Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 14 noyabr 2022-ci il tarixli 17 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

BEL NAHİYƏSİNDƏ KƏSKİN AĞRILARIN DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

Bakı – 2022

617.546:616.8-07
B 42

B 42 Bel nahiyəsində kəskin ağrıların differensial diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B.: 2022. – 40 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 21 iyun 2013-cu il tarixli 22 saylı qərarı ilə təsdiq edilmiş "Bel nahiyəsində kəskin ağrıların differensial diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol"un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Sədaqət Hüseynova	Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutu, tibb elmləri doktoru, professor
Pərviz Axundov	Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutu, Stasionar Tibbi Reabilitasiya şöbəsinin müdiri
Sevda Qaziyeva	İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçi:

Rəna Şirəliyeva	Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Nevrologiya və kliniki neyrofiziologiya kafedrasının müdiri, tibb elmləri doktoru, professor, əməkdar elm xadimi

İxtisarların siyahısı

BA	Bel nahiyəsində 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
KDT	Koqnitiv-davranış terapiyası
KİDP	Kəskin iltihabi demielizəedici polineyropatiya
KT	Kompüter tomoqrafiyası
QSİƏD	Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərman vasitəsi
QÜA	Qanın ümumi analizi
MRT	Maqnit-rezonans tomoqrafiyası
MRŞ	Maqnit-rezonans şəkli
RKT	Randomizə edilmiş klinik tədqiqatlar
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 davametmə müddəti 6 həftədən az olan 18 yaşdan yuxarı şəxslər.

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

Umumi müddəalar

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

Daxiledilmə meyarları:

1. 18 yaş və yuxarı pasiyentlər;
2. Aşağı hüdudu dizin üzəri olan, somatik yansıyan ağrı/qeyri-radikulyar ağrı tərzində BA olan pasiyentlər.

Xaricedilmə meyarları:

1. Yaşı18-dən aşağı olan pasiyentlər
2. Aşağıda qeyd edilən səbəblərdən bel ağrısı:
    - ✓ Şişlər
    - ✓ İnfeksiyalar
    - ✓ Metabolik xəstəliklər
    - ✓ İltihabi artritlər
    - ✓ Sınıq
3. Spondilolistez, spondilyoz və skolioz daxil olmaqla deformasiyaedici xəstəlik diaqnozu qoyulmuş pasiyentlər
4. Dizdən aşağıda olan ağrılar
5. Ekstraspinal vəziyyətlər (məsələn, visseral, damar, sidik-cinsiyyət)
6. Daha əvvəl onurğanın bel şöbəsində cərrahi əməliyyat keçirmiş pasiyentlər
7. Nevroloji defisitin mövcüdluğu
8. Yayılmış çoxbölgəli ağrı ilə əlaqəli bel ağrısı (>2 bölgə)
9. Hamiləlik

Epidemiologiya

Bel ağrılarına klinik praktikada tez-tez təsadüf olunur. Əhalinin 80 %-i həyatında ən azı bir dəfə bel nahiyəsində məhdudlaşdırıcı ağrı epizodu ilə qarşılaşır. BA-nın böyük qrupunu (80 %-dən çox) beldə qeyri-spesifik ağrısı olan pasiyentlər təşkil edilər. Bir qayda olaraq, qeyri-spesifik bel ağrısı diaqnozu ağrının dəqiq mənbəyini və ya müəyyənləşmiş patoqnomonik səbəbini tapmaq mümkün olmadıqda qoyulur.

Ümumilikdə bel ağrıları, siqaretçəkmə, piylənmə, azhərəkətli həyat tərzi və aşağı sosial-iqtisadi statusla (aşağı həyat keyfiyyəti və resursların məhdudluğu) əlaqəlidir.

Epizodların 90 %-i müalicədən asılı olmayaraq 6 həftə ərzində özbaşına keçir. Eyni zamanda, bir qisim xəstələrdə xronik ağrılar və əmək qabiliyyətinin itməsi baş verir. Məhdudiyyətləri 1 ildən çox olan bütün xəstələr 90 % halda intensiv müalicə almadıqda əmək qabiliyyətini itirirlər.

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 edilir.

Davametmə müddətinə görə bel ağrılarının təsnifatı:

- **Kəskin BA:** davam etmə müddəti 6 həftədən az olan bel ağrıları
- **Yarımkəskin BA:** 6 həftədən çox, lakin 12 həftədən az davam edən bel ağrıları
- **Xronik BA:** 12 həftədən çox müddətdə davam edən bel ağrıları;
- **Qayıdan (residiv verən) BA:** İlin yarısından az müddətdə çoxsaylı epizodlarla özünü büruzə verən bel ağrıları

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

M54.5 Belin aşağı hissəsində ağrı
Bel ağrısı
Belin aşağı hissəsində gərginlik
Lümbaqo

DİAQNOSTİKA

(Diaqnostika alqoritmi-nə bax)

Anamnez. Anamnezin toplanması aşağıdakı sualları cavablandırmalıdır:

- ✓ 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 dəyişilməsini tələb edən sosial amillər varmı?

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

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

Cədvəl 1. Dərhal və təcili qiymətləndirmə tələb edən **qırmızı bayraqlar**

Mümkün diaqnozlar	**Qırmızı bayraq əlamətləri**
At quyruğu sindromu	• Yəhərvari anesteziya • Çoxsəviyyəli motor defisit • Sidik kisəsi və bağırsaq disfunksiyası

Əhəmiyyətli və ya proqressiv nevroloji defisit	• Proqressiv motor zəiflik • Güclü, fəaliyyətsizliyə səbəb olan bel və ya ayaq ağrısı (məs., hospitalizasiya tələb edən, yerişə mane olan və ya günlük aktivliyi əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşdıran)
Xərçəng	• Anamnezdə xərçəng olanlarda yeni başlayan bel ağrısı • Səbəbsiz çəki itkisi
Vertebral infeksiya	• Qızdırma • Venadaxili narkotik istifadəsi • Yeni infeksiya
Onurğanın kompression sınığı və ya kəskin zədələnmə nəticəsində sınıq	• Anamnezdə osteoporoz • Kortikosteroidlərin istifadəsi • Ahıl yaş
İltihabi bel ağrısı	• Yaşı 40-dan az olan pasiyentlərdə 30 dəqiqədən çox davam edən tutqunluğu (xüsusən ayağa səhər qalxanda)

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

Cədvəl 2. **Ağrıların xronik hala keçməsinin risk amilləri**

Klinik amillər: ✓ Bel nahiyəsində əvvəlki ağrı epizodlarının olması; ✓ Əvvəlki çoxsaylı sümük-əzələ şikayətləri; ✓ Psixiatrik anamnez; ✓ Alkoqol, narkotik qəbulu, tütünçəkmə. **Ağrılara aid anamnez:** ✓ Ağrının güclü olması; ✓ 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 ✓ Problemli ailə üzvünə qayğı məsuliyyətinin olması ✓ Sosial-maddi statusun aşağı olması ✓ Ağır uşaqlıq dövrü (qəddar münasibət, valideynlərin ölümü, sərxoş həyat tərzi, münaqişəli boşanma).

Beldə ağrıları olan xəstələrin əksəriyyətinə dərhal topik diaqnoz qoymaq mümkün olmur.

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

Bel ağrılarında differensial diaqnoz cədvəl 3-də verilmişdir.

Cədvəl 3. **Bel ağrılarının differensial diaqnozu**

Somatik səbəblər	Fəqərə sütununun aksial mənşəli bel ağrısı	Beldən irradiasiya edən ağrılar
Aortanın anevrizması Aortanın aterosklerozu Böyrək infeksiyası Böyrəkdə daş Peritonit Şişlər Yarımkəskin bakterial endokardit Metabolik pozuntular: ✓ Porfiriya ✓ Oraq hüceyrəli anemiya ✓ Renal osteodistrofiya Seroneqativ spondiloartrit: ✓ Ankilozlaşdırıcı spondilit ✓ Reyter sindromu ✓ Xoralı kolit zamanı artrit ✓ Psoriatik artrit Digər artritlər: ✓ Diffuz idiopatik skelet hiperostozu (DİSH) ✓ Şerman epifiziti ✓ Revmatoid artrit - nadir halda Birləşdirici toxuma pozuntuları: ✓ Marfan sindromu ✓ Ehlers-Danlos sindromu Miopatiya İltihabi radikulopatiya KİDP/XİDP	**Təhlükəli yerli səbəblər:** ✓ Şiş ✓ Disk sahəsinin infeksiyası ✓ Epidural abses ✓ Sınıqlar **Digər səbəblər:** Sınıqla müşayiət olunan osteoporoz Spondilolistez: ✓ Anadangəlmə ✓ İstmik ✓ Degenerativ ✓ Travmatik ✓ Şişlə bağlı Oma-qalça oynağının disfunksiyası və artriti Faset oynaq sindromu və artriti Diskin daxili cırılması Beldə uğursuz əməliyyat sindromu	**Səbəblər:** ✓ Disk yırtığı ✓ Spinal stenoz ✓ Araxnoidit **Bel ağrısının irradiasiyasını imitasiya edən yerli patologiya:** Bud-çanaq oynağının osteoartriti Bud sümüyü başının aseptik nekrozu Oturaq sinirinin təzyiq, gərilmə və ya armudu əzələdə sıxılması səbəbindən zədələnməsi Bel nahiyəsində yayılmış siklik ağrılar, endometrioz Çanaqdaxili şişlər – xoş- və ya bədxassəli İncik sinirinin incik sümüyünün başı ilə sıxılması

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?
- ✓ Bu ağrı tutmalarından əvvəl və indiki zamanda fiziki aktivlik necədir? Ağrını yüngülləşdirən və artıran faktorlar varmı?

Ağrının və funksionallığın qiymətləndirilməsi

Pasiyentin ağrısını və funksionallığını dəyərləndirmək üçün ağrının intensivliyini, onun həyatdan zövq almağa və ümumi aktivliyə təsirini öyrənməyə imkan verən PEG (*en. "P" – "pain", "E" – "enjoyment of life", "G" – "general activity"*) şkalasından istifadə tövsiyə edilir.

"PEG pain" skrininq şkalası

1.Keçən həftə orta hesabla hansı ədəd ağrınızı daha yaxşı təsvir edir?

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yoxdur — Təsəvvür edə bildiyiniz qədər güclü ağrı

2.Keçən həftə boyunca ağrının həyatdan aldığınız zövqə təsirini ən yaxşı hansı ədəd göstərir?

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Təsir etmir — Tamamilə təsir edir

3.Keçən həftə boyunca ağrının ümumi fəaliyyətinizə təsirini ən yaxşı hansı ədəd göstərir?

○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Təsir etmir **Tamamilə təsir edir**

PEG xalını hesablamaq üçün yuxarıda seçilən ədədləri toplayıb, 0-10 arası bir ədəd əldə etmək üçün nəticəni 3-ə bölün. Son PEG göstəricisi müxtəlif xəstələr üçün müxtəlif mənalar ifadə edə bilər. Digər skrininq vasitələri kimi, PEG göstəricisi də zaman içində olan dəyişiklikləri hesablamaq üçün ən yararlısıdır. Müalicə başladıqdan sonra PEG göstəricisi zamanla azalmalıdır.

Bel ağrıları zamanı pasiyentləri qruplaşdırmaq üçün məsləhət görülən vasitələrdən biri də 9 bəndli *"Keele STarT Back Screening Tool*" sorğusu (cədvəl 4) hesab edilə bilər. Sorğunun köməkliyi ilə pasiyentlər aşağı, orta, yüksək mürəkkəblik dərəcəli olmaq üzrə 3 dərəcədə qruplaşdırıla bilər. Mürəkkəblik dərəcəsi xəstəliyin ağırlığı və ya ağrıların xronikləşməsi ilə sinonim deyil – məsələn, nisbətən zəif ifadəli ağrı ilə həyəcan pozuntusu olan pasiyentlər yüksək dərəcəli mürəkkəbliyə daxil oluna bilər, bununla belə, ağrının keçəcəyinə əmin olan güclü ağrısı olan pasiyentlər orta mürəkkəblik dərəcəsində qruplaşdırıla bilər. Bununla yanaşı, mürəkkəblik dərəcələri ən çox aşağıdakılar üçün yararlıdır:

- Klinisist və pasiyent arasında qarşılıqlı anlaşmanın olmasında;
- Gözdən qaçırıla biləcək vəziyyətlərin (məs., depressiya, həyəcan, psixotrop maddələrdən asılılıq) aşkarlanmasında;
- Pasiyentin psixososial ehtiyaclarının müalicə planına daxil edilməsində.

Cədvəl 4. Bel ağrısı olan pasiyentlərin risk qruplarına görə bölünmə sorğusu

Son 2 həftədə	Razı deyiləm 0	Razıyam 1
1. Belimdəki ağrılar ayağıma (ayaqlarıma) yayılır		
2. Boynum və ya çiynimdə bəzən ağrılar olur		
3. Belimdəki ağrılara görə yalnız qısa məsafələri piyada getmişəm		
4. Bel ağrılarına görə adi vaxtla müqayisədə geyinməyim çətinləşib		
5. Mənim vəziyyətimdə olan birinin fiziki aktiv olması təhlükəlidir		
6. Çox vaxt beynimdən narahatedici fikirlər keçir		
7. Hiss edirəm ki, bel ağrılarım dəhşətlidir və heç vaxt yaxşı olmayacaq		
8. Ümumiyyətlə, əvvəllər xoşladığım şeylərdən artıq zövq ala bilmirəm		

9. Ümumilikdə, son 2 həftədə bel ağrıları sizi nə qədər narahat edib?

Heç dərəcə	Bir qədər	Mötədil	Çox	Son
☐	☐	☐	☐	☐
0	0	0	1	1

Sorğu vasitəsilə balların hesablanması zamanı 2 göstərici nəzərə alınır: Ümumi bal və əlavə - alt bal (ancaq 5-9-cu sualların cəmi)		
Mürəkkəblik səviyyəsi	**Ümumi bal (Sual 1–9)**	**Alt bal (Sual 5–9)**
AŞAĞI	3 və aşağı	—
ORTA		3 və aşağı
YUXARI	4 və yuxarı	4 və yuxarı

Aşağı mürəkkəblik = minimal fiziki və psixososial simptomlar;
Orta mürəkkəblik = bəzi psixososial simptomlarla mötədil-ağır somatik simptomlar;
Yüksək mürəkkəblik = mötədil-ağır fiziki simptomlar və həyəcan-qorxu kimi ifadəli psixososial pozuntular.

Ümumi müayinə beldə ağrı olan nahiyəni və belin hərəkətlilik dərəcəsini, o cümlədən bükülmə, açılma və yanlara hərəkət dərəcələrini əhatə etməlidir (cədvəl 5).

***Cədvəl 5.* Əzələ qüvvəsinin və reflekslərin qiymətləndirilməsi**

Yerləşmə	Əzələ qüvvəsinə aid sınaq	Onurğa beyninin səviyyəsi	Refleks sınaqları	Onurğa beyninin səviyyəsi
Barmaqlar	Pəncənin bükülməsi Pəncənin	S-1 L-5	Axil Medial dizaltı vətər [c]	S-1 L-5 L-4

---

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

	açılması	S-1[a]	Dizüstü	
Topuq	Pəncənin bükülməsi	L-4, L-5	Babinski	Motor neyron-ların funksiyasına aid sınağıdır
Diz	Pəncənin açılması	L-3,4 L-5, S-1		
Bud-çanaq	Açılma Bükülmə Bükülmə Uzaqlaşdırma Daxili rotasiya Yaxınlaşdırma	L-2, 3 L-5, S-1 L-5, S-1[b] L-3, 4		

[a]Topuq oynağından pəncənin bükülməsi – ayaq üstə olarkən bir ayağı üstə 5 dəfə pəncəyə qalxmaq.

Obyektiv müayinələrə əzələ gücü, reflekslər və hərəkətin amplitudunun öyrənilməsi daxildir. Əzələ gücü müayinələri hər bir əzələnin qüvvəsinin ölçülməsini əhatə etməlidir.

Xüsusi testlər: Bir sıra provokasiyaedici testlərdən diaqnozun qoyulması üçün istifadə olunur. Bunlar arasında daha praktik və həssas olanlar Laseq, bud siniri dartılma testi, Neri simptomu hesab edilir.

Laseq testi: Ayağı düz qaldırma testi (Laseq testi) qalxma bucağının 30-70 dərəcə məhdudlaşması ilə praktik olaraq L_5, S_1 kökcüklərinin diskogen zədələnmələri üçün patoqnomonikdir. Xəstə arxası üstə uzanarkən diz açılmış vəziyyətində ayaq yavaş-yavaş yuxarıya doğru qaldırılır, bu zaman beldən ayağa doğru ağrı yayılırsa, test pozitiv kimi qiymətləndirilir. Bu test ilə oturaq sinirinin qıcıqlanması yoxlanılır. Ayağın qaldırılması ilə oturaq siniri, sinir kökcükləri və sərt qişa çıxıntıları gərilir. Sərt qişada iltihabi dəyişiklik və gərilmə varsa ayaqda ağrı hiss olunur. Sərt

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

qişa hərəkəti 30°- də başlıyır, 30° ilə 70° arasında ağrı maksimum həddə çatır. Normal olaraq 90°-yə qədər ağrı və hərəkət məhdudluğu müşahidə edilməməlidir. Ağrının (gərilmənin) sadəcə budun arxasında hiss olunması budun arxa qrup əzələlərinin qısalığını göstərir və testin müsbət olması kimi qiymətləndirilməməlidir. Bunu təsdiqləmək üçün qaldırılmış ayaq ağrının yarandığı səviyyədən astaca aşağıya doğru endirilir və pəncəyə açılmış vəziyyət (dorsofleksiya) verilir. Əgər bu manevr ilə ağrı yenidən yaranırsa test pozitiv olaraq qəbul edilir, əks halda budun arxa qrup əzələlərinin gərginliyi kimi qiymətləndirilir. Test oturaq sinirini formalaşdıran kökcüklərin (L_4, L_5, S_1, S_2, S_3) sıxılmasında, xüsusi ilə L_5 və S_1 kökcüklərin patoloji prosesə cəlb edilməsində pozitiv olur. Ağrı olmayan ayaqda icra olunan testə kontralateral Laseq testi deyilir. Əks tərəfdəki ayağın qaldırılması zamanı zədələnən tərəfdə ağrı səbəbi ilə hərəkət dayandırılırsa test pozitiv kimi qiymətləndirilir və bel nahiyəsində median disk yırtığına işarə edir. Aparılmış meta-analizdə bel nahiyəsində disk yırtığının diaqnostikasında göstərilən testin həssas bir test olması qənaətinə gəlinmişdir .

Bud siniri dartılma testi: Digər adı ilə tərs Laseq testi adlandırılan testin icrası zamanı xəstə üzü üstə uzanarkən dizin bükülmüş vəziyyətində qalça açılmış vəziyyətə gətirilir. Bu zaman qasıqdan dizin ön səthinə tərəf yayılan ağrı olursa (Vasserman simptomu) test pozitiv olaraq qiymətləndirilir. Femoral dartılma testi bud sinirini əmələ gətirən kökcüklərin (L_2- L_3- L_4) sıxılması zamanı – yuxarı bel nahiyəsində fəqərəarası diskin yırtıqları zamanı pozitiv olur .

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 üstdən 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. Hissiyyatın 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 yorumlamaq düzgün olmazdı. İlkin tibb yardımda 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.

Laborator-instrumental 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. Beldə 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 müayinələr

MRT, KT, KT-mieloqrafiya

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.

Amerika Ailə Həkimləri Akademiyası simptomların yaranmasından sonra ilk 6 həftə ərzində vizualizasiya aparmağı məsləhət görmür ("qırmızı bayraqlar"ın kliniki əlamətləri (cədvəl 1) istisna təşkil edir). Amerika Neyrocərrahlar Assosiasiyası və Neyrocərrahlar Konqresi "qırmızı bayraqlar" olmayan bütün kəskin qeyri-spesifik bel ağrılarında onurğanın istənilən vizualizasiyasının aparılmamasını məsləhət edir. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6118107/)

I Tövsiyə

Qeyri-spesifik BA zamanı (radikulyar simptomlarla və ya simptomlar olmadan) – xüsusən başlanğıc təzahürlər zamanı MRT müayinəsi göstəriş deyil. Buna səbəb, qeyri-spesifik BA zamanı vizualizasiya nəticələrinin bir qayda olaraq, simptomlarla pis korrelyasiya olması, nəticədə isə, pasiyentin təqibinə və kliniki nəticələrə təsir etməməsidir.

II Tövsiyə

4-6 həftə ərzində aparılan konservativ müalicələrə baxmayaraq, ağrılar davam edirsə, MRT üçün göndəriş verməyi düşünün, çünki bu müddətdən sonra əksər pasiyentdə yaxşılaşma müşahidə edilir. Müəyyən faktorların mövcudluğu (psixoloji stress, üzünmüddətli azhərəkətli həyat tərzi və yaşlı insanlarda) halında ağrılar davamlı ola və əlilliyə gətirib çıxara bilər. Buna görə də, bu hallarda pasiyentin

MRT müayinəsinə göndərilməsinin zəruriliyini müəyyən etmək üçün təkrar qiymətləndirilməsi lazımdır.

III Tövsiyə

Hərəki aktivliyin azalması, keyləşmənin artması kimi ***proqressivləşən nevroloji defisit zamanı*** MRT əsas patologiyanın (həcmli prosesslər, fəqərəarası disk yırtığı, infeksiya, epidural hematoma) üzə çıxarılması üçün göstərişdir.

IV Tövsiyə

"At quyruğu" sindromuna şübhə olan zaman – bu sindrom nadir rast gəlinir, amma təcili müdaxilə tələb edir (cədvəl 1). Buna səbəb fəqərəarası disk yırtığı və onurğanın başqa patalogiyaları, o cümlədən, xərçəng, infeksiya, spinal stenoz, spondilolistez, epidural hematoma ola bilər.

V Tövsiyə

Bel ağrısı və xərçəng və ya infeksiyası olan xəstələr (şübhəli və ya bilinən) – Beldə ağrısı olan xəstələrdə yanaşı olaraq, qızdırma və ya titrətmə, izaholunmaz çəki itkisi, immunosupresiya, sakitlik halında və ya gecələr ağrılar, venadaxili narkotik istifadəsi və bakteriemiya olarsa, onkoloji patologiyalar və ya infeksion prosesslərdən şübhələnmək olar. MRT bu halda xəstəliyin nahiyəsini və mərhələsini göstərə bilər, ona görə göstərilən onurğanın bel nahiyəsində xərçəng və ya infeksiya şübhəsində göstərişdir.

VI Tövsiyə

Onurğanın bel nahiyəsində invaziv prosedurlardan sonra onurğanın bel nahiyəsində yeni və ya proqressivləşən bel ağrılarında - sərbəst disk fraqmentləri və ya çapıqlar onurğada invaziv əməliyyatların nəticəsi ola bilər. Bu hallarda MRT göstəriş olub, burda məqsəd potensial anomaliyaların aşkarlanması, məsələn, çapıq toxuması və residivləşən disk yırtığının aşkarlanmasıdır.

EMQ

Elektrodiaqnostik çalışmalar çox zaman radikulopatiyası olan və ya ondan şübhə olunan hallarda həm diaqnozun qoyulmasında və ya

təstiqlənməsində həm də proqnozun verilməsində olduqca yararlıdır. Digər tərəfdən EMG vizualizasiya metodları kimi anatomik dəyişiklikləri göstərməsə də, sinirlərdə və əzələlərdə baş verən struktur-funksional dəyişikliklər haqqında dəyərli neyrofizioloji məlumatlar verir. Bununla yanaşı olaraq, 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.

Vizuallaşdırma 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 beldə 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 beldə irradiasiya edən ağrı və nevroloji defisiti olan xəstələrdə beldə 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 beldə kəskin ağrıdan əziyyət çəkən xəstələrdə rentgenoqrafiya olunması tövsiyə edilmir.

Beldə 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 skrininqi 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 zamanı yanaşma

Ciddi patologiyalar ilə əlaqəsiz (qırmızı bayraqlar inkar olunmuş) kəskin qeyri-spesifik bel ağrılarında ilkin olaraq, fiziki aktiv qalmaq və özünüidarə (sərbəst məşqlərin edilməsi, bukletlərin oxunması və ya bel ağrısı üçün onlayn təlimlərdə iştirakı) əhəmiyyət daşıyır.

- **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
  - ✓ Xəstəyə müsbət proqnoz barədə məlumatın verilməsi
  - ✓ Müalicə ilə bağlı tövsiyələrə daxildir: buz, QSİƏD və gündəlik fəaliyyətə qayıdış – yataqda dincəlmə tövsiyə olunmur (Artıq SOQ-2 inhibitorları ənənəvi QSİƏD-dən daha effektli sayılmır və təyinatı üzrə işlənməlidir)
  - ✓ İşə və ya gündəlik həyat rejiminə qayıtmazdan əvvəl diqqətli klinik müşahidə.

- **İlk 4 həftə (kəskin dövr)**. Əmək qabiliyyətinin itirilməsi davam edirsə, fizioterapevtin məsləhəti haqda düşünün (xüsusilə işə qayıtmaqla bağlı psixososial risklər olduğu hallarda)

Birincili konservativ fiziki müalicəyə məşqlər, səthi isti tətbiqi və manual terapiya aid edilər bilər. Akupunkturun kəskin bel ağrılarında mötədil effektivliyini göstərən məhdud məlumatlar mövcuddur.

- **6 həftəlik dövr (yarım-kəskin dövr)**. Əmək qabiliyyəti məhdudlaşdırılmayıbsa, bərpa proqramı məsələsinin müzakirə edilməsi üçün fizioterapevtə və ya nevropatoloqa göndəriş tələb olunur**.**

Xronik bel ağrıları zamanı yanaşma (ciddi patologiyalar olmadan)

- ✓ Klinik dəyərləndirmə - anamnezin toplanması, fizikal müayinə və kökcük zədələnmə əlamətlərini aşkara çıxarmaq üçün nevroloji müayinə
- ✓ Pasiyent ciddi patologiyaların inkar edilməsi üçün "qırmızı bayraqlar"ın mövcudluğuna görə müayinə edilməlidir, vizualizasiya kimi diaqnostik metodlar isə ancaq şübhəli hallarda aparılmalıdır
- ✓ Daha pis nəticələri proqnozlaşdırmaq üçün psixososial risk faktorları ("sarı bayraqlar", məsələn, aşağı özünü dəyərləndirmə, fəlakət, hərəkət qorxusu) üçün pasiyentlər yoxlanılmalıdır
- ✓ Risklərin siniflәndirilməsi alətlərindən (məs. StarT) istifadə edin
- ✓ Simptomları davam edən pasiyentlərdə psixoloji proqramların əlavə edilməsi ilə öz-özündə maarifləndirmə və özünüidarəni ehtiva edən qeyri-medikamentoz və qeyri-invaziv müalicə metodları, eləcə də, normal fəaliyyətin və fiziki məşqlərin bərpası tövsiyə edilir. ***(multidissiplinar yanaşma)***
- ✓ Birincili konservativ fiziki metodlara gəzinti, pilates, tay-çi, yoqa, proqressiv relaksasiya, bəzi rəhbərliklərdə massaj və manual terapiya aiddir. Bir məşq növünün digərindən üstün olduğunu göstərən heç bir sübut yoxdur
- ✓ Seçim son nəticədə xəstələrin tərcihindən və müalicə edən terapevtin təcrübəsindən asılı ola bilər
- ✓ Müxtəlif növ məşqlərdən istifadə edilməlidir
- ✓ Fizioterapevtik məşqlər birinci sıra müalicəyə daxildir və onlar rutin olaraq istifadə edilməlidir
- ✓ Yönləndirmə fərdi və ya qrup məşq proqramı üçün ola bilər
- ✓ Passiv fizioterapevtik metodlar (massaj, onurğanın mobilizasiyası, akupunktur, radikulopatiyalar zamanı onurğada manipulyasiyalar) adətən məsləhət görülmür və ya bir çox rəhbərliklərdə mütləq hesab edilmir
- ✓ Passiv metodlar (istirahət, dərman maddələri) əmək qabiliyyətinin pisləşmədi ilə assosiasiya olunur və tövsiyə edilmir
- ✓ Farmakoloji müalicəyə (əgər istifadə ediləcəksə) QSİƏD və minimal effektiv dozada və mümkün olan minimal müddətdə antidepressantlar daxildir

İnyeksiyalar, denervasiya prosedurları və cərrahi əməliyyatlar tövsiyə edilmir

- ✓ 4 həftədən sonra yaxşılaşmanın olmaması halında, yaxud başqa patologiya ya radikulopatiyanın olması düşünülərsə, mütəxəssislə məsləhətləşmək.

Müxtəlif müalicə üsulları

Fiziki üsullarla müalicənin üstünlükləri:

Fiziki üsullarla müalicənin məqsədi funksiyaların yaxşılaşması və əlilliyin qarşının alınmasıdır. Bel ağrıları zamanı fiziki (məşqlər) və psixoloji Koqnitiv davranış terapiyası müalicə kimi qeyri-medikamentoz metodları farmakoloji müdaxilədən əvvəl nəzərdən keçirilməlidir. Xroniki ağrılar zamanı müalicəvi idman birinci sıra müalicə aid edilir və müntəzam olaraq istifadə edilməlidir. Davamlı əlilliyə səbəb olan ağrı riski olan pasiyentlərdə yaxşılaşmanın yavaş olması durumunda, erkən nəzarət altında məşq terapiyası düşünülə bilər.

Müxtəlif məşq proqramlarının seçimi son nəticədə xəstələrin özündən və müalicə edən terapevtin təcrübəsindən asılı ola bilər. Bir məşq növünün digərindən üstün olduğunu göstərən heç bir sübut yoxdur. İstifadə ediləcək məşq növünə qərar verərkən, təlimatlar fərdi üstünlükləri, ehtiyacları və imkanları özündə birləşdirməlidir. Hərəkətlərin nəzarət testləri, laterallığın qiymətləndirilməsi və ikinöqtəli diskriminasiya xroniki bel ağrısı olan insanlar üçün məlum qrupların etibarlılığının ən yüksək səviyyəsini göstərir. Bununla yanaşı, bu ölçü alətlərinin etibarlılığı hələ müəyyən edilməmişdir. Ciddi patologiyası olmayan xronik bel ağrısında tövsiyə edilən birincili konservativ fiziki müalicə seçimlərinə məşq, yoqa, bioloji əks əlaqə (*en-biofeedback*), proqressiv relaksasiya, masaj, manual terapiya və reabilitasiya daxildir.

Özünə qulluq – özündə kifayət qədər yuxunu , dostlar və ailə üzvləri ilə ünsiyyəti, düzgün qidalanmanı, fiziki və emosional stresslərin idarə edilməsini və gündəlik həyatfəaliyyətində iştirakı birləşdirir. Pasiyentlərə gücü, elastikliyi və dözümlülüyü artıracaq xoş və mənalı fəaliyyətləri müəyyən etməyi tövsiyə edin.

İsti və soyuq*. Xəstələrin özləri tərəfindən qoyulan buz (nəm dəsmala bükülmüş plastik paketlərdə və 20 dəqiqəlik müddət ərzində qoyulan) ağrını müvəqqəti azaldır **və** iltihab əleyhinə təsirə malikdir.

Nəmli isti (vanna, isti kompresslər) quru isti ilə müqayisədə daha yaxşı təsir edə bilər. İsti (isti dəsmal, duş və ya isti paket formasında) və yayındırıcı terapiya xəstənin fikrini ağrıdan yayındırır və əzələlərə boşaldıcı təsir göstərə bilər.

Spinal manipulyasiyalar və mobilizasiya. Beldə aparılan manipulyasiyalar (manual terapevtlər, həkim-osteopatlar və ya xüsusi təlim almış fizioterapevtlər tərəfindən aparılan) nəzarət edilən RKT-in nəticəsinə əsasən ağrı simptomlarını yüngülləşdirir. Yüngülləşmə tez baş verdiyinə görə xəstələrin razılığı kifayət qədər yüksəkdir, lakin bu xəstənin tam sağalmasına gətirib çıxarmır. Tədqiqatlar mobiliziasiya ilə müqayisədə manipulyasiyaların daha effektiv olması ortaya qoyulmuşdur, baxmayaraq ki, hər ikisi təhlükəsiz hesab edilmişdir.

Masaj – həm ağrının, həm də funksiyanın masajla mötədil yaxşılaşdığına dair bəzi sübutlar mövcuddur.

Texnoloji dəstəkli idman terapiyası – elektromioqrafik əks əlaqə (*en. EMG-FB*) kimi sistemlər texnoloji dəstəkli müalicəvi idmanı dəstəkləyir və bel ağrıları zamanı müalicəvi idmanın effektivliyini artırmaq üçün təkmilləşdirilmişdir. Aparılmış sistematik təhlillər göstərir ki, BA olan pasiyentlərdə texnoloji dəstəkli müalicəvi idman ağrını və əlilliyi azaldır, həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır. Ancaq texnologiyaların əksəri üçün məhdud sayda RKT mövcud olduğundan, ayrı-ayrı texnoloji sistemlərin effektivliyi barədə birmənalı şəkildə nəticə çıxarmaq mümkün olmur.

Psixoterapiya – pasiyentləri psixi sağlamlıq mərkəzlərinə yönləndirməyi düşünün. İki psixoterapiya haqqında məlumat mövcuddur; ağrılarda KDT və anlamaya əsaslanan stressin azaldılması. Sübutlar bu iki müalicə metodları arasında fərqin olduğunu göstərmir. Məlumatlar potensial uzunmüddətli dövrdə (> 1

---

* diaqnoz təsdiq ediləndən sonra

il) ağrıların azalmasını göstərsə də, onlar funksiyaların yaxşılaşması baxımından birmənalı deyildir.

Epidural steroid inyeksiyası - qeyri-spesifik bel ağrılarında təhlükəsizliyə və prosedurun effektivliyinə dair yetərli qədər sübutların olmamasına görə tövsiyə edilmir. Amerika Qida və Dərman Adminstrasiyası (*eng.FDA*) epidural boşluğa kortikosteroid inyeksiyalarını tövsiyə etmir və 2014-cü ilin aprelində bu təcrübənin nadir ancaq ağır fəsadları – görmə itkisi, insult, iflic və ölümlə nəticələnən barədə xəbərdarlıq edib.

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.

Piyada gəzmək – gəzintinin üstünlüyü onun həyata keçirilməsinin asan olmasıdır. Xroniki bel ağrılarında, müdaxilədən sonra və təqib ziyarətlərində əlillik, ağrı və həyat keyfiyyəti üzərində gəzməyin effektivliyini anlamaq üçün doqquz uyğun RKT-nin metaanalizi aparılmışdır. Məlumatların təhlili üçün izləmə müddəti: qısamüddətli (3 ay), aralıq (3 ilə 12 ay arasında) və uzunmüddətli (12 ay) istifadə edilmişdir. Qısa və orta müddətli təqiblərdə yerimə (aşağı və orta keyfiyyətli sübutlarla) əlilliyin və ağrının azaldılmasında digər qeyri-farmakoloji müdaxilələr kimi təsirli olduğu aşkar edilmiş və tövsiyə edilmişdir

Pilates – nəzarətolunan hərəkət, tənəffüs və esnemeyə əsaslanan məşq sistemi pilates kimi tanınır. 23 tədqiqatı əhatə edən dərc edilmiş sistemli ədəbiyyat icmalında araşdırmaların əksəriyyətində pilatesin arzuolunan nəticələrlə (ağrını və əlilliyi azaldan) effektiv reabilitasiya vasitəsi olduğu göstərilmişdir.

Yoqa – Kokran sistematik icmalı xroniki qeyri-spesifik bel ağrılarında ağrının azalaması ilə bir qədər funksional yaxşılaşmanın olduğunu göstərdi, bu kliniki yaxşılaşma ehtimalını artırmış oldu. Ancaq, bəzi adamlarda beldə ağrıların artması müşahidə edildi.

Tay-çi (*Tai chi***) –** duruş, tarazlıq, koordinasiya, dözümlülük və elastikliyi yaxşılaşdırmaq üçün yavaş-yavaş edilən bir sıra hərəkətlərdir.

Akupunktur – tədqiqatlar onu göstərir ki, akupunktur qisamüddətli perspektivdə xroniki bel ağrıların yüngülləşdirə bilər. Uzunmüddətli yaxşılaşma məlum deyil.

Effektivliyini müəyyənləşdirmək üçün sübutların kifayət qədər olmadığına görə aşağıdakı müdaxilələr tövsiyə edilmir;
• İnferensterapiya
• Aşağı tezlikli laser terapiya
• Sinirin dəriüstü elektrik stimulyasiyası *(SDES)*
• Lumbar korset
• Terapevtik ultrasəs
•Sinir kökcüyü blokadaları
•Intradiskal elektrotermal terapiya
• Proloterapiya
• Faset oynaqların radiofrekans denervasiyası
• Sacroiliak oynaq inyeksiyaları
• *Trigger point*/soft toxuma inyeksiyaları
• Diskoqrafiya
• Kifoplastika
• Perkutan intradiskal radiotezlikli termokoaqulyasiya
• Bel ağrılarında vertebral aksial dekompressiya

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.

Bel məktəbləri

Aparılmış RKT-lərin Kokran sistem baxışı zamanı dəstək məktəblərinin effektivliyi qiymətləndirilmişdir. Orta və uzunmüddətli müşahidə bel məktəblərinin məşqlərə nisbətən daha aşığı sübutluluq dərəcəsi olduğunu göstərmişdir.

Aktivliyin məhdudlaşdırılması

Kəskin BA zamanı yataq rejiminin effektiv terapiya vasitəsi olmadığı barədə əsaslı dəlillər mövcuddur. Gündəlik adi fəallığın saxlanılması 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

Dərmanların risklərini nəzərə alınmalı və qısa müddətdə ən aşağı effektiv doza seçilməlidir. Aşağıda qeyd edilən preparatların dozalanması pasiyentlərin risk faktorlarından asılı olaraq dəyişdirilə bilər.

Asetaminofen

Yüksək təhlükəsizlik profilinə görə asetaminofen beldə qeyri-spesifik ağrılar zamanı başlanğıc müalicə üçün tərcih edilən preparatdır.

Məsləhət görülən başlanğıc doza: 500-650 mq gündə 3 dəfə. Maksimal gündəlik doza: 3000 mq

Qeyd. Qaraciyər xəstəlikləri olan və alkoqol istifadəsi ilə problemi olan xəstələrdə asetaminofenin günlük dozası 1000-1500 mq çox olmamalıdır.

Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar (cədvəl 6)

Orta və yüksək mürəkkəblik dərəcəsi olan xəstələrdə asetaminofen effektisiz olduğu təqdirdə, QSİƏD-lər nəzərdən keçirilə bilər. İbuprofen və naproksen kimi QSİƏD-lər ürək-damar xəstəlikləri, mədə-bağırsaq qanaxma riski və ya qaraciyər və böyrək funksiyalarında pozulma olan xəstələrə ehtiyatla verilməlidir. QSİƏD-lər arasında meloksikam hissəvi selektiv olub, mədə-bağırsaq sistemi tərəfindən yan təsirlərə qeyri-selektiv QSİƏD-lərlə müqayisədə daha az risk daşıyır. SOG-2 inhibitorlarının təyinində bəzi ehtiyatlılıq tədbirlərinə nəzərə almaq lazımdır.

Cədvəl 6. **Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanların gündəlik dozaları**

QSİƏD	Gündəlik maksimal doza
İbuprofen	2,400 mq
Naproxen	1,250 mq
Meloxicam	15 mq
Diklofenak	150 mq

Tramadol daxil olmaqla, opioidlərlə müalicəyə beldə ağrıların zamanı az hallarda ehtiyac duyulur. Opioidlər də asetaminofen və QSİƏD kimi effektiv olsalar da, onların riskləri (psixoaktiv maddələrin sui-istifadəsinə bağlı pozuntular) və əlavə təsirləri daha çoxdur. Amerika xəstəliklərə nəzarət və profilaktika mərkəzi xroniki bel ağrılarında opiodilərin təyin edilməsini məsləhət görmür.

Kəskin BA zamanı parasetamol və QSİƏD-lər ağrını azaltmadığı təqdirdə, miorelaksantlar (qısa kurs) sedasiya riski nəzərə alınmaqla təklikdə və ya QSİƏD-lərə əlavə olaraq təyin edilə bilər.

Təyinatı məsləhət edilməyən dərman maddələri:

- Sistem kortikosteroidlər
- Qabapentin
- Selekoksib (qeyri-formulyar)
- Topiramat
- Pregabalin
- Skelet əzələ relaksantları

Antidepressant – duloksetin orta və yüksək mürəkkəblik dərəcəsi olan xroniki bel ağrılı xəstələrdə nəzərdən keçirilə bilər. Tövsiyə edilən başlanğıc dozası ilk həftə 30 mq gündə 1 dəfə, sonra doza gündəlik 60 mq-a çatdırılır. Maksimal günlük doza 60 mq təşkil edir. Preparatın qəbulu qəfil dayandırılmamalıdır, çünki kəsilmə effekti yarana bilər ;

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 oynağının zəifləməsi
- ✓ əzələ zəifliyi
- ✓ disk yırtığı
- ✓ oturaq sinirin 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

Piylənməyə və az hərəkətli həyat tərzinə qarşı yönəlmiş ictimai səhiyyə proqramları işlənilib hazırlanmalı və bel ağrısının günldəlik yaşam tərzinə təsirini azaltmak üçün bir forum təmin etməlidir. Xroniki BA-da profilaktika və müalicə üçün sübutlar çox vaxt yüksək gəlirli ölkələrdən gəlir. Bu tövsiyələrin aşağı və orta gəlirli ölkələr üçün tətbiq edilib-edilməməsi məlum deyil.

Səhiyyə mütəxəssisləri, bel ağrısının səbəbləri, mexanizmi, təbii gedişi və prognozu haqqında müntəzəm təlimat verməli və fiziki aktivlik və məşqlərin yararlarını təşviq etməlidirlər. Təkbaşına və ya təlimlə məşqlərin bel ağrılarının profilaktikasında effektivliyi sübuta yetirilmişdir.

Effektiv olması ehtimal olunan profilaktik tədbirlərə aiddir:

- ▶ fiziki fəallıq
- ▶ beli açan əzələlərin gücləndirilməsi
- ▶ siqaret çəkməkdən imtina nəticələrə təsir edir
- ▶ psixososial problemlər aradan qaldırılmalıdır
- ▶ işindən məmnun olma aspektlərinə önəm verilməlidir
- ▶ ümumi aerob və gücləndirici məşğələlər
- ▶ ağırlıq qaldırma və ayaq üstə durmağa aid adekvat vərdişlər nəticələrə təsir edir
- ▶ əmək fəaliyyəti/iş vərdişlərinin və iş yerinin modifikasiyası
- ▶ istehsalat travmalarının profilaktikası məqsədi ilə belin immobilizasiyası vasitələri effektiv deyil

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

Sonrakı müşahidə/monitorinq

• Yüksək mürəkkəblik dərəcəsi olan pasiyentlər üçün erkən və tez-tez şəxsi müşahidə gərəkli ola bilər. Pasiyentə minimum 2 həftə sonra təkrar müayinəyə gəlməyi məsləhət edin.

• Aşağı və orta mürəkkəblik dərəcəsi olan pasiyentləri yalnız lazım olduqda təqib edin. Nəzarət üçün seçimlərə telefon zəngi, təhlükəsiz e-poçt mesajı və ya ofis səfəri daxildir.
• Onurğanın manipulyasiyası, akupunkturu və ya masajı üçün göndərilmiş xəstələr: Funksional imkanların yaxşılaşmasın ortaya qoymaq üçün xəstəni dörd dəfə mütəxəssisin yanında olduqdan sonra, yenidən yoxlayın.
• Mümkün resiviləri minimuma endirmək üçün pasiyentlər aktiv həyat tərzi sürmək barədə maarifləndirilməlidir.

Pasiyentlərin 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 saxlanılması halında əlavə müalicə tədbirlərinin nəzərdən keçirilməsi barədə dəqiq məlumatın verilməsi tövsiyə olunur.

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

Pasiyentlər üçün məlumat

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

***Cədvəl 7.* BA müalicə və davamlı nəzarət**

<table>
<tr><th>İlk gəliş</th><th>Nəzarət gəlişləri</th></tr>
<tr><td>
Diaqnostik müayinələr: adətən aparılmır.
▶ Qeyri-medikamentoz müalicə:
Buz. Buzu (1 dəfədə 20 dəqiqə) ağrılı yerə lazımi qədər qoymaq.
Dartılma. Tədricən dartılma ağrı hissini azaltmağa kömək edir.
Dərman vasitələri :
▶ Vaxt amilindən istifadə edin. Çox zəif ağrı istisna olmaqla, resepti ağrı mövcudluğu əsasında deyil, vaxt çərçivəsi əsasında yazın (gündə neçə dəfə).
▶ Dərman vasitələrin strategiyası. Müalicə zamanı istifadə olunan güclü dərman vasitələri ağrının ağırlığından asılıdır (artmaq qaydası ilə):
1. <u>Parasetamol</u>. Ağrıkəsici təsiri əzələ-skelet patologiyalarda var, kənar təsiri azdır.
2. <u>QSİƏD-lər</u>. BA-nın müalicəsində effektiv olduğu sübut olunub. SOG-2 inhibitorları ənənəvi QSİƏD-dən daha güclü deyil. Onların qısamüddətli təyini fəsad yaratmasa da, uzunmüddətli qəbul edilməsinə bir çox xəstənin mədə-bağırsaq sistemi dözümlü deyil və eyni zamanda infarkt riskini artıra bilər.
3. <u>Əzələ relaksantları</u>. Plasebodan daha effektiv olsa da, QSİƏD-dən effektiv olması təyin edilməmişdir.
▶ Fəaliyyətin məhdudlaşdırılması:
✓ Yataq rejimi. Yataq rejimindən çəkinin
</td><td>
(Əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsi riskli xəstə):
▶ <u>əgər işdən qalırsa</u>: 2-3 gün ərzində müşahidə edin, sonra həftədə bir dəfə <u>orta dərəcəli ağrı/məhdudiyyətlər zamanı</u>: həftədə bir dəfə müşahidə etmək <u>ağrı keçibsə, məhdudiyyətlər yoxdursa</u>: 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 məhdudiyyətlərin qarşısının alınmasını müzakirə edin.
Sonrakı gəlişlər
▶ Anamnez və fiziki müayinə: Anamnez və fiziki müayinəni təkrarlayın. Diaqnoza dair fikriniz dəyişibsə, diaqnostika alqoritmində (Əlavəyə bax) göstərilən ardıcıllıqla gedin.
▶ Ümumi müalicə:
✓ Ağrı keçirsə: Dərmanları azaldın, aktivliyi artırın
✓ Ağrı artırsa: Dərmanları azaldın/əlavə edin,
</td></tr>
</table>

✓ **İşlə bağlı məhdudiyyətlər.** Xəstələr adətən işə çıxaqla bağlı məhdudlaşdırılmamalıdırlar.

✓ **Ümumi fəaliyyət.** Adi həyat tərzinə qayıdın. Bəzi hallarda uzunmüddətli səfərlərdən, ağırlıq qaldırmadan, uzunmüddətli oturmadan və gövdədə təkrar fırlanma/burulma hərəkətlərindən çəkinmək faydalıdır.

▶ **Pasiyentin maarifləndirilməsi** (aşağıda göstərənlərin xülasəsi):

- ✓ **Epidemiologiya.** Beldə ağrı insanların əksəriyyətində əmələ gəlir. Narahatçılıq yaratsa da, əlilliyə (əmək qabiliyyətinin itirilməsinə) nadir hallarda səbəb olur.
- ✓ **Diaqnoz.** Sinirlərin 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).

məhdudiyyətləri artırın

✓ **Fizioterapiya.** 1-2 həftə ərzində heç bir yaxşılaşma yoxdursa, manual terapiya (onurğa manipulyasiyaları) haqda fikirləşin.

▶ **Əgər risk varsa: Əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsinin profilaktikası** (cədvəl 3)

- ✓ Xəstənin maarifləndirilməsi
- ✓ Məhdudiyyətləri minimuma endirin
- ✓ **6 həftədən sonra** bel problemləri ilə məşğul olan reabilitasiya proqramına göndərin.

▶ **Nəzarət:** İlkin gəlişdə olanlar və üstəgəl:

- ✓ **2 həftə:** Klinik yaxşılaşma yoxdur və beyinin sərt qişasına təzyiq əlamətləri (düz ayağın qaldırılması və ya üzü üstə uzanarkən düz ayağın qaldırılması) müsbət müşahidə olunursa, fizioterapevtə və ya nevropatoloqa göndəriş haqqında düşünün
- ✓ **6 həftə və məhdudiyyətlər var:** Qeyri-cərrahi profilli onurğa mütəxəssisinə göndərməyi fikirləşin
- ✓ **12 həftə və məhdudiyyətlər var:** Bel problemləri ilə məşğul olan reabilitasiya proqramı əsasında məsləhətləşmə.

- ***Əgər risk varsa: əmək qabiliyyətinin xronik itirilməsinin profilaktikası*** *(cədvəl 3)* ✓ Maneələri təyin edin. Xəstə ilə sağalma ilə bağlı bütün maneələri və onların aradan qaldırılması yollarını müzakirə edin. ✓ Xəstəni mümkün qədər işdən qalmaqdan çəkindirin. ✓ Məhdudiyyətləri minimallaşdırın. Xəstə və ola bilsin ki, müdiriyyətlə xəstənin iş yükü və alternativ iş imkanları barədə konsultasiya edilməsi yolu ilə bütün məhdudiyyətləri minimallaşdırın. Məhdu-diyyətlər 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.	

Cədvəl 8. SOG-2 inhibitorlarının təyinatında ehtiyatlılıq tədbirlərinin meyarları

Xəstə:

1. Anamnezdə yüksək qlikemik indeks
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.

Açar suallar

1. Qeyri-spesifik bel ağrısının idarə edilməsində tele-tibbə əsaslanan müdaxilələrin klinik effektivliyi necədir?

Kəskin, yarımkəskin və ya xroniki bel ağrısı olan yetkin pasiyentləri əhatə edən 11 RKT-nin sistematik təhlili və meta-analizi (*Dario, 2017*) nəzərdən keçirilmişdir. Tele-tibbə əsaslanan müdaxilələr adi qayğı/minimal müdaxilələrlə müqayisə edilmişdir. Tele-tibb müdaxilələrinin davamlılığı 4 həftədən 1 ilə qədər dəyişmişdir. Öyrənilmişdir ki, təkbaşına tele-tibb müdaxilələri xroniki bel ağrısı olan pasiyentlərdə ağrı və əlilliyin azaldılması baxımından minimal müdaxilələrdən daha effektiv deyil. Bununla belə, kəskin və ya yarımkəskin BA olan pasiyentlərdə adi qayğıya əlavə olaraq, tele-tibb ağrı, əlillik və fiziki funksiya üçün adi qayğıdan daha effektiv ola bilər.

Orta dərəcədə sistematik xətalı RKT-də, tibbi texnologiyalar tərəfindən dəstəklənən (interaktiv səs reaksiyasına əsaslanan KDT) KDT-nin orta müddətdə (9 ay) xroniki BA olan pasiyentlərdə onların şəxsi iştirakı ilə olan KDT ilə müqayisə oluna biləcəyini bildirilmişdir.

Digər RKT-də ilə (ortadərəcəli sistematik xətalı), telefon əsaslı sağlamlıq məşğələlərinin əlavə edilməsinin (internet əsaslı tətbiq və fəaliyyət izləyicisi tərəfindən dəstəklənən) orta müddətli (6 ay) xroniki BA-da standart qayğıdan daha yaxşı olmadığını sübuta yetirilmişdir.

Kiçik ölçülü olan dörd qeyri-RKT-də müxtəlif nəticələr üçün üz-üzə və tele-reabilitasiya dəyərləndirlmələri arasında yüksık uyğunluq göstərildi.

2. Kəskin və ya xroniki BA zamanı antidepressanatların (xüsusən duloksetin və trisiklik antidepressantlar) klinik effektivliyi necədir?

Tibbi Tədqiqatlar və Keyfiyyət Agentliyi (2020) korreksiya etmişdir: Birləşmiş üç tədqiqata (sübutluluq – orta) əsasən, BA olan pasiyentlərdə duloksetinin qısamüddətli istifadəsi ağrının intensivliyinin və ona reaksiyanın bir qədər azalmasına səbəb olsa da, funksiyaların və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması kiçik bir yaxşılaşma həddinə cavab verməmişdir. Ortamüddətli perspektivdə amitriptillinlə aparılan tək tədqiqatda (sübutluluq – aşağı) BA olan

pasiyentlərdə ağrıların azalması və ya funksiyaların yaxşılaşması müşahidə edilməmişdir.

3. Antikonvulsantların (xüsusən preqabalin) kəskin və ya xroniki BA zamanı klinik effektivliyi necədir?

Doqquz RKT daxil olmaqla sistematik baxış və meta-analiz nəzərdən keçirilmişdir. Əksər tədqiqatlar antikonvulsanları plasebo ilə müqayisə etmiş və sistem xətası riski aşağı olmuşdur. Antikonvulsantlara qabapentin, preqabalin və topiramat daxil edilmişdir. Sistematik baxış göstərdi ki, antikonvulsantlar (preqabalin, qabapentin) xroniki BA olan pasiyentlərdə qısa və ortamüddətli dövrdə ağrı və əməkqabiliyyətinə təsir baxımından effektsizdir. Antikonvulsantlar-da arzuolunmaz yan təsirlərin yaranma riski yüksək olmuşdur.

4. Qeyri-spesifik kəskin və xroniki bel ağrılarında miorelaksantların (siklobenzaprin, metokarbamol, tizanidin, baklofen) klinik effektivliyi necədir ?

Miorelaksantları plasebo ilə müqayisə edən yeni yüksək keyfiyyətli tədqiqat ortada yoxdur. Bununla yanaşı, iki aşağı keyfiyyətli RKT kəskin BA zamanı miorelaksantların (metokarbamol, tizanidin**)** naproksen və ya ibuprofenlə müalicəyə əlavə edilməsində əlavə effektivlik müşahidə edilmir.

5. Xroniki bel ağrılarının müalicəsi üçün epidural steroid inyeksiyalarının klinik effektivliyi necədir?

Şimali Amerika Onurğa Cəmiyyətinin təlimatları uyğunlaşdırılmışdır:

• Bel ağrısı olan xəstələrdə kaudal epidural steroid inyeksiyalarının istifadəsinə və ya əleyhinə tövsiyə vermək üçün kifayət qədər sübut yoxdur.

• Bel ağrısı olan xəstələrdə interlaminar epidural steroid inyeksiyalarının istifadəsinə qarşı və ya əleyhinə tövsiyə vermək üçün kifayət qədər sübut yoxdur.

6. Kəskin və xroniki bel ağrılarının müalicəsində akupunkturun klinik effektivliyi necədir ?

7. Yetkinlərdə qeyri-spesifik xroniki bel ağrısının müalicəsində anlamaya əsaslanan stressin azaldılmasının klinik effektivliyi nədir?

Hər iki sual üçün Tibbi Tədqiqatlar və Keyfiyyət Agentliyi (2020) təlimatları qəbul edilmişdir: Akupunktur və anlamaya əsaslanan stressin azaldılması tövsiyə olunur

8. Kəskin qeyri-spesifik bel ağrısı olan xəstələrdə erkən fiziki üsullarla müalicənin hansı spesifik aspektləri effektivdir?

Amerika Fizioterapiya Assosiasiyası təlimatlarına (2012) görə;

- Manual terapiya, gövdə koordinasiyası, gücləndirmə və dayanıqlıq məşqləri, mərkəziləşdirmə və istiqamətləndirici üstünlük məşqləri və prosedurları diqqətə alınmalıdır
- Proqressiv dözümlülük məşqləri və fitness fəaliyyətləri nəzərə alınmalıdır
- Bel ağrısı ilə əlaqəli alqılanan təhlükə və ya qorxuyu birbaşa və ya dolayısı ilə artıran pasiyent maarifləndirməsi və məsləhət strategiyaları istifadə edilməməlidir Manual terapiya, gücləndirmə məşqləri, sinir mobilizasiya prosedurları və proqressiv yerimə kimi digər müdaxilələrlə birlikde fleksiyon məşqləri düşünülə bilər
- Traksiya

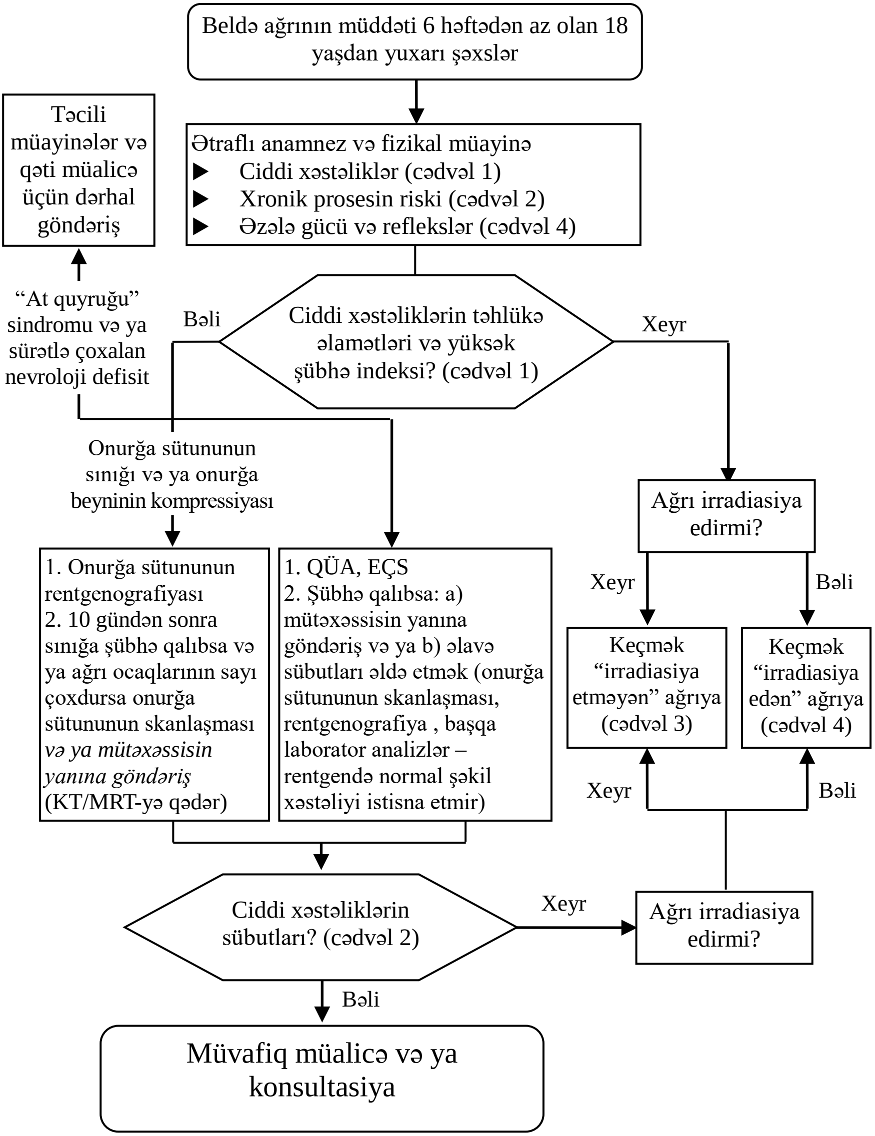
9. Arıqlamağın bel ağrısının idarə olunmasında uzunmüddətli nəticələri yaxşılaşdırdığına dair sübut varmı?

Artıq bədən çəkili və piylənməsi olan xəstələrin həyat tərzinə müdaxilə və ya adi qayğıya təyin edən bir aşağı keyfiyyətli bir RKT-də pasiyentlər 6 ay boyunca müşahidədə olmuşdur. Müəlliflərin qənaətinə görə, sağlam həyat tərzinə aid tədbirlər planını ağrıların intensivliyini azaltmır və digər ikincili nəticələrə təsir etmir.

Daha yüksək keyfiyyətli tədqiqatların aparılmasına ehtiyac var.

Bel ağrısının idarə edilməsi üçün uzunmüddətli nəticələrin yaxşılaşdırılmasında arıqlamağın effektivliyini müəyyən etmək üçün kifayət qədər birbaşa sübut yoxdur.

Diaqnostika alqoritmi



Ədəbiyyat

1. Bel nahiyəsində kəskin ağrıların differensial diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol
2. Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. Edward A. Shipton/ Received: July 16, 2018 / Published online: September 18, 2018
3. North American Spine Society/ Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. Endorsed by the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R) and American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons (AANS/CNS). Last updated 1/27/2021.
4. ACE CLINICAL GUIDANCE. When to order MRI FOR LOW BACK PAIN. Published:1 October 2020. www.ace-hta.gov.sg
5. 4.KAISER PERMANENTE. NON-SPECIFIC BACK PAIN Guideline. Last guideline approval: March 2021
6. 5.Friedman BW, Irizarry E, Solorzano C, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Ibuprofen Plus Metaxalone, Tizanidine, or Baclofen for Acute Low Back Pain. Ann Emerg Med. 2019;74(4):512-520. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.02.017
7. Cottrell MA, O'Leary SP, Swete-Kelly P, et al. Agreement between telehealth and in-person assessment of patients with chronic musculoskeletal conditions presenting to an advanced-practice physiotherapy screening clinic. Musculoskelet Sci Pract. 2018;38:99-105. doi:10.1016/j.msksp. 2018.09.014
8. J.J. Wong, P.Cote, D.A. Sutton. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. July 2016.