

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
08 вересня 2026 року № 1326

**СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
БІЛЬ У ПОПЕРЕКУ (НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ)**

Загальна частина

Діагноз: Біль у попереку (неспецифічний біль у нижній частині спини).

Коди за НК 025:2021 (МКХ-10):

M54.5 — Біль у нижній частині спини (попереку)

M54.96 — Дорсалгія, неуточнена, поперековий відділ

M54.97 — Дорсалгія, неуточнена, попереково-крижовий відділ

Розробники

КАЛЬБУС Олександр Іванович	завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та офтальмології Дніпровського державного медичного університету МОЗ України, голова робочої групи;
ГРИБ Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано-Франківського національного медичного університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
НАСОНОВА Тетяна Іванівна	професор кафедри неврології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
ДЕМЧЕНКО Вікторівна	Аліна професор кафедри загальної практики-сімейної медицини, психіатрії та неврології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;
МЕЛЬНИК Володимир Степанович	професор кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
КРАВЕЦЬ Вікторівна	Ольга завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету;
ХИЖНЯК Віталійович	Михайло в.о. директора державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» (за згодою);
ГАРМІШ Романович	Андрій лікар-нейрохірург багатoproфільного ПРАТ «Медичний центр «Добробут» (за згодою);
ГАВРИЛІВ Романівна	Ірина лікар-невролог, лікар фізичної та реабілітаційної медицини ТОВ «Медичний центр «Оберіг» (за згодою);

ХІМІОН Людмила Вікторівна завідувач кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

САНЬОЦЬКА Ірина Михайлівна спеціаліст з питань первинної медичної допомоги Бюро ВООЗ в Україні, лікар-терапевт, лікар-кардіолог (за згодою).

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Оксана Іванівна директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України, заступник голови робочої групи з методологічного супроводу».

Рецензенти

КУЗНЄЦОВ Антон Анатолійович доцент кафедри неврології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н.;

ТОВАЖНЯНСЬКА Олена Леонідівна керівник відділу нейрокогнітивних та судинних захворювань головного мозку державної установи «Інститут геронтології імені Чеботарьова» Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор.

Дата оновлення стандарту медичної допомоги - 2031 рік

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
ЛФК	лікувальна фізкультура
МДК	мультидисциплінарна команда
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НПЗЗ	нестероїдні протизапальні засоби
STarT Back (Subgroups for Targeted Treatment Back Screening Tool)	скринінговий інструмент для пацієнтів із болем у попереку
ÖMPSQ - Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire	опитувальник скринінгу м'язово-скелетного болю
PHQ-9 (Patient HealthQuestionnaire-9)	опитувальник здоров'я пацієнта, 9 запитань (коротка анкета для скринінгу депресії)
Форма № 025/о	Форма № 025/о форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма № 027/о	форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 682/20995

Розділ I. Організація надання медичної допомоги

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам з болем у спині організовується за поетапним принципом із пріоритетом надання первинної медичної допомоги, застосуванням біопсихосоціальної моделі надання допомоги, мінімізацією необґрунтованих діагностичних та лікувальних втручань і своєчасною маршрутизацією пацієнтів з ознаками серйозної патології.

Медична допомога пацієнтам з болем у попереку (нижній частині спини) надається лікарями загальної практики – сімейними лікарями / лікарями-терапевтами (далі – лікарями, які надають первинну медичну допомогу); лікарями-неврологами; лікарями з медицини невідкладних станів із залученням мультидисциплінарної команди за показаннями (лікарі-нейрохірурги, лікарі-ортопеди-травматологи, фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини, психологи клінічні, лікарі-психіатри, лікарі-терапевти, лікарі-інфекціоністи тощо).

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо тривожних ознак, пов'язаних із болем у попереку («червоні» прапорці), з метою раннього виявлення потенційно серйозних захворювань і станів та своєчасного направлення пацієнта до відповідного фахівця/залучення мультидисциплінарної команди/екстреної госпіталізації.

2. Обґрунтування

Біль у спині у понад 90% випадків має неспецифічний характер і не потребує спеціалізованого чи стаціонарного лікування. У більшості випадків причиною болю в спині є так званий неспецифічний біль, пов'язаний із перенапруженням м'язів або зв'язок, а не з серйозними пошкодженнями хребта. Близько 40–60% людей відчувають значне полегшення або повне зникнення симптомів протягом 14 днів, а 70–90% пацієнтів повертаються до нормальної активності протягом 6 тижнів. Лише у 5–10% випадків біль переходить у хронічну форму (триває понад 3 місяці).

Більшість людей, які звертаються до надавача медичних послуг, швидко відновлюються завдяки наданню первинної медичної допомоги протягом перших шести тижнів після звернення, без потреби в додаткових обстеженнях, направленнях або зверненні до відділення екстреної медичної допомоги.

Наявні дані, які доводять ефективність раннього активного підходу з акцентом на самодопомогу, фізичну активність та обмеження інвазивних втручань. Належна рання допомога може знизити ризик рецидиву та прогресування до постійного або хронічного болю в попереку.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) наявні локально узгоджені письмові документи, що координують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення до закладу охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу (далі – ЗОЗ) для обстеження та лікування пацієнтів з ознаками серйозної патології;

2) існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнтом та, за його згодою, членами сім'ї/законними представниками, доступний мультидисциплінарній команді, та містить інформацію про діагноз пацієнта, лікування і ведення його стану;

3) пацієнт та, за його згодою, члени сім'ї/законні представники забезпечуються у доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації;

4) надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно болю у попереку (нижній частині спини) та станів, пов'язаних з ним (у тому числі на основі інформації, наведеної у додатку 1 до цього Стандарту), в доступних для пацієнтів місцях, а також на своїх вебсайтах та офіційних сторінках ЗОЗ у соціальних мережах.

Розділ II. Діагностичні заходи

1. Положення стандарту медичної допомоги

Оцінювання болю у попереку та діагностичні підходи для встановлення його можливих причин спрямовані на своєчасне виявлення факторів ризику та насторожливих клінічних симптомів з метою забезпечення раннього направлення пацієнта до відповідного ЗОЗ та передбачає: збір анамнезу, клінічне (фізикальне) обстеження, за необхідності – лабораторні та інструментальні дослідження.

Рутинне застосування комп'ютерної томографії (далі – КТ) або магнітно-резонансна томографії (далі – МРТ) **без клінічних показань не допускається**; КТ/МРТ може призначатись тільки при підозрі на серйозну патологію.

Скринінг та оцінювання психосоціальних факторів, що можуть впливати на процес відновлення, також має проводитись при кожному зверненні пацієнта у зв'язку з новим епізодом симптомів болю в попереку (нижній частині спини).

2. Обґрунтування

Своєчасне виявлення факторів ризику та насторожливих клінічних симптомів забезпечує раннє направлення пацієнта на відповідний рівень медичної допомоги, запобігає розвитку ускладнень, сприяє підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації використання діагностичних ресурсів.

Результати нейровізуалізації часто не корелюють із клінічними симптомами і не змінюють тактику лікування. Рутинна візуалізація часто виявляє вікові зміни (дегенерацію дисків, протрузії), які є варіантом норми, не мають клінічного прояву і не є причиною болю, проте викликають у пацієнтів зайвий стрес.

Раннє необґрунтоване обстеження підвищує тривожність пацієнта та ризик надлишкового лікування. Водночас, затримка у діагностиці «червоних прапорців» може призвести до незворотних неврологічних наслідків, що має бути враховано фахівцями як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) діагностичні заходи проводяться відповідно до алгоритму ведення пацієнта з болем у попереку (нижній частині спини), наведеному у додатку 2 до цього Стандарту, та включають:

збір анамнезу;

коротку оцінку неврологічного статусу (в тому числі проведення тесту підйому прямої ноги (тест Ласега) для оцінки підозри на радикулопатію (кила диска); перевірку сили м'язів, рефлексів та чутливості для виявлення неврологічного дефіциту; пальпацію для виявлення локальної болючості або ознак спондилоартрити; оцінку функції тазових органів);

оцінку наявності тривожних ознак («червоні прапорці»), які наведені у додатку 3 до цього Стандарту;

оцінки функціонального обмеження;

визначення психосоціальних факторів ризику несприятливого перебігу («жовті прапорці»), які наведені у додатку 3 до цього Стандарту;

2) оцінка та стратифікація ризику хронізації болю здійснюється за допомогою інструментів STarT Back або Örebro, наведених у додатках 4, 5 до цього Стандарту;

3) КТ або МРТ призначається лише за наявності специфічних симптомів або тривалості болю понад 12 тижнів без покращення від лікування; обґрунтування направлення на КТ/МРТ надається відповідно до додатку 6 до цього Стандарту;

4) за наявності клінічних ознак, що вказують на потенційно серйозну патологію хребта (пухлини, інфекції, переломи або синдром кінського хвоста) має бути призначена термінова візуалізація (КТ/МРТ) та консультація лікаря-нейрохірурга або лікаря-ортопеда-травматолога;

5) пацієнтам, які звертаються по допомогу у зв'язку із новим епізодом симптомів болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах та/або іншими неврологічними симптомами, слід якомога раніше проводити скринінг та оцінювання психосоціальних факторів, що можуть впливати на процес відновлення;

психосоціальне оцінювання має включати оцінювання розуміння пацієнтом свого діагнозу та болю, будь-яких занепокоєнь пацієнта і впливу болю на повсякденне життя; таке оцінювання повторюють під час наступних візитів для визначення прогресу.

Розділ III. Лікування гострого болю у попереку (нижній частині спини)

1. Положення стандарту медичної допомоги

Пацієнтам зі скаргами на легкий або помірний біль у попереку (нижній частині спини) за відсутності тривожних симптомів («червоних прапорців») первинна медична допомога надається відповідно до алгоритму, наведеному у додатку 2 до цього Стандарту.

Лікування гострого (до 4 тижнів), підгострого болю в спині (до 12 тижнів) проводиться переважно амбулаторно та складається з немедикаментозних (перша лінія терапії) та, за необхідності, медикаментозних (друга лінія терапії) методів. Оптимальна тактика ведення пацієнтів передбачає раціональне використання медикаментозної терапії у поєднанні з немедикаментозними підходами, спрямованими на відновлення функції, підтримання рухової активності.

Пацієнт з гострою затримкою або нетриманням сечі; швидким наростанням слабкості в кінцівках; з підозрою на інфекційне, пухлинне або травматичне ураження; з підозрою на спінальний інсульт має бути негайно направлений на госпіталізацію для невідкладного надання медичної допомоги.

За наявності тривожних симптомів, до надання медичної допомоги пацієнтам з гострим болем у попереку (нижній частині спини) залучається мультидисциплінарна команда (далі - МДК) та, за необхідності, проводиться екстрена госпіталізація пацієнта у відповідні ЗОЗ.

За відсутності позитивної динаміки після 14-го дня лікування, пацієнт направляється на консультацію до лікаря-невролога (амбулаторно), який проводить комплексну оцінку стану пацієнта, за необхідності призначає нейровізуалізацію (КТ/МРТ) та проводить корекцію амбулаторного лікування.

2. Обґрунтування

Сучасний підхід до ведення пацієнтів із неспецифічним болем у спині спрямований, насамперед, на відновлення функціональної активності пацієнта, збереження його повсякденної мобільності. Якщо серйозна патологія малоймовірна, біль у попереку зазвичай лікують простими заходами, оскільки з часом біль минає самотійно. Повне усунення больового синдрому не завжди є досяжною або необхідною метою терапії, тоді як підтримання рухової активності та поступове відновлення функції мають важливе значення для попередження хронізації болю. Пріоритет надається активним методам ведення, які стимулюють рухову активність, сприяють адаптації пацієнта до больового синдрому та підтримують функціональну незалежність.

Водночас надмірна медикаментозна терапія не завжди покращує функціональні результати та може супроводжуватись небажаними ефектами.

За необхідності в медикаментозному лікуванні нестероїдні протизапальні засоби (далі - НПЗЗ) рекомендовані як засоби першого ряду для людей із низьким ризиком шкоди від їх застосування, оскільки опіоїдні знеболювальні засоби хоча і полегшують виражений гострий біль, пов'язані з високим ризиком, можуть спричиняти значну шкоду (в тому числі смерть), і не є значно ефективнішими, ніж інші широко використовувані лікарські засоби, такі як НПЗЗ,

Надмірне використання нейровізуалізації, лікарських засобів (особливо опіоїдів, бензодіазепінів, протисудомних) та передчасне підсилення лікування можуть призводити до хронізації болю, інвалідизації та до зростання витрат у сфері охорони здоров'я.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) на основі результатів клінічного та психосоціального оцінювань пацієнту із болем у попереку (нижній частині спини) призначають фізичні та/або психологічні втручання;

2) пацієнтів необхідно заохочувати підтримувати активний спосіб життя та продовжувати займатися звичайною діяльністю (або якомога швидше чи коли стане можливим повернутися до неї), включно з роботою;

3) з пацієнтом необхідно обговорювати стратегії самодопомоги; разом розробити план із врахуванням індивідуальних потреб та вподобань пацієнта, з практичними рекомендаціями для максимального збереження функцій та обмеження впливу болю й інших симптомів на повсякденне життя;

4) індивідуальні програми фізичної активності повинні включати вправи на розтягування і зміцнення м'язів та аеробні вправи, орієнтовані на покращення функціональних можливостей;

програми фізичної активності слід розпочинати з легких вправ (ходьба у воді, звичайна ходьба, легке плавання та стретчинг на підлозі, що сприяють нормальній рухливості хребта); після адаптації до фізичної активності її можна поступово змінювати/збільшувати та додавати функціональні вправи (наприклад, присідання, випади, підйоми на сходинку), вправи, що приносять пацієнтові задоволення (наприклад, йога, пілатес, ходьба, їзда на велосипеді);

5) фармакотерапія має розглядатися як допоміжний засіб для полегшення симптомів, що дозволяє пацієнту залишатися фізично активним; призначення лікарських засобів має базуватися на найменшій ефективній дозі протягом найкоротшого періоду;

пацієнту слід пояснювати, що метою застосування знеболювальних лікарських засобів є забезпечення фізичної активності, а не усунення болю; при призначенні лікарського засобу необхідно постійно оцінювати ефективність та досягнення чітко визначених цільових показників для припинення прийому;

6) НПЗЗ рекомендуються як перша лінія фармакотерапії з урахуванням шлунково-кишкових та серцево-судинних ризиків з боку пацієнта;

7) парацетамол не рекомендується як монотерапія для гострого неспецифічного болю у попереку (нижній частині спини) через доведену низьку ефективність;

8) слід уникати рутинного призначення опіоїдів, які можуть розглядатися тільки при дуже сильному болю на короткий термін (до 2 тижнів), якщо інші засоби протипоказані або неефективні;

9) міорелаксанти можуть бути використані коротким курсом (не більше 3-7 днів) при вираженому м'язовому спазмі (м'язово-тонічний синдром) тільки при гострому болю (до 4-х тижнів);

10) не призначати бензодіазепіни, антидепресанти, протисудомні лікарські засоби для лікування неспецифічного (не нейропатичного) болю в попереку (нижній частині спини), оскільки їхня ефективність є обмеженою, а пов'язані з ними ризики часто переважають потенційну користь;

11) слід розглядати можливість раннього направлення пацієнтів із підвищеним ризиком несприятливого результату на фізичну та/або психологічну

терапію; пацієнти з помірним або високим рівнем стресу, які мають труднощі з подоланням страху рухатися або зміною своїх переконань чи поведінки, можуть потребувати спеціальних психологічних втручань, таких як когнітивно-поведінкова терапія (далі - КПТ), прогресивна релаксація або зниження рівня стресу на основі усвідомленості;

12) фізіотерапія може допомогти поліпшити функціонування та рухливість, однак тільки в рамках комплексного лікування, що включає фізичну активність, із психологічною терапією або без неї, і лише на короткий період.

Розділ IV. Лікування хронічного болю у попереку (нижній частині спини)

1. Положення стандарту медичної допомоги

Хронічний (неспецифічний) біль у попереку (нижній частині спини), що триває більше 12 тижнів, потребує комплексного, мультидисциплінарного підходу з домінуванням немедикаментозних стратегій.

Мультидисциплінарна або міждисциплінарна програма медичної допомоги має містити принаймні один фізичний компонент та не менше одного іншого компоненту біопсихосоціальної моделі (психологічний, соціальний та/або професійний).

Пацієнти зі стійкими або прогресуючими симптомами/ознаками чи функціональними порушеннями мають проходити раннє повторне оцінювання для визначення перешкод до покращення їхнього стану. У разі сильного або прогресуючого болю у попереку (нижній частині спини) чи ногах, що не відповідає на застосовані методи лікування, а також за наявності прогресуючих неврологічних порушень або інших ознак специфічної та/або серйозної патології пацієнт має бути направлений на консультацію до лікаря-хірурга або іншого фахівця.

2. Обґрунтування

У невеликої частки пацієнтів біль у попереку (нижній частині спини) може набути постійного або хронічного характеру, що повторюється епізодично або зберігається з періодичними загостреннями. Термін «хронічний» вказує на тривалість симптомів (більше 12 тижнів) і не є діагнозом, він може мати конкретну причину або бути неспецифічним, коли причину болю не встановлено.

Біль впливає як на фізичний, так і на психічний стан, тому методи лікування, які одночасно враховують фізичні та психологічні аспекти, можуть полегшити біль і зменшити обмеження ефективніше, ніж саме лише медичне лікування. Психологічні методи є важливою складовою надання допомоги як при гострому, так і при хронічному болю.

Наявні дані, що тривала фармакотерапія (особливо опіоїдами) не покращує довгострокові результати і підвищує ризик шкоди. Найбільшу ефективність мають програми реабілітації, КПТ, модифікація способу життя.

Зміна способу життя може зменшити симптоми болю в попереку. Наприклад, доведено, що зниження маси тіла на 5% зменшує симптоми болю у попереку (нижній частині спини).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнтам, які звертаються за допомогою у зв'язку із хронічним чи постійним болем у попереку (нижній частині спини), перед початком надання допомоги необхідно проводити комплексне оцінювання болю та неврологічне обстеження з метою визначення, має пацієнт загострення хронічного болю чи гострий біль, спричинений новою патологією;

2) за результатами проведеного повторного оцінювання може бути переглянутий план лікування, зокрема, діагноз, психосоціальні фактори, медикаментозна терапія, стратегії самодопомоги;

3) більш раннє направлення та огляд можуть бути необхідні у випадку пацієнтів із тяжким загостренням хронічного болю у попереку (нижній частині спини) або біль зберігається чи посилюється попри відповідне раннє втручання;

4) у разі виявлення тривожних ознак, які були відсутні раніше (що можуть вказувати на серйозні патології чи неврологічні порушення) пацієнт має бути негайно направлений на консультацію до відповідного фахівця або на госпіталізацію/госпіталізований для невідкладного надання медичної допомоги;

5) пацієнтам із тяжким загостренням хронічного болю у попереку (нижній частині спини) має бути рекомендовано фізична активність та лікувальна фізкультура (далі - ЛФК), які можуть допомогти полегшити біль і поліпшити функціонування; водночас, необхідно перевіряти ефективність та дотримання пацієнтами будь-яких раніше призначених фізичних і психологічних методів лікування;

6) план немедикаментозного лікування хронічного болю у попереку (нижній частині спини) має враховувати як фізичні, так психологічні аспекти пацієнта та може включати такі методи як структурована програма фізичних вправ під керівництвом фахівця, психологічні втручання (КПТ, прогресивна релаксація або зниження рівня стресу на основі усвідомленості тощо);

необхідно надавати рекомендації щодо модифікації способу життя (фізична активність, дієта, режим сну, відмова від шкідливих звичок тощо);

7) фармакотерапія має розглядатися як допоміжний засіб для полегшення симптомів, що дозволяє пацієнту залишатися фізично активним; призначення лікарських засобів має базуватися на найменшій ефективній дозі протягом найкоротшого періоду, препаратами вибору є НПЗЗ;

слід утримуватись від призначення: опіоїдів, які можуть розглядатися тільки при дуже сильному болю на короткий термін; парацетамолу; системних глюкокортикостероїдів (перорально або внутрішньом'язово); міорелаксантів; бензодіазепінів, протисудомних лікарських засобів, антидепресантів (окрім дулоксетину, який за необхідності може бути рекомендований коротким курсом);

Бажані:

8) пацієнтам з хронічним болем у попереку (нижній частині спини) можуть бути запропоновані такі немедикаментозні методи як:

мобілізація/маніпуляція хребта як складова комплексної програми лікування, що включає фізичні вправи з психологічною терапією або без неї;

радіочастотна абляція медіальної гілки може розглядатися у пацієнтів із хронічним локалізованим болем у попереку за умови: неефективності неінвазивного лікування; наявності клінічної підозри, що джерелом болю є структури, іннервовані медіальною гілкою; інтенсивності болю 5 або більше балів за візуальною аналоговою шкалою на момент направлення; позитивної відповіді на діагностичну блокаду медіальної гілки. Проведення нейровізуалізації не є обов'язковою передумовою для радіочастотної абляції. Радіочастотна абляція латеральної гілки крижових нервів не застосовується;

акупунктура;

9) з метою сприяння активній участі пацієнта у процесі надання йому допомоги, не покладаючись тільки на пасивні методи лікування, комунікація між медичним працівником та пацієнтом має бути чутливою та мотиваційною, направленою на підвищення рівня обізнаності пацієнта в питаннях охорони здоров'я щодо болю у попереку (нижній частині спини);

пацієнту необхідно пояснювати, що використання психологічних технік не означає, що у людини підозрюють психічне захворювання або що її біль не є реальним чи не сприймається серйозно; програми фізичної активності та психотерапія допомагають ефективно впоратися з болем і мають менше ризиків та побічних ефектів.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря, який надає первинну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з болем у попереку (нижній частині спини) (далі – КМП).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, ЗОЗ, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, після надходження

інформації від усіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Кількість (відсоток) пацієнтів з болем у попереку (нижній частині спини), яким призначено КТ/МРТ за результатами оцінки наявності тривожних ознак («червоних прапорців»)

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з болем у попереку (нижній частині спини), яким призначено КТ/МРТ впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в

Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - форма № 025/о); форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 682/20995 (далі – форма № 027/о).

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, яким призначено КТ/МРТ за результатами оцінки наявності тривожних ознак («червоних прапорців») протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Кількість (відсоток) пацієнтів з болем у попереку (нижній частині спини), яким проведено оцінки наявності тривожних ознак («червоних прапорців») та факторів ризику несприятливого перебігу («жовтих прапорців»)

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з болем у попереку (нижній частині спини), які звернулись за медичною допомогою впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів, яким проведено оцінки наявності тривожних ознак («червоних прапорців») та факторів ризику несприятливого перебігу («жовтих прапорців») протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Біль у попереку», 2026 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 липня 2025 року № 1065 «Деякі питання підготовки та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 23 липня 2025 року за № 1109/44515
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

Біль у попереку (нижній частині спини): що потрібно знати

1. Наскільки це серйозно?

Біль у попереку (нижній частині спини) - дуже поширене явище. У понад 90% випадків він не пов'язаний із серйозним ушкодженням хребта.

Найбільш часті причини

- перенапруження м'язів
- перевтома
- тривале сидіння
- різке фізичне навантаження

У більшості людей значне покращення настає протягом 2 тижнів, а повне відновлення — протягом 4–6 тижнів.

2. Чи потрібне МРТ або КТ?

У більшості випадків — ні.

МРТ або КТ проводяться лише за наявності ознак серйозної патології. У багатьох здорових людей на знімках можуть виявлятися вікові зміни, які не є причиною болю. Зайві обстеження можуть призвести до непотрібного лікування.

3. Коли потрібно негайно звернутися до лікаря?

Терміново зверніться за медичною допомогою, якщо з'явилися:

- раптова слабкість у ногах;
- затримка або нетримання сечі чи калу;
- втрата чутливості в ділянці промежини;
- висока температура з болем у спині;
- сильний біль після серйозної травми;
- різка втрата ваги без причини;
- онкологічне захворювання в анамнезі та новий біль у спині.

4. Що допомагає найкраще?

Залишатися активним. Не потрібно лежати в ліжку.

Поступово збільшувати фізичну активність.

Намагатися виконувати звичайні побутові справи.

Повернення до роботи (за можливості) сприяє одужанню.

Біль не означає, що хребет «пошкоджений назавжди». У більшості випадків він минає.

5. Чи потрібні ліки?

Ліки можуть тимчасово зменшити біль, але вони не лікують причину. Найчастіше застосовуються протизапальні лікарські засоби коротким курсом. Парацетамол сам по собі зазвичай малоефективний. Опіоїдні лікарські засоби застосовуються рідко і лише короткий час.

6. Чому важливо не боятися руху?

Уникання рухів через страх болю може сповільнювати відновлення. Поступова активність допомагає зміцнити м'язи, зменшити напруження та повернути впевненість у рухах.

7. Якщо біль триває більше 3 місяців

Якщо біль не зменшується протягом 12 тижнів, застосовується комплексний підхід із акцентом на реабілітацію та відновлення функції. Тривалий прийом сильнодіючих анальгетиків зазвичай не покращує довгострокові результати.

8. Що Ви можете зробити самостійно?

залишатися активним;
виконувати рекомендовані вправи;
поступово збільшувати навантаження;
дотримуватися рекомендацій лікаря;
повідомляти про нові тривожні симптоми.

Пам'ятайте

У більшості випадків біль у попереку не є небезпечним і добре піддається консервативному лікуванню. Активна позиція пацієнта — ключ до одужання.

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Біль у попереку (нижній частині спини)»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З БОЛЕМ У ПОПЕРЕКУ (НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ)

1) Маршрутизація

Визначити: легкий/помірний біль без тривожних симптомів → пацієнту надається медична допомога на первинному рівні.

За наявності тривожних симптомів («червоних прапорців») → до надання медичної допомоги залучається МДК та за потреби – госпіталізація/екстрена госпіталізація.

2) Збір анамнезу (з обов'язковим документуванням)

Тривалість епізоду болю.

Наявність іррадіації в ногу/корінцевого болю, парестезій.

Факти травми (механізм, дата).

Онкоанамнез / нез'ясована втрата маси тіла.

Лихоманка/недавні серйозні інфекції.

Тривалий прийом глюкокортикостероїдів/ імунодефіцитні стани.

Вживання ін'єкційних наркотичних речовин.

Попереднє лікування та ефект; операції на хребті в анамнезі; попередні знімки (рентгенографії/КТ/МРТ), якщо були.

3) Фізикальний та короткий неврологічний огляд

Тест підйому прямої ноги (Ласега) при підозрі на радикулопатію.

Оцінка сили м'язів, рефлексів, чутливості (ознаки неврологічного дефіциту).

Пальпація (локальна болючість / ознаки спондилоартриту).

Оцінка функції тазових органів.

4) Наявність тривожних ознак («червоних прапорців») (скринінг)

Симптоми *Cauda equina*

затримка сечі або нетримання через переповнення

втрата тону анального сфінктера / нетримання калу

«сідлоподібна» анестезія

прогресуюча слабкість у ногах

Злоякісні новоутворення онкоанамнез

нез'ясована втрата маси тіла

нічний/постійний біль, що не полегшується в положенні лежачи
новий епізод сильного болю у віці >50 років

Інфекція (спондилодисцит/абсцес)

лихоманка/озноб

недавня серйозна інфекція

ін'єкційні наркотики

імунодефіцитні стани / тривалий прийом глюкокортикостероїдів

Перелом

значна травма (дорожньо-транспортна пригода /падіння з висоти)

незначна травма при остеопорозі

тривале застосування глюкокортикостероїдів

Запальне ураження (аксіальний спондилоартрит)

початок <40 років, поступовий

ранкова скутість >30 хвилин

полегшення при активності, відсутність полегшення у спокої

Якщо будь-який з цих симптомів → див. пункти 7–8 (термінова маршрутизація/госпіталізація).

5) Оцінка ризику несприятливого перебігу та хронізації («жовті прапорці»)

Провести оцінювання за допомогою інструментів STarT Back або Örebro, що наведені у додатках 4, 5 до цього Стандарту.

Задокументувати результат та визначити групу ризику (низький/середній/високий для STarT Back).

6) Нейровізуалізація (КТ/МРТ)

Не призначати рутинно КТ/МРТ без клінічних показань.

Розглядати термінову візуалізацію + консультацію лікаря-нейрохірурга / лікаря-ортопеда-травматолога при підозрі на: пухлину / інфекцію / перелом / симптоми ураження кінського хвоста, прогресуючий неврологічний дефіцит.

Якщо направлення термінове - направлення повинно містити: короткий неврологічний статус, рухові порушення, дані про тазові функції, травму, онко- та інфекційні ризики, функціональний статус, попереднє лікування, попередні дослідження.

7) ведення пацієнта на рівні первинної медичної допомоги

Перша лінія (база):

Інформування та заспокоєння пацієнта.

Заохочення до фізичної активності.

Немедикаментозні втручання — перша лінія.

Відмова від ліжкового режиму.

Друга лінія (фармакотерапія лише за необхідності):

НПЗЗ — як перша лінія фармакотерапії (з урахуванням ризиків).

Парацетамол НЕ рекомендується як монотерапія.

Опіоїди — уникати рутинного застосування; тільки при дуже сильному болю до 2 тижнів, якщо інше протипоказано/неефективне.

Міорелаксанти — коротким курсом 3–7 днів при вираженому м'язовому спазмі при гострому болю.

Не призначати рутинно: антидепресанти, бензодіазепіни, габапентин та прегабалін при неспецифічному (не нейропатичному) болю.

8) Коли направляти до лікаря-невролога

Якщо відсутня позитивна динаміка після 14-го дня лікування → амбулаторна консультація лікаря-невролога.

9) Госпіталізація

Показання до негайного направлення/екстреної госпіталізації:

гостра затримка або нетримання сечі

швидке наростання слабкості в кінцівках

підозра на інфекційне/пухлинне/травматичне ураження

підозра на спінальний інсульт

Показання до направлення на госпіталізацію

до неврологічного відділення:

прогресуючий неврологічний дефіцит;

порушення функції тазових органів;

неефективність амбулаторного лікування з вираженим функціональним порушенням;

підозра на ураження корінців (радикулопатія) або спинного мозку (мієлопатія, стеноз), що супроводжуються не лише больовим синдромом, а й неврологічним дефіцитом та/або порушенням функціонування.

до нейрохірургічного відділення:

синдром кінського хвоста;

гострий парез;

порушення функції тазових органів.

до інших відділень:

виявлення інших специфічних причин болю у спині, що потребують стаціонарного лікування.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Біль у попереку (нижній частині спини)»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

**Оцінка наявності тривожних ознак та несприятливого перебігу при
болю у попереку (нижній частині спини)**

Таблиця 1

**Основні тривожні ознаки при болю у попереку (нижній частині спини) /
«червоні» прапорці»**

Категорія патології	Клінічні ознаки («Червоні прапорці»)
Синдром кінського хвоста (Cauda Equina)	Затримка сечі або нетримання через переповнення. Втрата тонусу анального сфінктера або нетримання калу. «Сідлоподібна» анестезія (втрата чутливості в ділянці промежини/геніталій). Прогресуючий неврологічний дефіцит у нижніх кінцівках (слабкість м'язів).
Злоякісні новоутворення	Злоякісна пухлина в анамнезі (найсильніший маркер). Втрата ваги, яку неможливо пояснити. Біль, що не полегшується в положенні лежачи/ нічний біль. Вік > 50 років не є самостійною тривожною ознакою при новому епізоді сильного болю та враховується лише у поєднанні з іншими тривожними ознаками.
Інфекційне ураження (Спондилодисцит /Абсцес)	Лихоманка, озноб. Нещодавня серйозна інфекція (сечовивідних шляхів, шкіри). Вживання ін'єкційних наркотиків. Імунодефіцитні стани або тривалий прийом глюкокортикостероїдів.
Перелом хребта	Нещодавня значна травма (падіння з висоти, дорожньо-транспортна пригода (далі - ДТП). Незначна травма у осіб з остеопорозом. Тривале використання глюкокортикостероїдів.
Запальні захворювання	Поступовий початок болю у віці < 40 років. Ранкова скутість тривалістю > 30 хвилин.

(Аксіальний спондилоартрит)	Покращення стану при фізичній активності та відсутність покращення у спокої.
Невертеброгенної причини болю у попереку	Наявність клінічних ознак, що можуть свідчити про розрив аневризми черевної аорти, ниркову кольку, пієлонефрит, панкреатит, гінекологічну патологію та інші ургентні абдомінальні/тазові стани. Ознаки гострого ураження спинного мозку, зокрема спінального інсульту.

Таблиця 2

Оцінка психосоціальних факторів ризику при болю у попереку (нижній частині спини) / «жовті прапорці»

Категорія	Конкретні прояви	Клінічне значення	Рекомендована тактика
Когнітивні переконання	Переконання про «серйозне ушкодження хребта»; страх незворотності	Підвищений ризик уникання активності	Психоосвіта (освітня інтервенція)
Катастрофізація	«Мені стає тільки гірше»; очікування інвалідності	Високий ризик хронізації	Когнітивно-поведінкова терапія (далі-КПТ), психоосвіта
Страх руху (кінезіофобія)	Уникання рухів через страх погіршення	Формування поведінки уникання	Поетапна (поступова) активація, ЛФК
Уникання активності	Обмеження побутової або професійної діяльності без медичних підстав	Зниження функціонального відновлення	Активна реабілітація
Низька самоефективність	Невпевненість у здатності контролювати біль	Затримка одужання	Мотиваційне консультування

Депресивні симптоми	Знижений настрій, ангедонія	Незалежний фактор хронізації	Скринінг (PHQ-9), консультація психіатра за потреби
Тривожність	Постійна тривога щодо стану	Посилення больового сприйняття	Психологічна підтримка
Соціальні фактори	Конфлікти на роботі, компенсаційні виплати	Підвищений ризик тривалої непрацездатності	Робоча адаптація, міждисциплінарний підхід
Незадоволеність лікуванням	Часта зміна лікарів, пошук «серйозного діагнозу»	Ризик надмірної медикалізації	Єдина узгоджена стратегія
Попередній досвід хронічного болю	Тривалий біль у минулому	Схильність до повторної хронізації	Раннє втручання

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Біль у попереку (нижній частині спини)»
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

**Опитувальник для скринінгу м'язово-скелетного болю Örebro
Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ)
(коротка форма)**

Прізвище, ім'я: _____ Дата народження: _____

Стать: ☐ Чоловіча ☐ Жіноча

1. Як довго триває Ваш теперішній больовий стан?

Поставте «✓» в один квадрат.

0–1 тиждень ☐ [1]

1–2 тижні ☐ [2]

3–4 тижні ☐ [3]

4–5 тижнів ☐ [4]

6–8 тижнів ☐ [5]

9–11 тижнів ☐ [6]

3–6 місяців ☐ [7]

6–9 місяців ☐ [8]

9–12 місяців ☐ [9]

більше 1 року ☐ [10]

2. Як би Ви оцінили біль, який у Вас був протягом останнього тижня?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Немає болю

Біль настільки сильний, наскільки тільки можливо

Будь ласка, обведіть одне число, яке НАЙКРАЩЕ описує Вашу поточну здатність виконувати кожну з наведених нижче дій.

3. Я можу виконувати легку роботу протягом однієї години.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Не можу цього робити через біль

Можу робити це без того, щоб біль був проблемою

4. Я можу спати вночі.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Не можу спати через біль

Сплю без того, щоб біль був проблемою

5. Наскільки напруженим або тривожним Ви почувалися протягом останнього тижня?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Абсолютно спокійний і розслаблений Наскільки напруженим і тривожним я будь-коли себе почував(ла)

6. Наскільки сильно протягом останнього тижня Вас турбували відчуття пригніченості / депресії?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Зовсім не турбували

Надзвичайно сильно турбували

7. На Вашу думку, наскільки високий ризик того, що Ваш теперішній біль стане тривалим (хронічним)?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Немає ризику

Дуже високий ризик

8. На Вашу думку, наскільки ймовірно, що через 3 місяці Ви будете виконувати свою звичну роботу (звичайні обов'язки)?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ймовірність відсутня

Дуже велика ймовірність

Нижче наведені деякі твердження, які інші люди повідомляли нам про свій біль. Для кожного твердження, будь ласка, обведіть одне число від 0 до 10, яке найкраще відображає, наскільки фізична активність (така як нахилиння, піднімання, ходьба чи кермування автомобілем) впливає на Ваш біль.

9. Посилення болю означає, що я повинен(на) припинити те, що роблю, доки біль не зменшиться.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Повністю не згоден(на)

Повністю згоден(на)

10. Мені не слід виконувати свою звичайну роботу з тим болем, який у мене є зараз.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Повністю не згоден(на)

Повністю згоден(на)

СУМА (для заповнення медичним працівником):

Питання 1: _____

Питання 2: _____

Питання 3: $10 - x =$ _____Питання 4: $10 - x =$ _____

Питання 5: _____

Питання 6: _____

Питання 7: _____

Питання 8: $10 - x =$ _____

Питання 9: _____

Питання 10: _____

Загальний бал: _____

Оцінювання короткої форми Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ)

Коротка форма ÖMPSQ містить 10 пунктів, відібраних із повної версії (див. Linton, Nicholas & MacDonald, 2011). Кожен пункт оцінюється від 0 до 10, де 0 означає відсутність порушення / проблеми, а 10 — виражене порушення / тяжку проблему.

Три пункти (3, 4 та 8) необхідно інвертувати (перевернути шкалу), щоб усі питання були орієнтовані в одному напрямку. Система підрахунку вбудована в опитувальник, і праворуч від кожного пункту передбачені поля для внесення балів.

Пункт 1 (тривалість болю): категорії 1–10 відповідають часовим інтервалам від «0–1 тиждень» (перша графа ліворуч) до «більше 1 року» (остання графа праворуч). Наприклад, «6–8 тижнів» відповідає оцінці 5.

Пункти 2, 5, 6, 7, 9 та 10: бал дорівнює числу, яке обвів(ла) пацієнт. Пункти 3, 4 та 8: бал дорівнює 10 мінус число, яке обвів(ла) пацієнт (позначено як « $10 - x$ » над полем для оцінки). Запишіть бал за кожним пунктом у виділене поле праворуч. Підсумуйте всі бали, щоб отримати загальний бал, і впишіть його в останнє поле.

Загальний бал може коливатись від 1 до 100. Показник понад 50 свідчить про вищий прогнозований ризик майбутньої втрати працездатності (Linton, Nicholas & MacDonald, 2011).

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Біль у попереку (нижній частині спини)»
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

ІНСТРУМЕНТ СКРИНІНГУ БОЛЮ У СПИНІ Keele STarT Back Screening Tool

Ім'я пацієнта: _____ Дата: _____

Думаючи про останні 2 тижні, оберіть відповідь на такі твердження:

№ Твердження	Не згоден (0)	Згоден (1)
1 Мій біль у спині віддавав у ногу/ноги хоча б одного разу за останні 2 тижні	☐	☐
2 У мене був біль у плечі або шиї хоча б одного разу за останні 2 тижні	☐	☐
3 Я проходив лише короткі відстані через біль у спині	☐	☐
4 За останні 2 тижні я одягався повільніше, ніж зазвичай, через біль у спині	☐	☐
5 Бути фізично активним не є цілком безпечним для людини зі станом, подібним до мого	☐	☐
6 Тривожні думки часто проходили через мою голову протягом багатьох моментів дня	☐	☐
7 Я відчуваю, що мій біль у спині дуже сильний і ніколи не покращиться	☐	☐
8 Загалом я не отримував задоволення від речей, які раніше подобались	☐	☐

9. Загалом, наскільки обтяжливим був ваш біль у спині за останні 2 тижні?

Виберіть один варіант:

Взагалі ні (0) Трохи (0) Помірно (0) Дуже (1) Надзвичайно (1)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Загальний бал (усі 9): _____ Психосоціальний суббал (пункти 5–9): _____

Система оцінювання інструменту STarT Back

Інтерпретація результатів:

Загальний бал	Підсумковий бал (питання 5–9)	Група ризику
3 або менше	-	Низький ризик
4 або більше	3 або менше	Середній ризик
4 або більше	4 або більше	Високий ризик

© Keele University 01/08/07. Фінансовано Arthritis Research UK.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Біль у попереку (нижній частині спини)»
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

**ПРИКЛАД НАПРАВЛЕННЯ НА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЮ (МРТ/КТ) З
ОБГРУНТУВАННЯМ**

1. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

- **ПІБ пацієнта:** _____
- **Дата народження:** _____ **Вік:** _____
- **Дата звернення:** _____

2. ОБГРУНТУВАННЯ (Наявність «Червоних прапорців»)

Відмітьте відповідні пункти:

- ☐ **Неврологічний дефіцит:** Прогресуюча слабкість у нижніх кінцівках, парестезії, корінцевий біль.
- ☐ **Синдром кінського хвоста:** Затримка або нетримання сечі/калу, «сідлоподібна» анестезія.
- ☐ **Онкологічна настороженість:** Злоякісне новоутворення в анамнезі, нез'ясована втрата маси тіла.
- ☐ **Інфекційні та імунологічні ризики:** Лихоманка, озноб, нещодавні серйозні інфекції або тяжке системне захворювання, вживання ін'єкційних наркотичних речовин в анамнезі; тривалий прийом кортикостероїдів (ризик компресійних переломів)
- ☐ **Травма:** Механізм та дата нещодавньої значної травми (або незначної при остеопорозі).
- ☐ **Тривалість болю:** Понад 12 тижнів без покращення від консервативного лікування.

3. ПОТОЧНИЙ СТАН ТА АНАМНЕЗ

- **Функціональний статус:** Здатність до самообслуговування та пересування (обмежена/збережена).
- **Попереднє лікування:** Яка допомога надавалась (лікарські засоби, ЛФК, операції на хребті в минулому).
- **Результати попередніх досліджень:** рентгенографії, КТ, МРТ (якщо проводились раніше).

4. КЛІНІЧНИЙ ВИСНОВОК

- **Попередній діагноз:** _____
- **Мета дослідження:** (наприклад: виключення компресії корінців, оцінка стабільності перелому, виключення абсцесу/пухлини).

Підпис лікаря: _____ **Дата:** _____
