

Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ**
ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМИ ЛІКАРІВ¹



АМПУЛИ СИСТЕМИ ОРС (ONE-POINT

✓ CUT) — НАДПИЛЮВАННЯ АМПУЛИ НЕ ПОТРІБНЕ!²

В СЕРЕДЬОМУ МАКСИМАЛЬНА

✓ КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ЧЕРЕЗ 20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ^{2*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл N75.

Склад: Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг диклофенаку натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію). **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Диклоберл® N75

Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спондилоартриту, вертебрального больового синдрому, несуглобового ревматизму; гострих нападів подагри; ниркової та біліарної колік; болю та набряку після травм і операцій; тяжких нападів мігрені.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням не стероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч, незгортання крові, порушення гемостазу, гемопоетичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II–IV).

Ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів. **Дорослі.** Лікування Диклоберлом® N75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл® N75 у лікарській формі розчину для ін'єкцій протипоказаний для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотоку (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечника з кровотечею або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні реакції, депресія, тривожність, нічні кошмари, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженою наказом МОЗ (Диклоберл® N75 №657 від 07.04.2023). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте повну інструкцію для медичного застосування лікарського

засобу, а саме повний перелік побічних ефектів, особливостей застосування, спосіб застосування та дози.

Виробник. Диклоберл® N 75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Віа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РР №UA/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою:

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами призначення серед лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® N75 №1562 від 08.07.2020).

* Фармакологічні властивості. Після введення 75 мг диклофенаку шляхом внутрішньом'язової ін'єкції

UA-DIC-02-2024-V1-Print. Затверджено 07/02/2024



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Ревматологічні аспекти болю в кульшовому суглобі

За матеріалами науково-практичної конференції «Ортопедія майбутнього: регенеративні технології в дії» (19 вересня 2024 року)

Біль у кульшовому суглобі є поширеною проблемою, яка значно впливає на якість життя пацієнтів різного віку. Цей симптом може бути ознакою різних захворювань – від травматичних пошкоджень і дегенеративних змін до серйозних ревматологічних або судинних порушень. У своїй доповіді керівниця навчального центру «Інститут ревматології», д.мед.н., професорка Єлизавета Давидівна Єгудіна розглянула основні причини болю в кульшовому суглобі, зупинилася на питаннях діагностики, а також наголосила на важливості детального обстеження для виявлення небезпечних станів та призначення відповідного лікування. Сучасні підходи до терапії, включно із регенеративними технологіями та використанням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), дозволяють значно полегшити стан і підвищити якість життя пацієнтів.

Поширеність та причини болю

Біль у кульшовому суглобі часто зустрічається у дорослому віці й викликає функціональні порушення. Даний симптом є поширеним у 30-40% дорослих осіб, які займаються спортом, та у 12-15% пацієнтів після 60 років. Найчастішою причиною болю в кульшовому суглобі серед пацієнтів молодого віку є його травми та синовіт, у старшому віці – синдром трохантерального болю та остеоартрит (ОА). Окрім того, біль у кульшовому суглобі може бути симптомом відзеркаленого болю через попереково-крижову радикулопатію або аорто-клубову артеріальну недостатність (оклюзійну хворобу) (Langhout et al., 2019; Thorborg et al., 2017).

Професорка Єгудіна запропонувала лікарям-практикам приклади запитань та ключових знахідок, які можуть допомогти у проведенні диференційної діагностики при огляді та опитуванні пацієнта із болем у кульшовому суглобі.

Насамперед необхідно визначити, чи передувала травма виникненню болю. Це допоможе не лише вчасно розпочати необхідне лікування, але й уникнути дорогіших додаткових обстежень.

Є випадки, коли пацієнт відзначає появу болю у стегнах або сідницях після ходьби на певну відстань, виникнення болю та слабкість стегнових м'язів пов'язує із ходьбою, а також підтверджує наявність захворювання коронарних артерій або периферичних судин в анамнезі. Такі симптоми можуть свідчити на користь аорто-клубової артеріальної недостатності як причини болю у стегні.

Запідозрити ревматологічне захворювання, як-от ревматоїдний артрит або спондилоартрит, допоможуть позитивні відповіді на запитання: «Чи інші суглоби, крім кульшового, є болючими, набряклими або запаленими?» та «Чи симптоми й ознаки з'явилися в молодому віці та їм не передувала травма?».

Якщо пацієнт має будь-які розлади шлунково-кишкового тракту, що потребують обстеження, варто розглянути наявність ентерогенного артриту, наприклад, за хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту. Якщо при огляді чи в анамнезі хворий відмічає біль чи почервоніння очей або будь-яке ураження органу зору, яке потребує обстеження спеціаліста, симптом іриту/увейту може бути пов'язаний із системними запальними захворюваннями, як-от спондилоартрит. Виявлення при огляді чи наявність висипу на шкірі, особливо на ліктях, колінах або шкірі голови, а також наявність в особистому або сімейному анамнезі пацієнта псоріазу може вказувати на діагноз псоріатичного артриту.

На додаток, важливо виключити реактивний артрит чи артрит, асоційований з інфекцією в осіб, які мали в анамнезі системні захворювання або інфекції

до появи болю у стегні. Своєю чергою наявність у пацієнта скарг на відчуття оніміння або поколювання у стегні, нозі чи стопі може свідчити про парестетичну мералгію (хвороба Бернгардта – Rota) або патологію поперекового відділу хребта (радикулопатія L2/L3 уражає передню ділянку стегна/паху, радикулопатія L5/S1 – бічну поверхню стегон та сідниць).

Відповідь на запитання «Чи відчуваєте ви виразну слабкість, як-то нездатність відштовхнутися ногою або підняти/зігнути стопу?» допоможе визначитися з наявністю чи відсутністю поперекової радикулопатії в осіб із болем у кульшовому суглобі. Наявність у пацієнта скарг на біль бокової поверхні стегна в положенні лежачи на боці у спокої та під час сну може свідчити про пошкодження сідничних сухожилків або синдром великого вертлюга.

На рисунку 1 схематично представлені ймовірні причини болю в кульшовому суглобі залежно від локалізації болю.

Діагностика

Єлизавета Давидівна запропонувала наступний покроковий діагностично-лікувальний маршрут пацієнта із болем у кульшовому суглобі.

Крок перший

Обов'язково необхідно визначити, чи пов'язаний біль у кульшовому суглобі з травмою. Навіть незначна травма, наприклад падіння зі стільця, може спричинити перелом стегна чи таза у пацієнта похилого віку. За відсутності чіткої історії травми слід провести огляд на наявні приховані переломи стегна.

Такі стани, як перелом лобкової кістки без зміщення або перелом шийки

стегнової кістки досить важко діагностувати при звичайному огляді, але їх варто запідозрити у літніх осіб або пацієнтів зі зниженою мінеральною щільністю кісткової тканини. Пацієнти відзначатимуть болючість стегна по передній поверхні при переломі шийки стегнової кістки. При огляді реєструватиметься значний біль при пасивних рухах стегна пацієнта, особливо внутрішньому та зовнішньому обертаннях.

Із діагностичною метою рекомендовано використовувати звичайну рентгенографію (іноді може бути без патології), комп'ютерну й магнітно-резонансну томографію (МРТ) (Paoloni et al., 2024).

Крок другий

Важливо виключити інші небезпечні клінічні стани у пацієнта, що можуть бути причиною болю у кульшовому суглобі, як-то аортально-клубова артеріальна недостатність, септичний артрит, остеонекроз, пухлини, внутрішньочеревні захворювання (Paoloni et al., 2024).

Аортально-клубова артеріальна недостатність

Для цього стану характерний біль у сідниці, стегні та/або кульгавість, а також ниючий біль, пов'язаний зі слабкістю під час ходьби. Зокрема, у пацієнта наявні фактори ризику серцево-судинних захворювань. При обстеженні виявляються артеріальний шум та ослаблення пульсу в паху або дистальних відділах нижніх кінцівок, одно- чи двосторонній. У хворого спостерігаються атрофія м'язів, повільне загоєння ран на ногах.

Для діагностики рекомендоване термінове проведення візуалізаційного дослідження (Paoloni et al., 2024).



Є.Д. Єгудіна

Септичний артрит

Найчастішими бактеріями, які викликають розвиток септичного артриту, є *S. aureus*, *Streptococci* spp., *Pseudomonas*, *Serratia*. Захворювання частіше зустрічається у пацієнтів похилого віку, із цукровим діабетом, імуносупресією, нещодавно перенесеною системною інфекцією, проявами інфекційного ендокартиту, при ревматоїдному артриті, після проведення внутрішньосуглобових ін'єкцій. Також наявні симптоми системної інфекції – загальна слабкість, лихоманка та озноб. Можуть мати місце прилеглі вогнища інфекції (шкірна рана). У більшості випадків ураження відбувається через гематогенну дисемінацію в суглоб в осіб із бактеріємією. При огляді відзначаються локальне підвищення температури шкіри, почервоніння або набряк (рідко) у кульшовому суглобі. Рухи в суглобах болючі та обмежені у всіх площинах руху.

Найкращим методом дослідження при септичному артриті є МРТ. У 98% випадків на МРТ реєструється синовіальне потовщення, у 84% – перисиновіальний набряк та у 70% – випіт у суглобі (Smith et al., 2018).

Остеонекроз головки стегнової кістки

Найпоширенішими скаргами за даного клінічного стану є біль у паху, стегні та сідниці. Зазвичай біль виникає при навантаженні, а із прогресуванням захворювання турбує і у спокої або вночі. Діагностику проводять за допомогою візуалізаційних методів дослідження.

Розрізняють травматичний (вторинний) та нетравматичний остеонекроз. Травматичний остеонекроз зазвичай однобічний, тоді як нетравматичний – переважно двобічний. Перелік причин нетравматичного остеонекрозу дуже широкий. Найчастішими є тривала терапія глюкокортикоїдами, алкоголізм, куріння, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, антифосфоліпідний синдром, гіперліпідемія, інфекція, викликана вірусом імунodefіциту людини, гемоглобінопатія, хронічна ниркова недостатність, гестаційний цукровий діабет (Yoon et al., 2020).

Первинні або вторинні пухлини кісток

У разі пухлин кісток біль зазвичай локалізований, може посилюватися (часто вночі) та слабшати, а також бути пов'язаним із локальним набряком м'яких тканин. У пацієнта фіксується наявність системних симптомів, таких як зниження ваги або ж нічна пітливість.

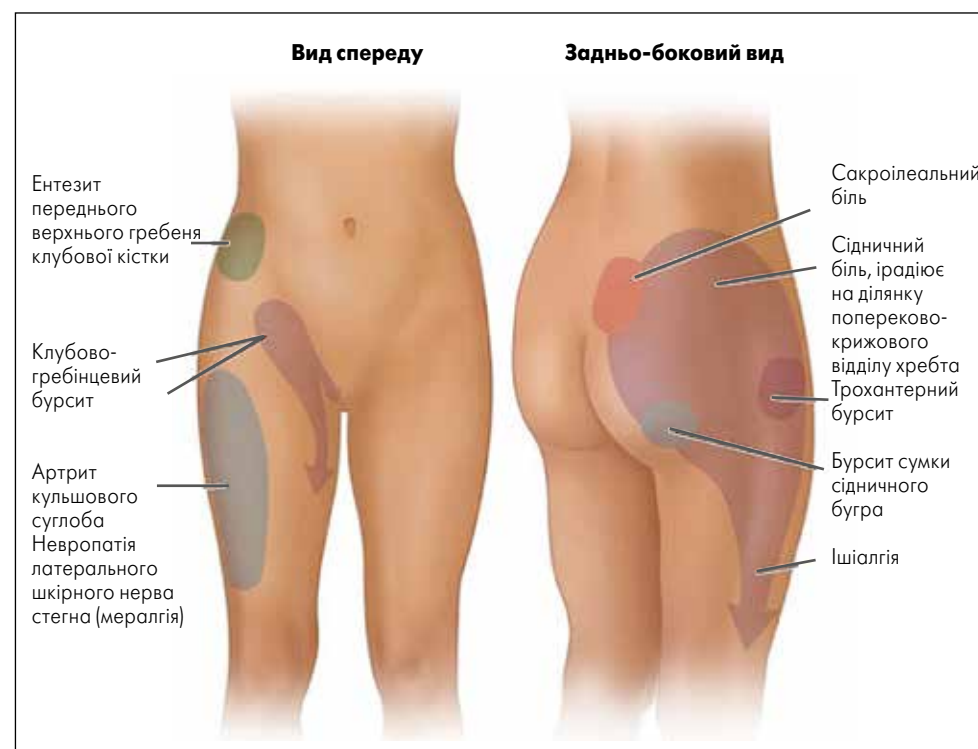


Рис. 1. Можливі причини болю залежно від локалізації

Пухлини кісток з іррадіацією болю в кульшовий суглоб зазвичай вражають проксимальний відділ стегнової кістки і можуть бути доброякісними (остеохондрома, остеома, остеодна остеома, остеобластома, гігантоклітинна пухлина, аневризмальна кіста кістки, фіброзна дисплазія, енхондрома) або злоякісними (остеосаркома, хондросаркома, саркома Юінга, гігантоклітинна пухлина, фіброзна гістіоцитоза).

Для діагностики застосовують візуалізаційні методи дослідження (Nakim et al., 2015).

Внутрішньочеревні захворювання

Важливо розглянути внутрішньочеревні причини болю в кульшовому суглобі, якщо діагноз залишається неясним. Необхідно провести додаткові обстеження, якщо біль стегна супроводжується ознаками системного захворювання (як-то гарячка, пітливість, втрата ваги) або ознаками ураження шлунково-кишкового тракту, урологічного або гінекологічного захворювання (як-от утворення в паху, болючість живота, гематурія, виділення з піхви). Необхідно виключити пахову грижу або апендицит, якщо біль локалізується у передньо-медіальному відділі стегна (Paoloni et al., 2024).

Крок третій

Слід виключити наявність у пацієнта ревматологічного захворювання, яке може бути ймовірною причиною болю в кульшовому суглобі. Найчастіше це ОА, ревматоїдний артрит, спондилоартрит (псоріатичний або реактивний артрит) і кристал-індуковані артропатії (подагра чи псевдоподагра). Важливо ретельно зібрати анамнез захворювання та провести огляд, оцінити наявність запальних станів, ураження інших суглобів, сімейний анамнез ревматологічного захворювання: висип, вузлики, ураження очей (ірит/увеїт) (Paoloni et al., 2024).

Ревматична поліміалгія

Ревматична поліміалгія – це один стан, який може характеризуватися болем у кульшовому суглобі. Це запальне ревматичне захворювання розвивається гостро та супроводжується виразним симетричним болем у ділянці плечового, тазового пояса і ший, обмеженням рухів, значним підвищенням гострофазових показників та анемією хронічного захворювання (Manzo et al., 2017).

ОА кульшового суглоба

Це поширене захворювання вражає переважно осіб похилого віку. Захворюваність на ОА кульшового суглоба варіює від 1 до 10%. Серед тих, хто досяг віку 85 років, у кожного четвертого розвивається симптоматичний ОА. Факторами ризику ОА кульшового суглоба є попередня травма кульшового суглоба, важкі фізичні навантаження, зміни форми суглоба та сімейний анамнез. Феморо-ацетабулярний імпінджмент та дисплазія кульшового суглоба також пов'язані з розвитком раннього ОА кульшового суглоба (Murphy et al., 2010).

Для пацієнтів з ОА кульшового суглоба притаманний поступовий розвиток больового синдрому, локалізований глибоко у передній частині стегна або в паху, який посилюється під час фізичної активності та зменшується під час відпочинку. Підйом із положення сидіння часто викликає біль у стегнах. Пацієнт відзначає болючі як активні, так і пасивні рухи стегна. Внутрішня ротація зазвичай зменшується швидше

і більше, ніж зовнішня. При прогресуванні захворювання біль з'являється за меншої активності та зрештою турбує у стані спокою та вночі (Paoloni et al., 2024).

Крок четвертий

Доцільно оцінити наявність радикулопатії або защемлення нерва як імовірної причини болю в кульшовому суглобі.

Поперекова радикулопатія

Здавнення корінців попереково-крижового нерва або периферичних нервів може проявлятися болем у стегнах. Пацієнт відзначає наявність парестезії, поколювання, оніміння, біль іррадіює вздовж ходу нерва, має місце слабкість нижніх кінцівок, згиначів і розгиначів коліна. При проведенні візуалізаційних досліджень виявляється протрузія диска або артропатія фасеткового суглоба. Симптоми можуть бути відтворені за допомогою активних тестів поперекового відділу хребта чи нейронного тестування (тесту натягу сідничного нерва). Під час огляду наявне зниження чутливості на передній частині стегна аж до медіальної сторони гомілки, знижений колінний рефлекс (Paoloni et al., 2024).

Залежно від того, які саме поперекові нервові корінці уражені, змінюватиметься локалізація болю та оніміння в нижніх кінцівках (рис. 2).

Крок п'ятий

Варто оцінити, чи біль осередковий, із чіткою локалізацією, що передбачає діагностику окремого захворювання опорно-рухового апарату. Наявний бічний біль у кульшовому суглобі, який часто локалізується вище великого вертлюга, в місці прикріплення сідничного сухожилку та вертлюгової бурси, характерний для синдрому великого вертлюга (вертлюгового бурситу). Біль у передній частині стегна зазвичай супроводжує розтягнення проксимального м'яза-згинача стегна або клубово-поперекового бурситу. Фемороацетабулярний імпінджмент викликає біль у передній частині стегна, який часто є найсильнішим при внутрішній та зовнішній ротації (Tibor et al., 2008).

Лабораторні дослідження

Лабораторне обстеження показане, якщо анамнез та обстеження викликають підозру на системне захворювання, як-от ревматологічна патологія. Початкове лабораторне тестування може включати: загальний аналіз крові, визначення швидкості осідання еритроцитів, С-реактивного білка, ревматоїдного фактора, HLA-B27.

Терапія

Незалежно від походження болю, важливо чітко визначити послідовність призначення знеболювальних фармакологічних засобів:

1. Неопіодні анальгетики: НПЗП +/- ад'юванти (прегабаліни, габапентини, міорелаксанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну).

2. Слабкі опіодні +/- неопіодні анальгетики +/- ад'юванти.

3. Сильні опіодні +/- неопіодні анальгетики +/- ад'юванти.

Спікерка звернула увагу на те, що першими в лікуванні болю завжди слід використовувати саме НПЗП. На сьогодні досить добре вивчено механізм дії НПЗП та їх імовірні побічні ефекти. Крім того, дозування цих препаратів можна легко титрувати, до того ж НПЗП є відносно фінансово доступними.

У дослідженні за участю 102 829 пацієнтів з ОА оцінювалося 90 різних активних препаратів або доз (68 для НПЗП, 19 для опіодів і 3 для парацетамолу). Результати показали, що такі пероральні засоби, як диклофенак (150 мг/добу), еторикоксид (90 і 60 мг/добу) та рофекоксид (25 і 50 мг/добу) корелювали із $\geq 99\%$ ймовірністю виразнішого ефекту лікування, ніж мінімальне клінічно значуще зменшення болю. Причому еторикоксид (60 мг/добу) та диклофенак (150 мг/добу) виявилися найефективнішими пероральними НПЗП для лікування ОА колінного та кульшового суглобів (da Costa et al., 2021).

Серед НПЗП, які мають найвиразніший знеболювальний вплив, доцільно виділити диклофенак, а саме **Диклоберл® ретард**. Це препарат тривалої дії, який містить 100 мг диклофенаку натрію в одній капсулі. Вже через чотири години після приймання капсули пацієнт відзначає значне полегшення болю, оскільки вивільняється повна доза діючої речовини. Вивільнення препарату починається у дванадцятипалій кишці. Завдяки особливій технологічно вдосконаленій капсулі з мікрогранулами, препарат продовжує вивільнятися впродовж 24 год, що зменшує кількість побічних ефектів. Така особливість дозволяє приймати препарат один раз на добу, що підвищує прихильність пацієнта до лікування.

Було проведено довгострокове подвійне сліпе рандомізоване дослідження із паралельними групами, присвячене порівнянню ефективності та переносимості застосування 7,5 мг/добу мелоксикаму або 100 мг/добу диклофенаку в таблетках пролонгованого вивільнення у 732 осіб з ОА поперекового відділу хребта. Науковці оцінювали зміну інтенсивності болю порівняно із вихідним рівнем та через 14 днів (після лікування). За результатами, зменшення інтенсивності болю

було досягнуте приблизно у 29% пацієнтів, які отримували диклофенак пролонгованого вивільнення, та у 23% на мелоксикамі.

Мережевий метааналіз був виконаний для оцінки ефективності семи різних НПЗП або парацетамолу із конкретною добовою дозою введення або плацебо для лікування болю при ОА колінного та кульшового суглобів. Результати показали відсутність ефективності монотерапії парацетамолом для лікування пацієнтів з ОА незалежно від дози. Своєю чергою використання диклофенаку в дозі 150 мг/добу асоціювалося з найкращими результатами із точки зору зменшення як болю, так і поліпшення функції суглобів (da Costa et al., 2017).

Порівняння диклофенаку при ОА із селективними інгібіторами ЦОГ-2 (еторикоксидом, цефекоксидом, луміракоксидом, рофекоксидом), НПЗП (ацеклофенаком, декскетопрофеном, етодолаком, лорноксикамом, мелоксикамом, набуметеном, німесулідом) та ацетамінофеном, трамаолом показало зіставну ефективність диклофенаку в терапевтичних дозах та інших ліків. Відповідно, диклофенак зміг підтвердити свою позицію як препарат вибору для терапії ОА. Ефективність диклофенаку не піддається сумніву, оскільки він залишається таким же дієвим, як і нові знеболювальні засоби, що застосовуються при ОА (Pavelka, 2012).

Якщо у пацієнта наявний виразний та гострий біль, рекомендовано використовувати парентеральне введення НПЗП для швидкого знебоління. Препарат **Диклоберл®** у дозі 75 мг в одній ампулі допомагає забезпечити швидке знебоління на початку лікування гострого болю та запалення після хірургічних втручань.

У проспективному рандомізованому подвійному сліпому дослідженні оцінювали ефективність застосування 75 мг диклофенаку внутрішньом'язово що 8 год, або 1 мг парацетамолу внутрішньовенно що 8 год, або їх комбінації що 8 год протягом 24 год від початку гінекологічної операції в нижній частині черевної порожнини. Основним результатом лікування 80 пацієнток із післяопераційним болем була необхідність застосування екстреного знеболювального засобу (трамадол) упродовж 24 год.

Вторинними результатами, які підлягали оцінці, були:

- оцінка болю за візуальною аналоговою шкалою;
- час до першого застосування екстреного знеболювального засобу;
- оцінка задоволеності пацієнток;
- будь-які побічні реакції.

Результати показали, що використання ін'єкційного диклофенаку сприяло зниженню потреби в екстреному знеболювальному засобі після гінекологічної операції. У групах лікування не повідомлялося про значущі відмінності щодо побічних реакцій (Pal et al., 2014).

Висновки

При зверненні пацієнта із болем в кульшовому суглобі необхідно виконати ретельну оцінку анамнезу захворювання, скаргу та об'єктивне дослідження. Важливий покроковий підхід до диференційної діагностики. За потреби слід провести додаткове візуалізаційне і лабораторне обстеження для виключення небезпечних захворювань та остаточного визначення діагнозу. Наступним кроком є призначення відповідної знеболювальної фармакологічної терапії з доведеною ефективністю.

Підготувала **Ірина Климась**



Нервові корінці	L4	L5	S1
Біль			
Оніміння			
М'язова слабкість	Розгинання квадрицепса	Тильне згинання великого пальця і стопи	Підшовове згинання великого пальця і стопи
Скринінгове дослідження	Присідання та піднімання із положення сидіння	Ходьба на п'ятах	Ходьба навшпиньки
Рефлекси	Знижений колінний рефлекс	Жодного надійного	Зниження гомілково-стопного рефлексу

Рис. 2. Тестування на визначення ураження поперекових нервових корінців