

Ведение пациентов со скелетно-мышечной болью в спине и коморбидной тревогой

В.А. Головачева , <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoho.veronicka@gmail.com

Г.Р. Табеева, <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>, grtabeeva@gmail.com

Т.Г. Фатеева, <https://orcid.org/0000-0001-5502-9757>, fateeva_tatyana@inbox.ru

Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского; 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2

Резюме

Скелетно-мышечная боль (СМБ) в спине – одна из самых распространенных причин обращения за медицинской помощью. СМБ несет значимое социальное-экономическое бремя, т. к. приводит к снижению трудоспособности взрослого населения. Важно учитывать, что хронизация СМБ в спине происходит под воздействием «желтых флажков» – факторов, способствующих центральной сенситизации боли (патофизиологически) и хронификации боли (клинически). Самый распространенный фактор хронизации боли – тревога, которая лежит в основе развития катастрофизации боли, неадаптивного избегающего («болевого») поведения, а также тревожных расстройств. Симптомы тревоги могут выражаться не только в эмоциональной сфере, но и в соматической, когнитивной и поведенческой. Своевременное выявление и коррекция тревоги у пациентов с хронической СМБ повышает эффективность лечения болевого синдрома. Для лечения хронической СМБ необходим мультидисциплинарный подход, включающий кинезиотерапию, когнитивно-поведенческую терапию и оптимальную фармакотерапию. К препаратам с доказанной эффективностью относятся нестероидные противовоспалительные средства, например декскетопрофен, который может быть назначен для лечения хронической СМБ коротким курсом и в средней терапевтической дозе. Обсуждаются эффективность и безопасность декскетопрофена в лечении болевых синдромов, данные клинических исследований и систематического обзора. Представлен собственный опыт ведения пациента с хронической неспецифической СМБ в спине и тревогой. Показаны «желтые флажки», которые привели к хронизации СМБ у данного пациента. Продемонстрирована эффективная мультидисциплинарная тактика лечения пациента с хронической СМБ и тревожным расстройством.

Ключевые слова: хроническая неспецифическая боль в нижней части спины, боль в спине, люмбагия, люмбоишалгия, тревожное расстройство, лечение, НПВС, декскетопрофен

Для цитирования: Головачева В.А., Табеева Г.Р., Фатеева Т.Г. Ведение пациентов со скелетно-мышечной болью в спине и коморбидной тревогой. *Медицинский совет.* 2022;16(23):60–66. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-60-66>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Management of patients with musculoskeletal back pain and comorbid anxiety

Veronika A. Golovacheva , <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoho.veronicka@gmail.com

Guzyal R. Tabeeva, <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>, grtabeeva@gmail.com

Tatyana G. Fateeva, <https://orcid.org/0000-0001-5502-9757>, fateeva_tatyana@inbox.ru

Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine; 11, Bldg. 2, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia

Abstract

Musculoskeletal back pain (MSBP) is one of the most common reasons for seeking medical care. A socioeconomic burden of MSBP is significant, as it leads to reduced working capacity of the adult population. It is important to consider that the MSBP chronicity develops under the impact of “yellow flags”, i. e. factors that contribute to the central pain sensitization (pathophysiologically) and pain chronicification (clinically). The most common factor of pain chronicity is anxiety that underlies the development of pain catastrophization, maladaptive escape (“pain”) behaviour, and anxiety disorders. Anxiety symptoms can be expressed not only in the emotional, but also in the somatic, cognitive and behavioural sphere. Timely detection and management of anxiety in patients with chronic MSBP improves the effectiveness of pain syndrome treatment. The chronic MSBP treatment requires a multidisciplinary approach, which comprises kinesiotherapy, cognitive behavioural therapy, and optimal pharmacotherapy. Evidence-based drugs include non-steroidal anti-inflammatory drugs, such as dexketoprofen, which can be prescribed for the treatment of chronic MSBP with a short course and at an average therapeutic dose. The efficacy and safety of dexketoprofen in the treatment of pain syndromes, data from clinical studies and a systematic review are discussed. The authors present their own experience in managing a patient with chronic nonspecific MSBP and anxiety. The “yellow flags” that led to the MSBP chronicity in the patient are provided. The effective multidisciplinary approach to the treatment of a patient with chronic MSBP and anxiety disorder is demonstrated.

Keywords: chronic nonspecific pain in the lower back, back pain, lumbalgia, lumboishalgia, anxiety disorder, treatment, NSAIDs, dexketoprofen

ВВЕДЕНИЕ

Скелетно-мышечная боль (СМБ) в спине, неспецифическая боль в спине (НБС), относится к одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью [1]. Пациенты со СМБ наблюдаются у терапевтов, ревматологов, неврологов, ортопедов. Около 1,71 млрд людей по всему миру страдают СМБ. Социально-экономическое бремя СМБ связано с прямыми и косвенными экономическими потерями. СМБ приводит к снижению повседневной активности, к кратковременной или устойчивой потере работоспособности [2, 3]. СМБ чаще локализуется в нижней части спины и шее, она наблюдается при остеоартрозе и ревматологической патологии околоуставных мягких тканей – тендинитах, бурситах, теноосиновитах разной локализации [4–6]. В неврологической и терапевтической практике СМБ в спине – самая частая причина нетрудоспособности среди взрослого населения [7]. Течение СМБ отягощают коморбидные расстройства, среди которых наиболее часто выявляются тревожное расстройство, депрессия, нарушения сна. Перечисленные коморбидные расстройства относят к т. н. «желтым флажкам» – факторам, способствующим хронизации боли и поддержанию хронического течения болевого синдрома [8]. Для эффективного лечения пациентов с хронической СМБ и коморбидными расстройствами необходим междисциплинарный подход, который подразумевает использование оптимальной фармакотерапии, кинезиотерапии и психотерапии [7, 9].

В неврологической практике один из самых распространенных клинических портретов пациентов – это пациент с хронической неспецифической болью в нижней части спины (БНЧС) и тревогой. Среди пациентов с хронической неспецифической БНЧС симптомы тревоги и тревожные расстройства встречаются в более половине всех случаев [10]. Наличие тревоги, с одной стороны, связано с развитием и поддержанием катастрофизации боли, а с другой стороны – с формированием болевого (избегающего, неадаптивного) поведения. В связи с этим своевременное выявление тревоги и тревожных расстройств лежит в основе эффективного ведения пациентов с хронической неспецифической БНЧС.

ТРЕВОГА И ХРОНИЧЕСКАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Тревога – это отрицательно окрашенная эмоция, которая выражает ощущение беспокойства и неопределенности, ожидание негативных событий, смутное предчувствие неблагоприятного развития событий [10]. Кроме тревоги, у многих пациентов с хронической неспецифи-

ческой БНЧС часто наблюдаются страхи, которые в отличие от тревоги предметны и связаны с боязнью каких-то явлений. Самый распространенный страх среди пациентов с хронической неспецифической БНЧС – это страх движений (кинезиофобия), страх инвалидизации.

По результатам исследования пациентов с хронической неспецифической БНЧС с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии симптомы тревоги выявлены в 55% случаев [10]. Среди пациентов с хронической неспецифической БНЧС тревожное расстройство (текущее или в анамнезе) определяется в 95% случаев [11].

Связь тревоги, тревожных расстройств и боли в спине неоднозначна. Если у тревожно-мнительной личности развивается боль в спине и присутствуют «желтые флажки» (нарушения сна, проблемы в личной жизни или на работе, неправильные представления о неблагоприятности прогноза, малоподвижный образ жизни), то может произойти не только хронизация боли, но и развитие тревожного расстройства. В других случаях тревожное расстройство может существовать у пациента до эпизода боли в спине, а после дебюта болевого синдрома тревожное расстройство может выступать в виде «желтого флажка» и способствовать хронизации неспецифической БНЧС [11].

У пациентов с БНЧС тревожность способствует формированию катастрофизации боли, повышенной телесной бдительности, а также кинезиофобии [11, 12]. Три перечисленных феномена – ключевые когнитивные компоненты в поддержании хронического течения боли и сниженного качества жизни. Катастрофизация боли – это сосредоточение пациента на худших вариантах развития событий, связанных с болевым синдромом. Катастрофизация боли ассоциирована с нетрудоспособностью пациента. Ятрогенные факторы могут способствовать возникновению катастрофизации боли. Например, у многих пациентов выявленные по МРТ позвоночника бессимптомные межпозвонковые грыжи ошибочно оцениваются как причины БНЧС. Повышенная телесная бдительность при боли – усиленное внимание к ощущению боли и низкая способность пациента отвлекаться от болевых ощущений. Под термином «кинезиофобия» подразумевают чрезмерный иррациональный и изматывающий страх движений и физической активности, связанный с ощущением возможной травматизации и ухудшения состояния. Катастрофизация боли, повышенная телесная бдительность, кинезиофобия способствуют формированию избегающего «болевого» поведения. Данное поведение заключается в снижении повседневной физической активности, в отказе от занятий лечебной гимнастикой, плавания и пеших прогулок, в приверженности к пассивным и неэффективным методам лечения –

массажу, физиотерапии, ношению фиксирующих поясов, ежедневному приему обезболивающих препаратов. Перечисленные факторы усиливают БНЧС за счет того, что усугубляют дисфункцию суставов, способствуют детренированности мышц и их перенапряжению во время длительного поддержания одних и тех же поз, например, при работе за компьютером, просмотре фильмов с мобильных устройств. Для пациентов с хронической неспецифической БНЧС и симптомами тревоги характерно развитие и поддержание «порочного круга» (рис.). При ведении данной категории пациентов необходимо воздействие на все звенья представленного «порочного круга», что возможно только при междисциплинарном подходе к лечению.

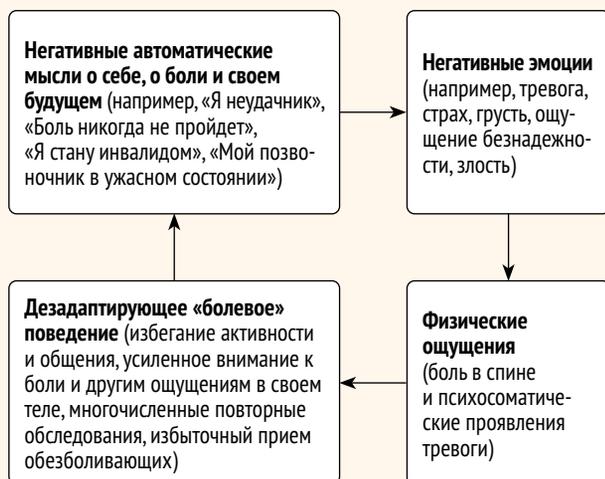
ДИАГНОСТИКА ТРЕВОГИ, ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Тревожные расстройства диагностируются на основании данных анамнеза, диагностических критериев Международной классификации болезней и исключении вторичных (органических) причин тревоги [13, 14]. Наиболее часто у пациентов с хронической неспецифической БНЧС выявляются паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и различные фобии [15].

В беседе с пациентом с хронической неспецифической БНЧС невролог или терапевт могут выявить соматические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие симптомы тревожных расстройств в клинической картине заболевания, а затем и предложить консультацию психиатра, психотерапевта или клинического психолога. К соматическим симптомам тревожных расстройств относятся ощущения сердцебиения, несистемное головокружение, эпизоды повышения артериального давления, ощущение «нехватки воздуха», повышенная утомляемость и другие вегетативные проявления. Эмоциональные проявления трево-

● **Рисунок.** «Порочный круг» хронической боли у пациента с хронической неспецифической болью в нижней части спины и тревогой

● **Figure.** "Vicious cycle" of chronic pain in a patient with chronic nonspecific low back pain and anxiety



жных расстройств – тревожность, раздражительность, плаксивость, эмоциональная лабильность. Когнитивные симптомы тревожных расстройств представляют собой негативные мысли и убеждения пациентов о себе и о своем состоянии [14, 15]. Поведенческие симптомы тревожных расстройств у пациентов с хронической неспецифической БНЧС – повторные обследования, избегание физической активности [16]. Для объективизации симптомов тревоги используются специальные методики (шкалы и опросники). В медицинской практике для оценки тревоги чаще всего используются следующие методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала тревоги Бека, шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера – Ханина, шкала тревоги Гамильтона [14]. С помощью шкалы катастрофизации боли можно выявить наличие и определить выраженность катастрофизации боли у пациентов с хронической неспецифической БНЧС [17]. Перечисленные методики могут использовать врачи любой специальности, а также психологи. Данные методики помогают определить эмоциональное состояние пациента до начала лечения, а также оценить динамику на фоне лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ И КОМОРБИДНОЙ ТРЕВОГОЙ

Для лечения хронической неспецифической БНЧС применяется мультидисциплинарное лечение, включающее оптимальную фармакотерапию и нелекарственные методы лечения [7, 9]. Среди лекарственных методов лечения хронической неспецифической БНЧС доказана эффективность нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Возможно назначение миорелаксантов, витаминов группы В, хондропротекторов. К достоверно эффективным нелекарственным методам лечения хронической неспецифической БНЧС относятся кинезиотерапия и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Назначение КПТ пациентам с хронической неспецифической БНЧС и коморбидным тревожным расстройством практически значимо, т. к. данный метод позволяет эффективно справиться с болью и проявлениями тревоги. При наличии коморбидного тревожного расстройства пациентам может быть назначена терапия антидепрессантами [14, 15].

НПВС – препараты выбора в лечении острой, подострой и хронической неспецифической люмбагии по данным обзора 15 зарубежных руководств по лечению боли в нижней части спины [9], а также в соответствии с российскими рекомендациями по ведению пациентов с болью в спине [7, 18]. Терапия НПВС приводит к облегчению боли и повышает функциональную активность пациентов. Благодаря терапии НПВС может повышаться приверженность пациентов к повседневной активности, физическим нагрузкам и кинезиотерапии.

НПВС рекомендуется назначать в минимальной терапевтической дозе и на короткий срок, чтобы снизить риски развития возможных побочных эффектов [7, 9]. Не следует назначать пациентам более одного НПВС.

Продолжительность приема НПВС не должна составлять более 10–14 дней. Большинство исследователей считают, что различные НПВС сходны по силе действия, но отличаются по спектру побочных эффектов. Среди возможных побочных эффектов вследствие приема НПВС – желудочно-кишечные (желудочная и кишечная диспепсия, эрозивный гастрит, энтеропатия, язвы, кровотечения, перфорации), сердечно-сосудистые осложнения (артериальная гипертензия, дистрофия миокарда, недостаточность кровообращения, острая коронарная недостаточность), токсическое влияние на печень и др. [19]. Выбор конкретного НПВС для каждого пациента проводится индивидуально, с учетом сочетанных заболеваний, фармакологических сочетаний с другими препаратами, рисками развития побочных эффектов, возраста пациента и предшествующего опыта применения НПВС.

Декскетопрофен – это НПВС, неселективный ингибитор циклооксигеназы (ЦОГ), правовращающий (S(+)) изомер кетопрофена. Для создания высокой терапевтической эффективности и повышения безопасности из рацемической смеси был выделен правовращающий (S(+)) изомер, синтезирована водорастворимая трометамоловая соль декскетопрофена и созданы оригинальные препараты Дексалгин и Дексалгин 25. Для лечения БНЧС применяется ступенчатая схема назначения препарата: декскетопрофен (Дексалгин) по 2 мл внутримышечно 3 раза в день в течение 1-го и 2-го дня лечения, декскетопрофен (Дексалгин 25) по 25 мг перорально по 3 раза в день с 3-го по 5-й день лечения [20].

R.A. Moore и J. Varden опубликовали систематический обзор эффективности и безопасности декскетопрофена в лечении острых и хронических болевых синдромов [21]. Систематический обзор включил 35 рандомизированных контролируемых исследований и 6 380 пациентов с различными острыми и хроническими болевыми синдромами, включая острую и хроническую БНЧС (табл.).

Из 6 380 пациентов, включенных в систематический обзор, 3 381 пациент получали декскетопрофен, а остальные пациенты – плацебо, кетопрофен, диклофенак, трамадол или комбинацию парацетамола и опиоида. В зависимости от заболевания пациенты получали декскетопрофен в дозах от 12,5 мг до 50 мг в сутки. Были сделаны выводы, что декскетопрофен не уступает по своей эффективности другим НПВС и комбинированным опиоид- или парацетамол-содержащим препаратам. Важно отметить, что у пациентов, получавших декскетопрофен, не было серьезных нежелательных явлений.

K.D. Rainsford провел сравнительное исследование эффективности и безопасности декскетопрофена и диклофенака. В исследование было включено 185 пациентов с хронической БНЧС. Декскетопрофен продемонстрировал значимое превосходство в отношении обезболивающего эффекта и снижения степени инвалидизации по шкале Освестри с первой недели терапии и до конца наблюдения [22]. На фоне терапии декскетопрофеном пациенты скорее восстанавливали привычную физическую активность, быстрее могли вернуться к работе.

Э. Соловьева с соавт. провели исследование по эффективности и безопасности назначения ступенчатой терапии декскетопрофеном и ступенчатой терапии декскетопрофеном, нимесулидом. Авторы изучали эффективность и безопасность лечения обострений боли в спине по схеме, включавшей декскетопрофен (в форме препаратов Дексалгин и Дексалгин 25) и нимесулид (в форме препарата Нимесил) [20]. Исследование включало 60 пациентов со средним возрастом $45,82 \pm 13,7$ года. Среди пациентов 65% страдали неспецифической скелетно-мышечной болью, 35% – дискогенной радикулопатией. Все пациенты были рандомизированы в 2 терапевтические группы. В первой группе пациенты получали декскетопрофен в течение 5 дней по схеме: декскетопрофен (Дексалгин) по 2 мл внутримышечно 3 раза в день в течение

● **Таблица.** Данные систематического обзора эффективности и безопасности декскетопрофена

● **Table.** Data from the systematic review on the efficacy and safety of dexketoprofen

Болевой синдром	Количество исследований	Общее количество пациентов	Количество пациентов, получавших декскетопрофен	Количество исследований, в которых декскетопрофен значительно лучше плацебо	Количество исследований, в которых декскетопрофен эквивалентен или превосходит другие препараты по обезболивающему эффекту
Зубная боль	7	994	618	4 из 4	3 из 4
Послеоперационная боль	13	2185	1022	7 из 7	11 из 11
Почечная колика	3	838	526		3 из 3
Гинекологическая боль	2	350	200	1 из 1	2 из 2
Перелом ноги	1	122	65		1 из 1
Растяжение связок в области лодыжки	1	209	106		1 из 1
Онкологическая боль	1	115	57		1 из 1
БНЧС	5	1267	635		5 из 5
Остеоартрит, ревматоидный артрит	2	300	152		2 из 2
Общее количество	35	6380	3381	12 из 12	29 из 30

1-го и 2-го дня лечения, декскетопрофен (Дексалгин 25) по 25 мг перорально по 3 раза в день с 3-го по 5-й день лечения. Во второй группе пациенты получали такую же схему лечения декскетопрофеном в течение 5 дней, а с 6-го по 19-й день лечения им назначали нимесулид (Нимесил) в дозе по 100 мг 2 раза в день перорально умеренно селективным ингибитором ЦОГ-2. Авторы сообщили об эффективности и безопасности лечения во всех двух группах. Было отмечено, что добавление нимесулида с 6-го дня повышает эффективность лечения при затянувшемся обострении боли в спине. В данной ситуации назначение нимесулида – умеренно селективного ингибитора ЦОГ-2 – преследует цель уменьшить вероятность нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Приводим собственный опыт ведения пациента с хронической неспецифической БНЧС и коморбидным тревожным расстройством.

Пациент Н., 25 лет, обратился в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на ежедневные БНЧС, беспокойство и раздражительность, эпизоды ощущения сердцебиения и сильной тревоги. По образованию – математик-программист, работает, успешно строит свою профессиональную карьеру. Ведет малоподвижный образ жизни, от 5 до 10 ч в день пребывает за компьютером, ответственно подходит к выполнению всех рабочих задач. Со школьных лет пациент тревожно-мнительный. Мама пациента всегда настороженно относится к возникновению любых симптомов в теле (боль в эпигастральной области, учащенное сердцебиение, онемение в ноге и т. п.), часто обращается к врачам, по собственной инициативе регулярно проводит диспансеризацию для себя и сына.

С 16 лет пациент отмечал появление редких (1–2 раза в год) эпизодов БНЧС, которые были связаны с неловкими движениями или поднятием тяжестей, продолжались в течение 3–5 дней, разрешались самостоятельно или на фоне приема НПВС. В течение жизни было несколько эпизодов панических атак.

Последний эпизод БНЧС возник 14 мес. назад, после занятия на тренажерах в фитнес-центре. БНЧС стала ежедневной. По характеру боль ноющая или тупая, с иррадиацией до колена, интенсивностью от 4 до 7 баллов по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), ослабевает в покое, усиливается при физических нагрузках. Пациент отмечает, что накануне возникновения БНЧС, в течение 2 мес., находился в состоянии тревоги из-за важного предстоящего события – испытательного срока на работе. Из-за боли пациент старался меньше двигаться, реже встречаться с друзьями. Находился за компьютером по несколько часов в день. Принимал различные обезболивающие препараты (НПВС, безрецептурные комбинированные анальгетики), обращался за медицинской помощью. Консультирован несколькими неврологами и ревматологами. Было проведено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, патологии не выявля-

но. По данным анамнеза заболевания и результатам анализа крови на маркеры ревматологической патологии исключены ревматологические причины БНЧС. Пациенту назначались курсы НПВС, миорелаксантов, витаминов группы В, хондропротекторов. Дважды проходил курс занятий по лечебной гимнастике. За все 14 мес. пациент не отмечал эффекта от проводимого лечения. На фоне продолжающейся боли, многочисленных обследований, тревожных ожиданий результатов данных обследований, негативного опыта преодоления боли, страха стать инвалидом, потерять работу у пациента появились панические атаки с частотой 3–4 раза в месяц. При детальном расспросе пациента выяснилось, что терапия тревожного синдрома не осуществлялась, а кинезиотерапия проводилась некорректно: не обсуждались индивидуальная активность пациента в течение дня, положение тела при сидении и ходьбе, применялись упражнения на коррекцию «плоской спины», а у пациента был поясничный гиперлордоз, не осуществлялся контроль за правильностью выполнения упражнений пациентом.

На момент обращения в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова в соматическом статусе пациента патологии не обнаружено. В неврологическом статусе не выявлено очаговой неврологической симптоматики. При нейроортопедическом обследовании обнаружены гиперлордоз, небольшое усиление боли при наклоне влево. Напряжение и болезненность при пальпации длинных мышц спины на поясничном уровне. Пальпация проекции фасеточных суставов не провоцирует боль. Отсутствует феномен централизации при повторном сгибании, боль не усиливается при перкуссии позвоночных структур. Симптомы натяжения нервных корешков (Ласега, Вассермана) отрицательные. Отмечается болезненность при глубокой пальпации в проекции крестцово-подвздошного сочленения слева, с воспроизведением типичного паттерна боли, симптомы блока крестцово-подвздошного сочленения, болезненность в тестах на сжатие и растяжение таза. Проба Патрика на движение в тазобедренном суставе отрицательная, перкуссия тазобедренного сустава безболезненная. По результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии можно говорить о том, что депрессии нет (3 балла по субшкале депрессии), есть клинически выраженная тревога (16 баллов по субшкале тревоги). Пациент консультирован психиатром, поставлен диагноз «Паническое расстройство без агорафобии», рекомендована терапия антидепрессантом и психотерапия. От приема антидепрессантов пациент отказался.

На основании жалоб, клинической картины заболевания, данных осмотра и дополнительных исследований пациенту поставлен неврологический диагноз «Хроническая неспецифическая БНЧС. Дисфункция крестцово-подвздошного сочленения слева. Миофасциальный синдром на поясничном уровне. Тревожное расстройство». На основании российских и зарубежных рекомендаций [7, 9] составлена программа лечения: 1) кинезиотерапия, включающая лечебную гимнастику, тренинг правильных поз, постизометрическую релаксацию; 2) КПТ, направленная на формирование

правильных представлений пациента о боли, снижение уровня тревоги, замену избегающего «болевого» поведения на дозированную активность в течение дня; 3) фармакотерапия по схеме: декскетопрофен (Дексалгин) по 2 мл внутримышечно 3 раза в день в течение 1-го и 2-го дня лечения, декскетопрофен (Дексалгин 25) по 25 мг перорально по 3 раза в день с 3-го по 5-й день лечения.

Через 5 дней лечения пациент отметил снижение боли до 2 баллов по ВАШ, на фоне чего смог повысить активность в течение дня, заниматься кинезиотерапией и КПТ. Через 3 мес. лечения у пациента появились дни без БНЧС (за месяц 10 дней без боли), интенсивность болей не превышала 3 баллов по ЦРШ, боли были кратковременные, возникали только после длительных статических поз или длительных прогулок. Панических атак не возникало. Пациент продолжает ежедневные занятия по кинезиотерапии. Пациент рационально распределил время в течение рабочих дней и на выходных, что позволяет ему заниматься регулярной физической активностью, полноценно отдыхать и успешно работать.

Представленный пример демонстрирует, что если при хронической БНЧС отсутствуют признаки опасных заболеваний («красные флажки») [23, 24], неэффективно предшествующее лечение, то необходимо провести поиск «желтых флажков» [25, 26] и эффективно воздействовать на них [27]. Мультидисциплинарный подход к лечению пациента с хронической неспецифической БНЧС и тре-

вожным расстройством включает следующие методы: кинезиотерапию, КПТ, оптимальную фармакотерапию [28–32]. Выбор лекарственных препаратов при хронической неспецифической БНЧС зависит от сопутствующих заболеваний, наличия и выраженности симптомов тревоги и депрессии, предшествующего опыта и предпочтений самого пациента [33–40]. Мультидисциплинарный подход позволяет эффективно и относительно быстро облегчить боль, повысить повседневную активность и улучшить эмоциональное состояние пациентов.

Таким образом, более чем у половины пациентов с хронической неспецифической БНЧС выявляются симптомы тревоги или тревожное расстройство. Наличие тревоги сопряжено с катастрофизацией боли и кинезиофобией – факторами, поддерживающими хроническое течение БНЧС. В связи с этим лечение пациентов с хронической неспецифической БНЧС и коморбидной тревогой должно быть комплексным и включать кинезиотерапию, КПТ и оптимальную фармакотерапию. К лекарственным препаратам с доказанной эффективностью при хронической неспецифической БНЧС относятся НПВС. Для лечения данной категории пациентов может быть предложен декскетопрофен – НПВС с доказанной эффективностью и безопасностью в лечении болевых синдромов.

Поступила / Received 18.09.2022

Поступила после рецензирования / Revised 13.10.2022

Принята в печать / Accepted 21.10.2022

Список литературы / References

- Karateev A.E. Diseases of the musculoskeletal system in the practice of 2102 doctors of different specialties: structure of pathology and the opinion of specialists on the effectiveness of NSAIDs (preliminary data of the epidemiological study CORONA-2). *Consilium Medicum*. 2013;(9):95–10. Режим доступа: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/93969>.
- Yakho N.N., Kukulshkin M.L. Chronic pain: medico-biologic and socio-economic aspects. *Annals of Russian Academy of Medical Sciences*. 2012;(9):54–58. (In Russ.) Available at: https://vestnikramn.spr-journal.ru/jour/article/view/268/ru_RU.
- Golubev V.L. Pain is an interdisciplinary problem. *PMJ*. 2008;(3). Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolevoiy_sindrom/Boly_meghdisciplinarnaya_problema/?ysclid=lajcy6tkpc167799358.
- Erdes S.F., Dubinina T.V., Galushko E.A. Frequency and character of low back pain in Moscow outpatients. Report I. *Rheumatology Science and Practice*. 2007;(2):14–18. (In Russ.)
- Litwic A., Edwards M., Dennison E., Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *Br Med Bull*. 2013;105:185–199. <https://doi.org/10.1093/bmb/lds038>.
- Millar N.L., Murrell G.A., McInnes I.B. Alarmins in tendinopathy: unravelling new mechanisms in a common disease. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(5):769–779. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kes409>.
- Parfenov V.A., Yakho N.N., Davydov O.S., Kukulshkin M.L., Churyukanov M.B., Golovacheva V.A. et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;(25):7–16. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-7-16>.
- Nieminen L.K., Pyysalo L.M., Kankaanpää M.J. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *Pain Rep*. 2021;6(1):e919. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000919>.
- Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z., Traeger A.C., Lin C.C., Chenot J.F. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018;27(11):2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>.
- Sagheer M.A., Khan M.F., Sharif S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. *J Pak Med Assoc*. 2013;63(6):688–690. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23901665>.
- Polatin P.B., Kinney R.K., Gatchel R.J., Lillo E., Mayer T.G. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine – which goes first? *Spine (Phila Pa 1976)*. 1993;18(1):66–71. <https://doi.org/10.1097/00007632-199301000-00011>.
- Ikemoto T., Miki K., Matsubara T., Wakao N. Psychological Treatment Strategy for Chronic Low Back Pain. *Spine Surg Relat Res*. 2018;3(3):199–206. <https://doi.org/10.22603/ssr.2018-0050>.
- Ströhle A., Gensichen J., Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;155(37):611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>.
- Giacobbe P., Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *Continuum (Minneap Minn)*. 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):893–919. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000607>.
- Janzen K., Peters-Watral B. Treating co-occurring chronic low back pain & generalized anxiety disorder. *Nurse Pract*. 2016;41(1):12–18. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000475373.08924.04>.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Fateeva T.G. Psychological methods in the treatment of chronic nonspecific low back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;(25):25–32. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-25-32>.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Fateeva T.G. Psychological methods in the treatment of chronic nonspecific low back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;(25):7–16. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-7-16>.

- Psychosomatics*. 2019;(25):25–32. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-25-32>.
17. Yamada A.S., Simon D., Antunes F.T.T., Say K.G., Souza A.H.D. Psychosocial factors associated with disability in patients with non-specific chronic low back pain: A cross-sectional study. *Rehabilitacion (Madr)*. 2022;S0048-7120(22)00077-9. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2022.06.002>.
 18. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Давыдов О.С., Головачева В.А. и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;(2):4–11. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-4-11>.
 - Parfenov V.A., Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Davydov O.S., Golovacheva V.A. et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;(2):4–11. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-4-11>.
 19. Kuritzky L., Samraj G.P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *J Pain Res*. 2012;5:579–590. <https://doi.org/10.2147/JPR.S6775>.
 20. Соловьева Э., Карнеев А., Федин А. Сочетанное применение Дексалгина и Нимесила в стадии обострения дорсопатии. *Врач*. 2007;(3):67–71. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12974322>.
 - Soloveva E., Karneev A., Fedin A. Vrach. 2007;(3):67–71. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12974322>.
 21. Moore R.A., Barden J. Systematic review of dexametopfen in acute and chronic pain. *BMC Clin Pharmacol*. 2008;8:11. <https://doi.org/10.1186/1472-6904-8-11>.
 22. Rainsford K.D. Current status of the therapeutic uses and actions of the preferential cyclo-oxygenase-2 NSAID, nimesulide. *Inflammopharmacology*. 2006;14(3–4):120–137. <https://doi.org/10.1007/s10787-006-1505-9>.
 23. DePalma M.G. Red flags of low back pain. *JAAPA*. 2020;33(8):8–11. <https://doi.org/10.1097/01JAA.0000684112.91641.4c>.
 24. Wippert P.M., Puschmann A.K., Drießlein D., Arampatzis A., Banzer W., Beck H. et al. Development of a risk stratification and prevention index for stratified care in chronic low back pain. Focus: yellow flags (MiSpEx network). *Pain Rep*. 2017;2(6):e623. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000623>.
 25. Glattacker M., Heyduck K., Jakob T. Yellow flags as predictors of rehabilitation outcome in chronic low back pain. *Rehabil Psychol*. 2018;63(3):408–417. <https://doi.org/10.1037/rep0000200>.
 26. Mescouto K., Olson R.E., Hodges P.W., Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disabil Rehabil*. 2022;44(13):3270–3284. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1851783>.
 27. Corp N., Mansell G., Stynes S., Wynne-Jones G., Morsø L., Hill J.C., van der Windt D.A. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021;25(2):275–295. <https://doi.org/10.1002/ejp.1679>.
 28. 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>.
 29. Hayden J.A., Ellis J., Ogilvie R., Malmivaara A., van Tulder M.W. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;9(9):CD009790. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009790.pub2>.
 30. Hajjhasani A., Rouhani M., Salavati M., Hedayati R., Kahlaee A.H. The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *PM R*. 2019;11(2):167–176. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.09.029>.
 31. Pardo-Gascón E.M., Narambuena L., Leal-Costa C., van-der Hofstadt-Román J. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(1):100197. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>.
 32. Knezevic N.N., Candido K.D., Vlaeyen J.W.S., Van Zundert J., Cohen S.P. Low back pain. *Lancet*. 2021;398(10294):78–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9).
 33. Koes B.W., Backes D., Bindels P.J.E. Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(6):537–545. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1454430>.
 34. Onda A., Kimura M. Reduction in anxiety during treatment with exercise and duloxetine is related to improvement of low back pain-related disability in patients with non-specific chronic low back pain. *Fukushima J Med Sci*. 2020;66(3):148–155. <https://doi.org/10.5387/fms.2020-22>.
 35. Ferreira G.E., McLachlan A.J., Lin C.C., Zadro J.R., Abdel-Shaheed C., O’Keeffe M., Maher C.G. Efficacy and safety of antidepressants for the treatment of back pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021;372:m4825. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4825>.
 36. Каратеев А.Е., Лила А.М., Дыдыкина И.С., Камчатнов П.Р., Мазуренко С.О., Наприенко М.В. и др. Персонализация применения нестероидных противовоспалительных препаратов при скелетномышечных заболеваниях. Резолюция по результатам совещания экспертов от 13 декабря 2017 года. *Медицинский совет*. 2018;(18):76–84. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-76-84>.
 - Karateev A.E., Lila A.M., Dydykina I.S., Kamchatnov P.R., Mazurenko S.O., Naprienko M.V. et al. Personalization of the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs for musculoskeletal diseases. Resolution on the results of the Meeting of Experts of December 13, 2017. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(18):76–84. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-76-84>.
 37. Шавловская О.А., Романов И.Д. Применение хондропротекторов при хронической боли в спине и остеоартрите. *Медицинский совет*. 2020;(2):122–130. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-2-122-130>.
 - Shavlovskaya O.A., Romanov I.D. The use of chondroitin sulfate (Mucosat) for the treatment of chronic back pain and osteoarthritis. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(2):122–130. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-2-122-130>.
 38. Головачева В.А., Головачева А.А. Витамины группы В и нестероидные противовоспалительные препараты: эффективность комбинации при неспецифической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;(5):117–122. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-117-122>.
 - Golovacheva V.A., Golovacheva A.A. B vitamins and nonsteroidal anti-inflammatory drugs: the efficacy of the combination for nonspecific back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;(5):117–122. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-117-122>.
 39. Головачева В.А., Головачева А.А., Зиновьева О.Е., Голубев В.Л. Толперизон в лечении острой и хронической неспецифической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;(4):137–142. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-137-142>.
 - Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Zinov'yeva O.E., Golubev V.L. Tolperisone in the treatment of acute and chronic nonspecific back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;(4):137–142. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-137-142>.
 40. Горенков Р.В., Дадашева М.Н., Золотовская И.А., Круглов В.А. Сравнительная эффективность и переносимость центральных миорелаксантов у пациентов пожилого возраста с неспецифической скелетно-мышечной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;(1):39–44. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-1-39-44>.
 - Gorenkov R.V., Dadasheva M.N., Zolotovskaya I.A., Kruglov V.A. Comparative efficacy and tolerance of centrally acting muscle relaxants in elderly patients with nonspecific musculoskeletal pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;(1):39–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-1-39-44>.

Информация об авторах:

Головачева Вероника Александровна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского; 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2; xoho.veronica@gmail.com

Табеева Гюзель Рафкатовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского; 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2; grtabeeva@gmail.com

Фатеева Татьяна Геннадьевна, ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского; 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2; fateeva_tatyana@inbox.ru

Information about the authors:

Veronika A. Golovacheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine; 11, Bldg. 2, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; xoho.veronica@gmail.com

Guzyal R. Tabeeva, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine; 11, Bldg. 2, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; grtabeeva@gmail.com

Tatyana G. Fateeva, Assistant of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine; 11, Bldg. 2, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; fateeva_tatyana@inbox.ru