiliyyətinin uzunmüddətli itirilməsi riski ilə birbaşa əlaqəlidir. Buna görə bütün tədbirlər fəallığın məhdudlaşdırılmasının minimallaşdırılmasına yönəlməlidir. Məhdudlaşma yalnız müəyyən dövr olmalıdır.

Dərman vasitələri ilə müalicə. Cədvəl 8-də adətən istifadə olunan dərman vasitələrinin siyahısı göstərilib. Bəzi dərman vasitələri kəskin bel ağrısından yaranan diskomfortu azaltmaq məqsədilə istifadə olunur. Göstərilən dərman vasitələrinin heç biri əlilliyin azalmasına və ya xəstəliyin təbii gedişatına təsir göstərmir.

Xüsusi hallar

Beldə təkrarlanan ağrılar

Anamnezində heç olmasa bir dəfə bel ağrısı olan əksər xəstələrdə il ərzində residiv müşahidə olunur. Onlar əsasən təbiətinə görə əvvəlkinə oxşadığı və o qədər də intensiv olmadığı üçün qabaqkı müalicə təkrarlana bilər. Uzunmüddətli residiv epizodlarında əlavə müayinələr, müalicə üsulları və mütəxəssisin məsləhəti tələb oluna bilər.

Hamiləlik və bel ağrıları

Hamilə qadınların təxminən 50%-i ciddi bel ağrısından şikayətlənir. Bu şikayətlər böyük ehtimalla bütün hamiləlik boyu artacaqdır. Bel ağrılarının əmələ gəlməsi riski doğuşdan sonra artır. Beldə irradiasiya edən ağrıların ehtimal olunan səbəblərinə aşağıdakılar daxildir:

- ✓ oma-çanaq oynaqının zəifləməsi
- ✓ əzələ zəifliyi
- ✓ disk yırtığı
- ✓ oturma sinirinin və ya bel kələfinin uşaqlıq tərəfindən basılması.

İstifadə olunacaq dərmanların sayı məhduddur və onlarda hamilələr üçün əks-göstərişlər olmamalıdır. Hamiləlik dövründə MRT-nin aparılması planlaşdırıldığı halda radioloqun konsultasiyası mütləqdir.

Bel ağrısı olan hamilə qadınlar ağrını yüngülləşdirmək məqsədi ilə mamalıq yardımı mütəxəssisləri ilə müxtəlif pozaları, müalicə strategiyalarını və üsullarını müzakirə edə bilərlər. Buraya nevropatoloqun konsultasiyası və xəstəxanaya göndəriş daxil ola bilər. Diaqnostik müayinə kimi, tələb olunduqda, MRT və ya EMQ istifadə edilə bilər.

**Hamiləlik zamanı rentgenoqrafiya və KT
əks-göstərişdir!**

Profilaktika

Effektiv olması ehtimal olunan profilaktik tədbirlərə aiddir:

- ▶ fiziki fəallıq (D)
- ▶ beli açan əzələlərin gücləndirilməsi (C)

- ▶ siqaret çəkməkdən imtina nəticələmə təsir edir (C)
- ▶ psixososial problemlər aradan qaldırılmalıdır (C)
- ▶ işindən məmnun olma aspektlərinə önəm verilməlidir (C)
- ▶ ümumi aerob və gücləndirici məşğələlər
- ▶ ağırlıq qaldırma və ayaq üstə durmağa aid adekvat vərdişlər nəticələmə təsir edir (C)
- ▶ əmək fəaliyyəti/iş vərdişlərinin və iş yerinin modifikasiyası
- ▶ istehsalat travmalarının profilaktikası məqsədi ilə belin immobilizasiyası vasitələri effektiv deyil (A)

Yaşlı qadınlarda və osteoporoz riski olan insanlarda gövdənin ekstenziyası (açılması) məşqləri profilaktik faydalıdır, lakin eyni zamanda belin fleksiyası (bükülməsi) məşqləri osteoporoz etiologiyalı sınıqlar riskini artırır. Bel kəmərləri kimi ortopedik vasitələrin bel zədələnmələrinin qarşısının alınmasında effektivliyi sübut olunmayıb.

Xəstənin maarifləndirilməsi

Həkim tərəfindən xəstənin öyrədilməsinin patoloji prosesə müsbət təsiri var. BA səbəblərinə dair xəstə ilə həkim arasında səmimi və sıx əlaqələrin olmaması və ya çatışmazlığı müalicəni ləngidir və razı qalmamaq hallarının ehtimalını artırır.

Bel ağrıları olan xəstələrə anamnezə əsasən proqnoz və bərpa müddəti, simptomların residivləri haqda; aktivliyin dəyişdirilməsinin təhlükəsiz və mümkün olan formaları; bel problemləri residivlərinin azaldılmasının ən yaxşı üsulları; təhlükə əlamətləri olmadığı hallarda əlavə müayinələrin keçirilməsinə ehtiyacın olmaması; istifadə olunan diaqnostika üsullarının effektivliyi, riskləri və simptomların saxlanması halında əlavə müalicə tədbirlərinin nəzərdən keçirilməsi barədə dəqiq məlumatın verilməsi tövsiyə olunur (B).

Həkim sübut olunmuş məlumatlar əsasında xəstəyə mümkün müalicələr və özünəyardım üsulları barədə məlumat verməlidir. Eyni zamanda, xəstələrə fiziki aktivliyin saxlanılmasını tövsiyə etmək lazımdır (B).

Xəstələr üçün məlumat.

Belin irradiasiya edən və etməyən ağrıları zamanı xəstə üçün vacib olan məlumat cədvəl 6 və 7-də qeyd edilmişdir.

Cədvəl 5. BA: müalicə və davamlı nəzarət

İlk gəliş

Diaqnostik müayinələr: adətən aparılmır.

► **Qeyri-medikamentoz müalicə:**

Buz. Buzu (1 dəfədə 20 dəqiqə) ağırlı yera lazımı qədər qoymaq (D).

Dartılma. Tədricən dartılma ağrı hissini azaltmağa kömək edir (D).

Dərman vasitələri (bax: cədvəl 8):

► **Vaxt amilindən istifadə edin.** Çox zəif ağrı istisna olmaqla, resepti ağrı mövcudluğu əsasında deyil, vaxt çərçivəsi əsasında yazın (gündə neçə dəfə) (A).

► **Dərman vasitələrin strategiyası.**

Müalicə zamanı istifadə olunan güclü dərman vasitələri ağrının ağırlığından asılıdır (artmaq qaydası ilə):

1. **Parasetamol.** Kəskin BA-da öyrənilməyib, ağrıkəsicisi təsiri əzələ-skelet patologiyalarda var, kənar təsiri azdır (D)
2. **QSIƏD-lər.** BA-nın müalicəsində effektiv olduğu sübut olunub (A). SOG-2 inhibitorları ənənəvi QSIƏD-dən daha güclü deyil. Onların qısamüddətli təyini fəsad yaratmasa da, uzunmüddətli qəbul edilməsinə bir çox xəstənin mədə-bağırsaq sistemi dözümlü deyil (A) və eyni zamanda infarkt riskini artırır bilər (B).
3. **Əzələ relaksantları.** Plasebodan daha effektiv olsa da, QSIƏD-dən effektiv olması təyin edilməmişdir (A).

► **Fəaliyyətin məhdudlaşdırılması:**

- ✓ **Yataq rejimi.** Yataq rejimindən çəkinin (A).
- ✓ **İşlə bağlı məhdudiyətlər.** Xəstələr adətən işə çıxıqla bağlı məhdudlaşdırılmamalıdır (D).
- ✓ **Ümumi fəaliyyət.** Adi həyat tərzinə qayıdın. Bəzi hallarda uzunmüddətli səfərlərdən, ağırlıq qaldırmadan, uzunmüddətli oturmada və gövdədə təkrar fırlanma/burulma hərəkətlərindən çəkinmək faydalıdır (D).

Nəzarət gəlişləri

(Əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsi riskli xəstə) (D):

► **Cədvəl:**

əgər işdən qalırsa: 2-3 gün ərzində müşahidə edin, sonra həftədə bir dəfə orta dərəcəli ağrı/məhdudiyətlər zamanı: həftədə bir dəfə müşahidə etmək ağrı keçibsə, məhdudiyətlər yoxdursa: ayda 1 dəfə müşahidə etmək.

► **İlkin aktiv müdaxilə** 6 həftədən sonra əmək qabiliyyətinin xroniki itirilməsi riski varsa, **mütləq bel problemləri ilə məşğul olan reabilitasiya mütəxəssisinə göndərin.**

► **Sonrakı profilaktika.** Ağrı epizodu keçdikdən sonra gələcək məhdudiyətlərin qarşısının alınmasını müzakirə edin.

Sonrakı gəlişlər

► **Anamnez və fiziki müayinə:**

Anamnez və fiziki müayinəni təkrarlayın. Diaqnoza dair fikriniz dəyişibsə, diaqnostika alqoritmində (Əlavəyə bax) göstərilən ardıcılıqla gedin.

► **Ümumi müalicə:**

- ✓ **Ağrı keçirsə:** Dərmanları azaldın, aktivliyi artırın
- ✓ **Ağrı artırsa:** Dərmanları azaldın/əlavə edin, məhdudiyətləri artırın
- ✓ **Fizioterapiya.** 1-2 həftə ərzində (A) heç bir yaxşılaşma yoxdursa, manual terapiya (onurğa manipulyasiyaları) haqda fikirləşin.
- **Əgər risk varsa: Əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsinin profilaktikası (A)** (Cədvəl 3)
 - ✓ Xəstənin maarifləndirilməsi (A)
 - ✓ Məhdudiyətləri minimuma endirin

<p>► Xəstənin maarifləndirilməsi (C) (aşağıda göstərilənlərin xülasəsi):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Epidemiologiya. Bəldə ağrı insanların əksəriyyətində əmələ gəlir. Narahatçılıq yaratsa da, əlilliyə (əmək qabiliyyətinin itirilməsinə) nadir hallarda səbəb olur. ✓ Diaqnoz. Sınırların zədələnməsi və digər təhlükəli xəstəliklərin əlamətləri yoxdur. Əzələ və vətər problemləri zamanı diaqnostik testlər, adətən, nadir hallarda yardım edir. ✓ Proqnoz. Proqnoz, adətən, müalicədən asılı olmayaraq yaxşıdır. Təkrar epizodlar, adətən, həmişə keçib-gedir. ✓ Fəallıq. Fəal qalın, əzələləri qıcolmalardan qoruyun. ✓ Qeyri-medikamentoz müalicə. İsrar edin. ✓ Dərman vasitələri. Riskləri və yanaşı təsirləri nəzərə alın. ✓ Xəbərdarlıq. Zəiflik, həssaslığın itməsi, nəcis və sidiyi saxlaya bilməmə baş verdiyi zaman təxirəsalınmaz tibbi yardım üçün müraciət edin (bütün əlamətlər az baş verir). - <i>Əgər risk varsa: əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsinin profilaktikası (A) (Cədvəl 3)</i> ✓ Maneələri təyin edin. Xəstə ilə sağalma ilə bağlı bütün maneələri və onların aradan qaldırılması yollarını müzakirə edin. ✓ Xəstəni mümkün qədər işdən qalmaqdan çəkindirin. ✓ Məhdudiyətləri minimallaşdırın. Xəstə və ola bilsin ki, müdiriyyətlə xəstənin iş yükü və alternativ iş imkanları barədə konsultasiya edilməsi yolu ilə bütün məhdudiyətləri minimallaşdırın. Məhdudiyətlər təyin olunubsa, onların qısamüddətli olmasına çalışın (yəni, 2 həftə ərzində 10 kq-dan artıq yük qaldırmamaq, sonra əvvəlki rejimə qayıtmaq). Həkimə təkrar gəlişin tarixini müəyyən edin. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 6 həftədən sonra bel problemləri ilə məşğul olan reabilitasiya proqramına göndərin. ► Nəzarət: İlk gəlişdə olanlar və üstəgəl: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 həftə: Klinik yaxşılaşma yoxdur və beyinin sərt qişasına təzyiqlə əlamətləri (düz ayağın qaldırılması və ya üzü üstə uzanarkən düz ayağın qaldırılması) müsbət müşahidə olunursa, fizioterapevtə və ya nevropatoloqa göndəriş haqqında düşünün (D). ✓ 6 həftə və məhdudiyətlər var: Qeyri-cərrahi profilli onurğa mütəxəssisinə göndərməyi fikirləşin (A). ✓ 12 həftə və məhdudiyətlər var: Bel problemləri ilə məşğul olan reabilitasiya proqramı əsasında məsləhətləşmə.
--	--

Cədvəl 6. BA zamanı istifadə olunan dərmanlar

Sinif	QSiƏD	Oral qəbul edilən orta doza (mq)	Yanaşı təsirlər
Propriion turşusu	İbuprofen	600 x gündə 4 dəfə	Aseptik meningit
		800 x gündə 3 dəfə	
	Fenoprofen*	600 x gündə 3 dəfə	
	Flurbiprofen*	100 x gündə 3 dəfə	
	Ketoprofen	100 x gündə 3 dəfə	
	Naproksen	500 x gündə 2 dəfə	Böyrək xəstəliklərində istifadəsindən çəkinmək
	Oksaprozin*	1200 hər səhər	
Karbol turşusu	Aspirin	1000 x gündə 3 dəfə	Qulaqda küy
	Salsalat*	1500 x gündə 2 dəfə	Qlikemik indeksin aşağı düşməsi/ böyrək riski
	Xolin maqnezium trisalisilat*	1500 x gündə 2 dəfə	Qlikemik indeksin aşağı düşməsi/ böyrək riski
	Diflunisal*	500 x gündə 2 dəfə	Qlikemik indeksin aşağı düşməsi/ böyrək riski
Asetat turşusu törəmələri	Diklofenak**	75 x gündə 2 dəfə	Qaraciyər xəstəliklərində artmış risk
	Etodolak	300 x gündə 2 dəfə	Qlikemik indeksin aşağı düşməsi
	İndometasin	50 x gündə 3 dəfə	Baş ağrısı riski. Böyrək xəstəliklərində istifadəsindən çəkinmək

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatdan keçməmiş dərman vasitələri

** Diklofenak istifadəsinin xüsusən ilk ayında hepatotoksiklik müşahidə olunur. Həkimlər bunu nəzərə almalı və müalicənin ilk 4 həftəsində qanda transaminazaların səviyyəsini nəzarətdə saxlamalıdır.

	Sulindak*	200 x gündə 2 dəfə	Böyrək xəstəliklərində istifadəsi məqsədəuyğundur
	Tolmetin*	400 x gündə 3 dəfə	
	Ketorolak	10 x gündə 4 dəfə	
Enol turşusu törəmələri	Fenilbutazon*	200 x gündə 3 dəfə	Qaraciyər xəstəlikləri
	Piroksikam*	20 gündəlik	
	Meloksikam	7,5-15 gündəlik	
Fenam turşusu törəmələri	Meklofenamat*	50 x gündə 4 dəfə	
Naftilkanonlar	Nabumeton*	1000 x gündəlik	Zəif mədə qıcıqlanması (Etodolakla müqayisə oluna bilər)
“Əzələ relaksantları”	Siklobenzaprin*	10 x gündə 3 dəfə	Antixolinergik təsir
	Karisprodol*	350 x gündə 4 dəfə	Yuxululuq
	Baklofen	10 x gündə 4 dəfə	Yuxululuq
	Diazepam	10 yatmadan əvvəl	Yuxululuq
SOG-2 inhibitorları	Selekoksib	200 gündəlik	Yuxululuq, depressiya, asılılıq

Qeyd: Diklofenak istifadəsinin xüsusən ilk ayında hepatotoksiklik müşahidə olunur. Həkimlər bunu nəzərə almalı və müalicənin ilk 4 həftəsində qanda transaminazaların səviyyəsini nəzarətdə saxlamalıdır.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatdan keçməmiş dərman vasitələri (Fenilbutazonun yalnız məlhəm və Piroksikamın yalnız gel formaları dövlət qeydiyyatdan keçib).

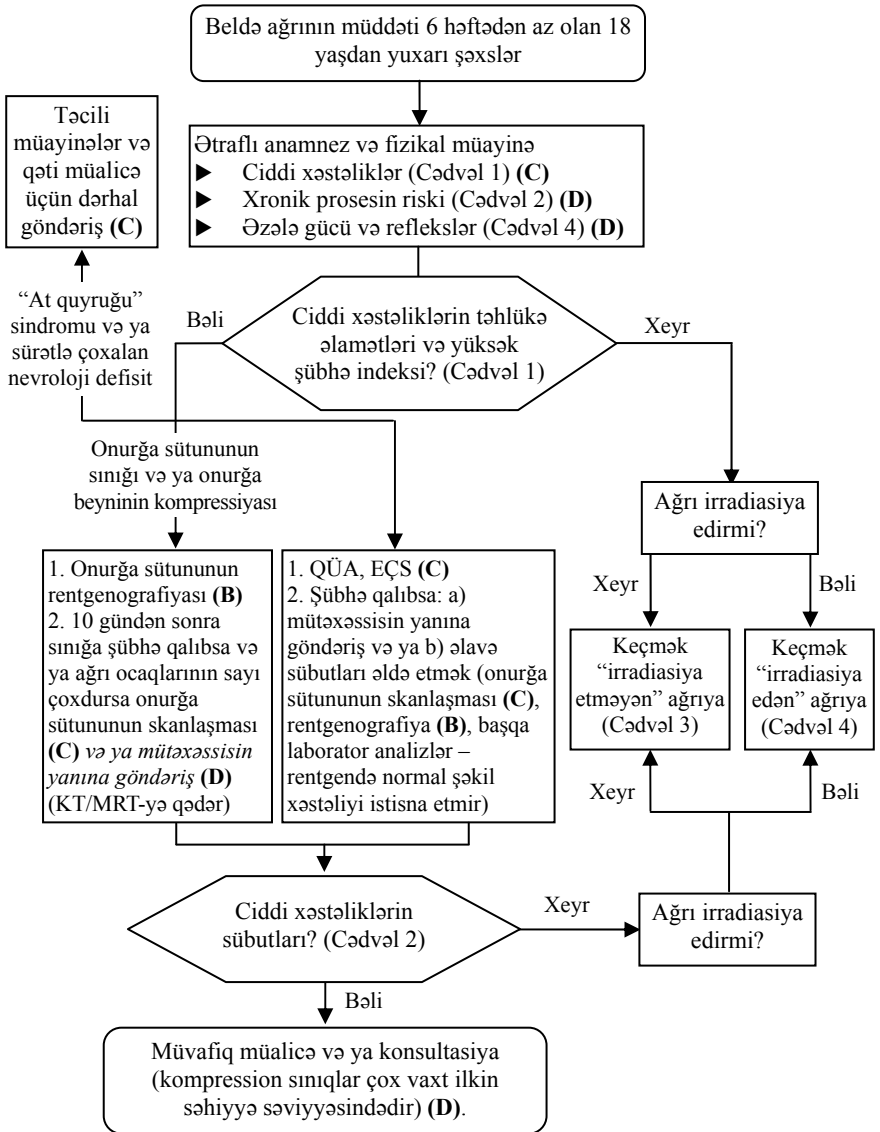
Cədvəl 7. SOG-2 inhibitorlarının təyinatında ehtiyatlılıq tədbirlərinin meyarları

Xəstə:

1. Anamnezdə yüksək qlikemik indeks qanaxması var
2. Uzun müddət yüksək dozada sistem kortikosteroidlər qəbul edir
3. Qanaxma verən xəstəlikləri var
4. Antikoaqulyantlar alır
5. QSİƏD-yə qarşı dəqiqləşdirilmiş dözülməzlik var
6. Yaşlı xəstələr müxtəlif yanaşı patologiyalarla

Qeyd: Aşkar ürək xəstəlikləri olanlara SOG-2 preparatları təyin etməyin. Koronar ürək xəstəlikləri üçün çoxsaylı risk amilləri olarkən son dərəcə ehtiyatlılıq tələb olunur.

Diaqnostika algoritmi



Ədəbiyyat:

1. Acute Low Back Pain: Guidelines for Clinical Care / University of Michigan Health System. – 2010 Jan. - 14 p.
2. Burton A, et al. Chapter 2 - European guidelines for prevention in low back pain // European Spine Journal. – 2006. - 15 (Suppl 2). - p 136-168. – available:
http://www.backpaineurope.org/web/files/WG3_Guidelines.pdf (11.06.2013)
3. Chou R, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society / Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians and the American College of Physicians/American Pain Society Low Back Pain // Ann Intern Med. – 2007. - 147 (7). - p 478-491. – available:
<http://annals.org/article.aspx?articleid=736814> (11.06.2013)
4. Chou R, Huffman L. H. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline // Ann Intern Med. – 2007. - 147 (7). - p 492-504. – available:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17909210> (11.06.2013)
5. Chou R, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis // Lancet. – 2009. – 373. – p 463-472. – available:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19200918> (11.06.2013)
6. Henschke N, Maher C.G, Refshauge K.M. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain // J Clin Epidemiol. – 2008 Feb. – 61 (2). - p 110-118. – available:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177783> (11.06.2013)
7. Last A.R, Hulbert K. Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management / Racine Family Medicine Residency Program, Medical College of Wisconsin, Racine, Wisconsin // Am Fam Physician. – 2009 Jun 15. – 79 (12). – p 1067-1074. – available:
<http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html> (11.06.2013)

8. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain: NICE clinical guideline 88/ National Institute for Health and Clinical Excellence. – Manchester, 2009. – 30 p. – available:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf> (11.06.2013).
9. Van Tulder M, et al. Chapter 3 - European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // European Spine Journal. – 2006. - 15. – p 169-191.