

Ведение пациентов с хронической поясничной болью и фибромиалгией

Т.И. Насонова, <https://orcid.org/0000-0003-4971-9254>, tatiana.martova@yandex.ru

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); Москва, Россия; 119021, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме

Ведение пациентов с хронической поясничной болью и фибромиалгией (ФМ) представляет актуальную проблему современной медицины. В реальной клинической практике ФМ часто не диагностируется, при хронической боли в спине не выявляются сочетанные заболевания, поэтому пациенты не получают комплексной терапии, что продемонстрировано на примере двух клинических наблюдений. Одна из пациенток страдала хронической люмбагией (скелетно-мышечная поясничная боль на фоне поражения нижних поясничных фасеточных суставов), хронической инсомнией, тревожными расстройствами. Вторая пациентка страдала ФМ в сочетании с артрозом тазобедренных суставов и крестцово-подвздошного сочленения. Комплексное персонализированное лечение, которое включало выявление и лечение сочетанных заболеваний, работу с неправильными представлениями пациентов о причинах боли, составление прогноза и планирование физической активности, проведение образовательной программы с элементами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), регулярные лечебные упражнения и фармакотерапию, что в итоге привело к существенному улучшению состояния больных. В обоих наблюдениях был достигнут стойкий (в течение 6 мес.) положительный эффект в виде снижения боли, улучшения функционального состояния, эмоционального статуса и сна пациентов. Также в исследовании обсуждаются вопросы эффективной терапии хронической скелетно-мышечной поясничной боли и ФМ, плохой информированности врачей о ФМ и критериях ее диагностики. Отмечается, что регулярные лечебные упражнения, ограничение чрезмерных физических и статических нагрузок составляют основу ведения пациентов с хронической болью в спине. Пациенты с хронической болью в спине часто имеют ошибочное представление о своем заболевании, его прогнозе, эффективных методах терапии, поэтому выявление и разрешение этих проблем с использованием КПТ способствуют положительному результату лечения.

Ключевые слова: хроническая боль в спине, хроническая скелетно-мышечная боль в спине, фибромиалгия, когнитивно-поведенческая терапия, лечебные упражнения при болях в спине, антидепрессанты

Для цитирования: Насонова Т.И. Ведение пациентов с хронической поясничной болью и фибромиалгией. *Медицинский совет.* 2022;16(11):114–120. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-11-114-120>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Management of patients with chronic low back pain and fibromyalgia

Tatiana I. Nasonova, <https://orcid.org/0000-0003-4971-9254>, tatiana.martova@yandex.ru

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia

Abstract

Management of patients with chronic low back pain and fibromyalgia is an urgent problem of modern medicine. In real clinical practice, fibromyalgia (FM) is often undiagnosed, with chronic back pain no combined diseases are detected, so patients do not receive comprehensive therapy, as demonstrated by two clinical observations. One patient suffered from chronic lumbodinia (skeletal-muscular lumbar pain against the background of lower lumbar facet joint lesions), chronic insomnia, anxiety disorders. The second patient suffered from FM combined with osteoarthritis of the hip joints and sacroiliac joint. Comprehensive personalized treatment, which included identifying and treating comorbidities, working with patients' misconceptions about the causes of pain, predicting and planning physical activity, conducting an educational program with elements of cognitive behavioral therapy (CBT), regular exercise therapy, and pharmacotherapy, led to significant improvement in the patients' condition. In both observations, a persistent (for 6 months) positive effect in the form of pain reduction, improvement of the functional state, emotional status, and sleep of the patients was achieved. The study also discusses the issues of effective therapy of chronic musculoskeletal chronic lumbar pain and FM, doctors' poor awareness of FM and criteria for its diagnosis. It is noted that regular therapeutic exercises, restriction of excessive physical and static loads form the basis of management of patients with chronic back pain. Patients with chronic back pain often have misconceptions about their disease, its prognosis, and effective therapies, so identifying and resolving these problems using CBT contributes to a positive treatment outcome.

Keywords: chronic back pain, chronic skeletal-muscular back pain, fibromyalgia, cognitive-behavioral therapy, exercises for back pain, antidepressants

ВСТУПЛЕНИЕ

Ведение пациентов с поясничной болью представляет актуальную проблему современной медицины, потому что поясничные боли занимают первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю количества лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [1]. Если у пациента не обнаруживаются специфические заболевания, дискогенная радикулопатия или поясничный стеноз, то поясничные боли чаще всего имеют скелетно-мышечное происхождение (поражение мышц, межпозвоночных дисков, крестцово-подвздошного сочленения (КПС), поясничных фасеточных суставов) или могут быть вызваны фибромиалгией (ФМ), для которой характерно наличие боли в других отделах спины и шеи, ощущение болезненности при пальпации мышц [2]. В развитии и поддержании хронической боли в спине важную роль играют сочетанные заболевания, среди которых часто встречаются нарушения сна, и эмоциональные расстройства, выявление и лечение которых позволяет повысить эффективность терапии [2, 3]. Регулярные физические упражнения, обучение пациентов умеренным физическим и статическим нагрузкам представляют наиболее эффективные направления лечения как хронической неспецифической поясничной боли (ХНПБ) [4, 5], так и ФМ [6, 7]. Повышение приверженности пациентов к регулярным лечебным упражнениям во многом достигается с помощью образовательных программ и психологических методов, преимущественно когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) [8, 9]. К сожалению, в реальной клинической практике ФМ часто не диагностируется, при хронической боли в спине (в т. ч. при ХНПБ) не выявляются сочетанные заболевания, пациенты не получают комплексной терапии, что отражают представленные далее клинические наблюдения пациентов, находившихся на лечении в Клинике нервных болезней имени А.Я. Кожевникова (КНБ) Сеченовского университета.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка Н., 54 года, поступила в КНБ 13.01.2021 г. с жалобами на ноющие, тянущие боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при физической нагрузке, на нарушение сна (имела трудности с засыпанием), повышенную тревожность (тревога о будущем) и раздражительность. Поясничные боли беспокоили пациентку периодически в течение 20 лет, обострения случались 1–2 раза в год, в период которых она принимала различные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Очередное обострение случилось около года назад без существенного эффекта от периодического при-

ема НПВС. В течение 3–4 мес. пациентку беспокоили нарушения сна. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника от 09.03.2020 г. были обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, дорзальные протрузии L4–L5, L5–S1 до 2 мм. Больная была направлена на стационарное лечение в связи с неэффективностью амбулаторного лечения. На момент поступления в КНБ она оценивала поясничную боль на 5–6 баллов по цифровой рейтинговой шкале боли (ЦРШ).

Пациентка не работает, ухаживает за ребенком-инвалидом. У пациентки был хронический эзофагит, ранее перенесла экстирпацию матки по поводу миомы, флебэктомии, удаление пупочной грыжи. Курение, употребление алкоголя и наркотических препаратов отрицает.

В соматическом статусе не выявлено изменений, артериальное давление (АД) – 110/70 мм рт. ст., пульс ритмичный, 75–80 уд/мин, ИМТ = 25,86 кг/м². Поражений черепных нервов, парезов, расстройств чувствительности и координации не выявлено, рефлексы сохранены. Движения в поясничном отделе несколько ограничены из-за болей. Отмечалось напряжение многораздельной мышцы спины на поясничном уровне, при пальпации в проекции нижних поясничных фасеточных суставов была обнаружена болезненность с двух сторон, проба Патрика отрицательная, пальпация в зоне Фортина умеренно болезненна.

Результаты тестирования пациентки по шкалам приведены в *табл. 1*. Как видно из представленных данных, у пациентки была обнаружена умеренная степень болевого синдрома (ЦРШ), связанное с болью нарушение повседневной активности (индекс Освестри – ИО), снижение качества жизни, отсутствие признаков ФМ (скрининговый опросник для выявления ФМ – FiRST), повышение тревожности при отсутствии депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии – ГШТД), отсутствие сонливости (шкала сонливости Эпворта – ШСЭ), наличие умеренных нарушений сна (индекс выраженности бессонницы – ИВБ), отсутствие признаков когнитивных нарушений (Монреальская шкала оценки когнитивных функций – МОКФ).

Лабораторные анализы, включая анализы крови на ВИЧ, гепатит В, С, сифилис, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, коагулограмма, не выявили изменений. Общий анализ мочи в пределах нормы.

При рентгенографии органов грудной клетки и на электрокардиограмме (ЭКГ) патологии не выявлено. По результатам рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника с функциональными пробами от 17.01.2021 г. определялись начальные признаки остеохондроза в виде умеренного снижения межпозвоночных дисков на уровне L4–L5, L5–S1, умеренного субхондрального склероза замыкательных пластин на этом

● **Таблица 1.** Результаты тестирования пациентки Н. при поступлении

● **Table 1.** Test results of patient N. on admission

Шкала/опросник	Максимальное количество баллов/%	Набранные пациенткой баллы/%	Интерпретация
ЦРШ	10	6	умеренная интенсивность боли
ИО	100%	26%	снижение качества жизни и активности
Опросник FiRST	6	3	отсутствие признаков ФМ
ГШТД (тревога)	21	13	клинически выраженная тревога
ГШТД (депрессия)	21	3	отсутствие депрессии
ШСЭ	24	4	отсутствие дневной сонливости
ИВБ	28	18	наличие умеренных нарушений сна
МОКФ	30	30	отсутствие признаков когнитивных расстройств

уровне при отсутствии костно-деструктивных и дистрофических изменений.

Диагностическая блокада с введением новокаина под рентген-контролем в проекцию фасеточных суставов L5–S1 с двух сторон показала выраженный положительный эффект в виде регресса болевого синдрома в течение 3 ч.

С учетом жалоб и анамнеза пациентки, выявленных изменений при мануальном обследовании, эмоционального статуса, положительной диагностической пробы с местным анестетиком и при отсутствии данных о специфических заболеваниях пациентке был выставлен диагноз: Хроническая люмбагия (скелетно-мышечная поясничная боль) на фоне поражения нижних поясничных фасеточных суставов, хроническая инсомния, синдром умеренных тревожных расстройств.

С пациенткой была проведена образовательная беседа: был объяснен диагноз и доброкачественный характер болевого синдрома, обсуждалась необходимость ежедневного выполнения индивидуально подобранных лечебных упражнений и избегания постельного режима. Также была проведена образовательная беседа в отношении гигиены сна. Пациентке был подобран индивидуальный комплекс упражнений, включающий адекватные по уровню подготовки нагрузки в виде ходьбы и упражнений на укрепление мышц спины. Были выявлены ошибочные представления о болях в спине («защемление нервов», опасность ухудшения состояния при регулярных занятиях лечебными упражнениями), феномены «катастрофизации» поясничной боли, «болевого» поведения. На основании этого была проведена коррекция этих представлений (отсутствие признаков поражения спинного мозга и нервов, безопасность, необходимость занятий лечебными упражнениями и др.), пациентка была обучена методикам релаксации. Была выполнена лечебная блокада с новокаином и бетаметазоном в проекцию нижних поясничных фасеточных суставов. Пациентка начала регулярно проводить лечебные упражнения, на фоне которых боль стала постепенно уменьшаться. С учетом наличия нарушений сна по типу трудностей с засыпанием и хронического болевого синдрома в поясничной области пациентке был назначен тразодон

по 50 мг за 30–60 мин до сна. В конце стационарного лечения у пациентки отмечалось снижение боли и улучшение функционального состояния. Пациентка была выписана из больницы с рекомендацией регулярно заниматься лечебными упражнениями, избегать чрезмерных статических и физических нагрузок, сохранять социальную и бытовую активность, гигиену сна. В качестве лекарственного средства был рекомендован тразодон по 100 мг за 40–50 мин до сна.

Пациентка в течение 6 мес. следовала всем рекомендациям. При амбулаторном обследовании через 6 мес. пациентка не отмечала поясничной боли, отсутствовали какие-либо признаки нарушений повседневной активности по ИО, улучшилось эмоциональное состояние (тревога 10 баллов и депрессия 5 баллов по ГШТД), нормализовался ночной сон (3 балла по ШСЭ), 6 баллов по ИВБ). Объем движений в поясничном отделе не ограничен, отсутствует болезненность при пальпации в проекции фасеточных суставов. Пациентке были рекомендованы постепенная отмена тразодона, регулярное проведение утренних и вечерних лечебных упражнений, избегание чрезмерных статических и физических нагрузок, сохранение всех форм активности для профилактики повторов поясничной боли.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациентка Л., 58 лет, поступила в КНБ 24.05.2021 г. с жалобами на интенсивные, ноющие боли в пояснично-крестцовом, шейном и грудном отделах позвоночника, в проекции тазобедренных суставов с двух сторон, диффузные точечные боли и ощущения жжения по всему телу, общую слабость, «разбитость», снижение внимания, нарушение ночного сна в виде трудности засыпания.

Со слов пациентки боли в пояснично-крестцовой области беспокоят ее более 10 лет, что выражается в виде периодических обострений в течение нескольких недель. В течение 3 лет стали также беспокоить боли в шейном и грудном отделах позвоночника, интенсивность болевого синдрома постепенно нарастала. Последние 2 года пациентка отмечала возникновение диффузных точечных болей и ощущений жжения по всему

телу, общую слабость, «разбитость», нарушение ночного сна в виде длительного (около часа) засыпания. По данным МРТ пояснично-крестцовой области от 14.09.2019 г. было обнаружено: задние грыжи межпозвонковых дисков L3–L4, L4–L5 до 4 мм, задняя протрузия межпозвонкового диска L5–S1 до 2 мм, гемангиомы L3 и L5. МРТ грудного отдела позвоночника от 14.03.2018 г.: протрузии дисков C3–C5 до 2 мм. МРТ шейного отдела позвоночника от 14.09.2019 г. показало протрузии дисков Th6–Th7, Th8–Th9, Th11–Th12 до 2 мм, грыжи Шморля Th5–Th12. Данные МРТ тазобедренных суставов от 01.12.2020 г.: лево- и правосторонний коксартроз 1–2 ст. Для купирования болевого синдрома по рекомендациям врачей пациентка использовала НПВС с незначительным положительным эффектом в виде снижения интенсивности боли на 10–20%. В связи с сохранением боли и неэффективностью амбулаторной терапии больная была госпитализирована в КНБ.

Пациентка не работает, находится на пенсии, имеет взрослых детей. Хронические заболевания: артериальная гипертензия 2-й ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, гиперхолестеринемия, бронхиальная астма, липома в проекции верхней порции трапецевидной мышцы слева, ожирение. Пациентке были проведены следующие операции: аппендэктомия, кесарево сечение. Аллергологический анамнез на лекарственные препараты: реакция на антибиотики пенициллинового ряда (сыпь). Курение, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами отрицает. Пациентка по рекомендации терапевта регулярно принимала лозартан в дозе 50 мг в сутки, розувастатин в дозе 10 мг в сутки, титропия бромид в дозе 18 мкг в сутки в виде ингаляции.

АД (на фоне приема антигипертензивной терапии) – 130/80 мм рт. ст., пульс удовлетворительного наполнения, 65–70 уд/мин, ИМТ повышен до 38,6 кг/м². Поражений черепных нервов, парезов, расстройств чувствительности и координации не выявлено, рефлексы сохранены. Движения существенно не ограничены в верхних конечностях, в шейном и грудном отделах позвоночника. Обнаружена болезненность при пальпации в 16 из 18 фибромиалгических точек по критериям Американской коллегии ревмато-

логов, опубликованным в 1990 г. (ACR – англ., American College of Rheumatology), а также болезненность в 7 из 9 областей по классификации Американского общества по изучению боли, опубликованной в 2019 г. (AAPT – англ., ACTION-APS Pain Taxonomy). Кроме этого, у пациентки имелось ограничение движений в тазобедренных суставах, положительный феномен Патрика с двух сторон, выраженная болезненность при пальпации в зоне Фортина с двух сторон.

Результаты тестирования пациентки по шкалам приведены в *табл. 2*. Как видно из представленных данных, у пациентки были обнаружены выраженная степень болевого синдрома, наличие 5 из 6 баллов по шкале FiRST, что характерно для ФМ, существенное нарушение качества жизни и ежедневной активности (по обновленному опроснику для оценки влияния ФМ – FIQR), усиленная тревожность при отсутствии депрессии (ГШТД), повышение сонливости (ШСЭ), наличие легких нарушений сна (ИББ), признаки когнитивных нарушений отсутствовали (МОКФ).

Лабораторные анализы, включая анализы крови на ВИЧ, гепатит В, С, сифилис, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, коагулограмма, не выявили изменений. Общий анализ мочи в пределах нормы.

При рентгенографии органов грудной клетки и ЭКГ патологии не выявлено. По данным МРТ КПС в STIR-режиме от 31.05.2021 г. обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения КПС с двух сторон, данных о сакроилеите нет.

Наличие у пациентки хронического диффузного болевого синдрома (около 2 лет), субъективных когнитивных нарушений, инсомнии, множественной болезненности при отсутствии анатомических причин боли, результатов тестирования свидетельствует о наличии ФМ как причины хронической боли. Сочетанным заболеванием с учетом результатов клинического обследования, МРТ тазобедренных суставов и КПС служат двусторонний коксартроз и артроз КПС.

С пациенткой была проведена образовательная беседа, были объяснены диагноз и доброкачественный характер болевого синдрома, обсуждена необходимость регулярных лечебных упражнений и длительного применения

● **Таблица 2.** Результаты тестирования пациентки Л. при поступлении

● **Table 2.** Test results of patient L. on admission

Шкала/опросник	Максимальное количество баллов	Набранные пациенткой баллы	Интерпретация
ЦРШ	10	8	высокая интенсивность боли
FIQR	100	51,3	выраженное снижение качества жизни, снижение активности
Опросник FiRST	6	5	наличие ФМ
ГШТД (тревога)	21	8	субклинически выраженная тревога
ГШТД (депрессия)	21	7	отсутствие депрессии
ШСЭ	24	10	наличие аномальной дневной сонливости
ИББ	28	10	наличие легких нарушений сна
МОКФ	30	30	отсутствие признаков когнитивных расстройств

препаратов из группы антидепрессантов и антиконвульсантов с учетом наличия ФМ, избегания постельного режима, сохранения социальной и бытовой активности. С учетом наличия нарушений сна была проведена образовательная беседа в отношении гигиены сна. В качестве лекарственной терапии был назначен дулоксетин в дозе 30 мг утром с дальнейшим повышением до 60 мг утром. Пациентке был подобран индивидуальный комплекс упражнений с учетом хронического болевого синдрома, вызванного ФМ, а также коксоартроза и артроза КПС с преобладанием упражнений на растяжку. Были выявлены ошибочные представления о болях в спине («грыжи дисков с возможностью парализации», опасность ухудшения состояния при регулярных занятиях лечебными упражнениями и др.), признаки «катастрофизации» поясничной боли и «болевого» поведения. На основании этого была проведена коррекция этих представлений (отсутствие признаков сдавления спинномозговых корешков, безопасность и необходимость занятий лечебными упражнениями для профилактики диффузного болевого синдрома болей в области суставов, и др.), пациентка была обучена методикам релаксации для снятия боли и улучшения засыпания. После стационарного лечения у пациентки уменьшилась боль и улучшились двигательные функции. Было рекомендовано продолжение лечения в течение 6 месяцев, а также постепенное снижение веса на основе диеты и увеличения физической активности.

Пациентка в течение 6 мес. следовала всем рекомендациям врача. На фоне комплексной терапии боль снизилась до 3 баллов по ЦРШ, улучшилось качество жизни (по шкале FIQR – 32,3), снизился уровень тревоги (2 балла по шкале тревоги и 4 балла по шкале депрессии ГШДД), нормализовался ночной сон (4 балла по ШСЭ и 2 балла по ИВБ). У пациентки при пальпации не найдено болезненности ни в одной из 18 фибромиалгических точек (32,3 балла по шкале FIQR), осталась только болезненность в 3 из 9 областей по классификации APPT. Не наблюдалась болезненности в зоне Фортина, проба Патрика стала отрицательной. Оставалось незначительное ограничение подвижности в тазобедренных суставах с двух сторон. С учетом сохранения болевого синдрома было рекомендовано продолжить терапию дулоксетином в дозе 30 мг утром в течение 6 мес., регулярно выполнять лечебные упражнения не менее 2 раз в день, снизить избыточный вес.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленные наблюдения показывают, что комплексное персонализированное лечение, включающее выявление и лечение сочетанных заболеваний, проведение образовательной программы с элементами КПТ, лечебные упражнения и фармакотерапия приводят к существенному улучшению состояния при двух распространенных формах поясничной боли – ХНПБ и ФМ. В обоих случаях был достигнут стойкий (в течение 6 мес.) положительный эффект в виде прекращения или снижения боли, улучшения функционального состояния, эмоционального статуса и сна пациентов. Результаты проведенного исследова-

ния согласуются с имеющимися данными о том, что комплексное лечение, включающее лечебные упражнения, психологические методы и лекарственную терапию, представляет наиболее эффективное направление ведения пациентов с хронической болью в спине [10–12].

Одной из представленных пациенток был впервые установлен диагноз ФМ на основе имеющихся критериев диагностики этого заболевания [13–15]. Этот диагноз относительно редко устанавливается у пациентов с хронической болью в спине в РФ, что во многом связано с недостаточной информированностью врачей, отсутствием официально адаптированных на русский язык критериев диагностики и опросников для выявления заболевания. Для использования в клинической практике наиболее более удобны критерии ААРТ [13].

В обоих представленных наблюдениях пациентки имели ошибочное представление о своем заболевании, его прогнозе, эффективных методах терапии, поэтому выявление этих представлений, их изменение с использованием КПТ во многом способствовало положительному результату терапии. Полученные данные согласуются с имеющимися данными о том, что если при хронической боли в спине выявляются эмоциональные расстройства и инсомния, ведущее значение в их коррекции приобретают психотерапевтические методы, особенно КПТ [8, 16]. В представленных наблюдениях образовательная программа и КПТ были направлены как на лечение боли, так и на коррекцию повышенной тревожности и нарушений сна. Отмечается, что при нарушениях сна у пациентов с хронической болью в спине КПТ позволяет не только улучшить сон, но и уменьшить боль [17].

Пациенты были неоднократно информированы о доброкачественном характере заболевания, целесообразности сохранять физическую, социальную и профессиональную активность, что во многом определило эффективность терапии и соответствует рекомендациям экспертов по ведению пациентов как с ХНПБ¹ [10, 12, 18], так с ФМ [7, 19]. Персонализированный подход к ведению пациентов включал выяснение их представлений о причинах и прогнозе заболевания, и о целесообразности лечебных упражнений, и, поскольку имели место ошибочные представления о прогнозе заболевания и возможном негативном влиянии физической активности на течение заболевания, проводились повторные разъяснения пациенткам о причинах боли, об эффективности и безопасности лечебных упражнений.

Регулярные занятия лечебными упражнениями, которые пациенты продолжили после окончания курса стационарного лечения, составляют основу ведения пациентов с хронической болью в спине [20, 21]. Различные лечебные упражнения близки по эффективности при хронической боли в спине [20, 21], при этом целесообразно учитывать предпочтения пациентов при рекомендации тех или видов упражнений, пеших прогулок, плавания [22]. Имеются данные о высокой эффективности лечебных упражнений, направленных на координацию мышц спины и тазового

¹ Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. National Guideline Centre (UK). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>.

пояса [23, 24], аэробных упражнений [24]. Большинство пациентов положительно относится к регулярным пешим прогулкам, которые повышают приверженность пациентов к лечебным упражнениям, но не заменяют их [25].

В комплексной терапии обеих пациенток использовались антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (тразодон) и серотонина и норадренаина (дулоксетин) с учетом имеющихся эмоциональных нарушений и расстройств сна, что могло также быть причиной положительного эффекта терапии. При хронической боли в спине антидепрессанты наиболее обоснованы при наличии эмоциональных расстройств и нарушениях сна [2]. В целом эффективность антидепрессантов при хронической боли в спине остается спорной, по данным одного системного анализа использование антидепрессантов уменьшает интенсивность боли [26], по данным другого – не оказывает существенного влияния [27]. В одном из наблюдений мы использовали дулоксетин, эффективность которого показана при хронической боли в спине и ФМ в плацебо-контролируемых исследованиях и систематических обзорах [28, 29]. При ФМ, в отличие от ХНПБ, следует использовать и антиконвульсанты² [7]. Для достижения стойкого положительного эффекта

курс приема антиконвульсантов и антидепрессантов должен составлять не менее 6 мес., что было продемонстрировано в представленных наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, персонализированный подход при хронической боли в спине включает выяснение ее причины, а также выявление сочетанных заболеваний, в т. ч. суставной патологии, нарушений сна и эмоциональных расстройств, что позволяет осуществить комплексное лечение пациента. В большинстве случаев обнаруживаются ХНПБ или ФМ, при лечении которых следует опираться на имеющиеся рекомендации по их терапии, применять антидепрессанты и противосудорожные средства в случае ФМ. Ведущее значение имеют регулярные лечебные упражнения, пешие прогулки, избегание чрезмерных физических и статических нагрузок, а также КПТ, которая, с одной стороны, способна уменьшить эмоциональные нарушения и улучшить сон, а с другой стороны – повысить приверженность пациентов к регулярным лечебным упражнениям.



Поступила / Received 11.05.2022

Поступила после рецензирования / Revised 27.05.2022

Принята в печать / Accepted 03.06.2022

² Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. *National Guideline Centre (UK)*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>.

Список литературы / References

- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743–800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4).
- Парфенов В.А., Исайкин А.И. *Боли в поясничной области*. М.; 2018. 200 с. Режим доступа: https://static-eu.insales.ru/files/1/8037/5726053/original/boli_v_pojasn_oblasti.pdf.
- Parfenov V.A., Isaykin A.I. *Pain in the lumbar region*. Moscow; 2018. 200 p. (In Russ.) Available at: https://static-eu.insales.ru/files/1/8037/5726053/original/boli_v_pojasn_oblasti.pdf.
- Maier C., Underwood M., Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet Neurol*. 2017;389(10070):736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)309709](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)309709).
- Takahashi N., Omata J.-I., Iwabuchi M., Fukuda H., Shirado O. Therapeutic efficacy of nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy versus exercise therapy in patients with chronic nonspecific low back pain: a prospective study. *Fukushima J Med Sci*. 2017;63(1):8–15. <https://doi.org/10.5387/fms.2016-12>.
- Magalhães M.O., Comachio J., Ferreira P.H., Pappas E., Marques A.P. Effectiveness of graded activity versus physiotherapy in patients with chronic nonspecific low back pain: midterm follow up results of a randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther*. 2018;22(1):82–91. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.07.002>.
- Angst F., Brioschi R., Main C.J., Lehmann S., Aeschlimann A. Interdisciplinary rehabilitation in fibromyalgia and chronic back pain: a prospective outcome study. *J Pain*. 2006;7(11):807–815. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.03.009>.
- Macfarlane G.J., Kronisch C., Dean L.E., Atzeni F., Häuser W., Fluß E. et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>.
- Kamper S.J., Apeldoorn A.T., Chiarotto A., Smeets R.J.E.M., Ostelo R.W.J.G., Guzman J., van Tulder M.W. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;349(9):CD000963. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000963.pub3>.
- Paolucci T., Attanasi C., Cecchini W., Marazzi A., Capobianco S.V., Santilli V. Chronic low back pain and postural rehabilitation exercise: a literature review. *J Pain Res*. 2018;12:95–107. <https://doi.org/10.2147/JPR.S171729>.
- Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., Forciea M.A. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American college of physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514–530. <https://doi.org/10.7326/L17-0475>.
- Chou R., Deyo R., Friedly J., Skelly A., Hashimoto R., Weimer M. et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):493–505. <https://doi.org/10.7326/m16-2459>.
- Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Головачева В.А. и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(25):7–16. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-7-16>.
- Parfenov V.A., Yakhno N.N., Davydov O.S., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Golovacheva V.A. et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurologiya, Neiropsikhiatriya, Psichosomatika*. 2019;11(25):7–16. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-7-16>.
- Arnold L.M., Bennett R.M., Crofford L.J., Dean L.E., Clauw D.J., Goldenberg D.L. et al. AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Pain*. 2019;20(6):611–628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>.
- Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B., Bennett R.M., Bombardier C., Goldenberg D.L. et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33(2):160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>.
- Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M.A., Goldenberg D.L., Häuser W., Katz R.L. et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46(3):319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>.
- Richmond H., Hall A.M., Copsey B., Hansen Z., Williamson E., Hoxey-Thomas N. et al. The effectiveness of cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain: a systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE*. 2015;10(8):e0134192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134192>.
- Ho K.K.N., Ferreira P.H., Pinheiro M.B., Silva A.D., Miller C.B., Grunstein R., Simic M. Sleep interventions for osteoarthritis and spinal pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(2):196–218. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.09.014>.
- Wong J.J., Côté P., Sutton D.A., Randhawa K., Yu H., Varatharajan S. et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017;21(2):201–216. <https://doi.org/10.1002/ejpp.931>.
- Moore A., Wiffen P., Kalso E. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia. *JAMA*. 2014;312(2):182. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.6336>.

20. Niederer D., Mueller J. Sustainability effects of motor control stabilisation exercises on pain and function in chronic nonspecific low back pain patients: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *PLoS ONE*. 2020;15(1):e0227423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227423>.
21. Hayden J.A., Wilson M.N., Stewart S., Cartwright J.L., Smith A.O., Riley R.D. et al. Exercise treatment effect modifiers in persistent low back pain: an individual participant data meta-analysis of 3514 participants from 27 randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2020;54(21):1277–1278. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101205>.
22. Weweg M.A., Booth J., Parmenter B.J. Aerobic vs. resistance exercise for chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2018;31(5):889–899. <https://doi.org/10.3233/BMR-170920>.
23. Saragiotto B.T., Maher C.G., Yamato T.P., Costa L.O.P., Costa L.C.M., Ostelo R.W.J.G., Macedo L.G. Motor control exercise for nonspecific low back pain: A cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;41(16):1284–1295. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001645>.
24. Owen P.J., Miller C.T., Mundell N.L., Verswijveren S.J.J.M., Tagliaferri S.D., Brisby H. et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2020;54(21):1279–1287. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100886>.
25. Vanti C., Andreatta S., Borghi S., Guccione A.A., Pillastrini P., Bertozzi L. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Disabil Rehabil*. 2019;41(6):622–632. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1410730>.
26. Staiger T.O., Gaster B., Sullivan M.D., Deyo R.A. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine*. 2003;28(22):2540–2545. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000092372.73527.ba>.
27. Kuijpers T., van Middelkoop M., Rubinstein S.M., Ostelo R., Verhagen A., Koes B.W., van Tulder M.W. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2011;20(1):40–50. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1541-4>.
28. Skljarevski V., Zhang S., Desai D., Alaka K.J., Palacios S., Miazowski T., Patrick K. Duloxetine versus placebo in patients with chronic low back pain: a 12-week, fixed-dose, randomized, double-blind trial. *J Pain*. 2010;11(12):1282–1290. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.03.002>.
29. Hauser W., Petzke F., Uceyler N., Sommer C. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(3):532–543. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq354>.

Информация об авторах:

Насонова Татьяна Игоревна, врач-невролог 3-го неврологического отделения Клиники нервных болезней А.Я. Кожевникова, аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; tatiana.martova@yandex.ru

Information about the authors:

Tatiana I. Nasonova, Neurologist, Kozhevnikov 3rd Neurological Department of the Clinic of Nervous Diseases, Postgraduate Student, Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia; tatiana.martova@yandex.ru