

## Коморбидность при боли в спине

**Ф.И. Девликамова**, <https://orcid.org/0000-0003-4411-7051>, [fdevlikamova@mail.ru](mailto:fdevlikamova@mail.ru)

**Ю.Н. Максимов**, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, [yuri\\_maximov@mail.ru](mailto:yuri_maximov@mail.ru)

**Д.Х. Хайбуллина**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, [dina.khaibullina@mail.ru](mailto:dina.khaibullina@mail.ru)

Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Муштари, д. 11

### Резюме

Значимой проблемой современной медицины является наличие нескольких заболеваний у одного и того же пациента, что усложняет не только диагностику каждого из них, но и терапию. Необходимо проводить разграничение терминов «коморбидность», «мультиморбидность» и «полиморбидность». Принципы терапии коморбидных пациентов отличаются от таковых у пациентов с монозоологией. Многочисленные российские и зарубежные исследования показали, что пациенты с хроническими болевыми синдромами, в том числе с хронической болью в спине, чаще имеют ряд коморбидных состояний. В частности, у пациентов с остеоартритом, который является одной из наиболее частых причин боли в спине, чаще регистрируются заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, ожирение. В качестве иллюстрации указанной коморбидности при боли в спине приводится клинический случай, описывающий пациентку с наличием нескольких заболеваний: миофасциального болевого синдрома, туннельной малоберцовой невропатии, сахарного диабета 2-го типа, полиостеоартрита, синдрома гипермобильности суставов, грыжи межпозвоночного диска, ожирения. При этом некоторые из перечисленных заболеваний являются коморбидными, другие же относятся к мультиморбидным, что необходимо учитывать при постановке диагноза и выработке тактики терапии. Также описанный случай иллюстрирует диагностический приоритет клинического метода исследования над параклиническими. Выбор фармакологических препаратов и немедикаментозных методов лечения, рекомендованных пациентке, был продиктован смешанным характером боли. Для борьбы с неспецифической скелетно-мышечной болью был рекомендован прием нестероидного противовоспалительного препарата, медленно действующего симптоматического средства и миорелаксанта. С целью купирования невропатического компонента боли в соответствии с клиническими рекомендациями были включены препараты следующих групп: габапентиноидов, витаминов группы В, антихолинэстеразных средств.

**Ключевые слова:** невропатическая боль, скелетно-мышечная боль, синдром гипермобильности суставов, антиконвульсанты, габапентин

**Для цитирования:** Девликамова Ф.И., Максимов Ю.Н., Хайбуллина Д.Х. Коморбидность при боли в спине. *Медицинский совет*. 2023;17(10):65–71. <https://doi.org/10.21518/ms2023-241>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Comorbidity in back pain

**Farida I. Devlikamova**, <https://orcid.org/0000-0003-4411-7051>, [fdevlikamova@mail.ru](mailto:fdevlikamova@mail.ru)

**Yuriy N. Maksimov**, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, [yuri\\_maximov@mail.ru](mailto:yuri_maximov@mail.ru)

**Dina Kh. Khaibullina**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, [dina.khaibullina@mail.ru](mailto:dina.khaibullina@mail.ru)

Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia

### Abstract

A significant problem of modern medicine is the presence of several diseases in the same patient, which complicates not only the diagnosis of each of them, but also therapy. It is necessary to distinguish between the terms “comorbidity”, “multimorbidity” and “polymorbidity”. The principles of therapy for comorbid patients differ from those for patients with monosology. A large number of Russian and foreign studies have shown that patients with chronic pain syndromes, including chronic back pain, often have a number of comorbid conditions. In particular, in patients with osteoarthritis, which is one of the most common causes of back pain, diseases of the cardiovascular system, lungs, gastrointestinal tract, diabetes mellitus, and obesity are more often recorded. The article describes a clinical case of a patient with the simultaneous presence of several diseases: myofascial pain syndrome, peroneal tunnel neuropathy, diabetes type 2, polyosteoarthritis, joint hypermobility syndrome, herniated disc, obesity. At the same time, some of these diseases are comorbid, while the other part is a multimorbid disease, which must be taken into account when making a diagnosis and selecting therapy. In addition, the described case from practice illustrates the priority of the clinical method of examining a patient over paraclinical ones. The choice of pharmacological drugs and non-drug methods of treatment recommended to the patient was dictated by the mixed nature of the pain. A non-steroidal anti-inflammatory drug, SYSADOA, and a muscle relaxant have been recommended to combat non-specific musculoskeletal pain. Neuropathic pain treatment, in accordance with clinical recommendations, the following groups of drugs were included: gabapentinoids, vitamins B, anticholinesterases.

**Keywords:** neuropathic pain, musculoskeletal pain, joint hypermobility syndrome, anticonvulsants, gabapentin

**For citation:** Devlikamova F.I., Maksimov Yu.N., Khaibullina D.Kh. Comorbidity in back pain. *Meditinskij Sovet*. 2023;17(10):65–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-241>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из актуальных вопросов современной медицины является проблема сочетанной патологии, или коморбидности. Согласно определению A.R. Feinstein, коморбидность представляет собой дополнительное клиническое состояние, которое существует или появляется на фоне текущего или основного заболевания [1]. Учитывая, что некоторые заболевания или состояния могут иметь общие патогенетические механизмы и факторы риска, M. van den Akker et al. внесли уточнение в данное определение и предложили считать коморбидными два или более заболеваний или состояний у пациента, которые связаны между собой патогенетически или совпадают по времени [2]. Другой термин, часто используемый в литературе, – мультиморбидность – означает наличие у одного и того же пациента двух или более не связанных с точки зрения этиологии или патогенеза заболеваний [3]. В клинических рекомендациях «Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения» даны четкие определения и разграничение терминов «коморбидность», «мультиморбидность» и «полиморбидность» [4]. Так, коморбидность – это одновременное сосуществование нескольких этиопатогенетически связанных заболеваний, при мультиморбидности отсутствует как этиопатогенетическая, так и временная связь между заболеваниями, под полиморбидностью понимается одновременное появление и существование различных заболеваний, не имеющих общих механизмов этиопатогенеза.

## ИССЛЕДОВАНИЯ КОМОРБИДНОСТИ

Принципы терапии коморбидных пациентов отличаются от таковых при монозоологии. На сегодняшний день имеется около 30 шкал и индексов, позволяющих проводить стратификацию пациентов по степени коморбидности, прогнозировать повторные госпитализации и изменение качества жизни, оценивать затраты на лечение, риск наступления инвалидизации и вероятность летального исхода [5]. Для оценки прогноза выживаемости пациента при коморбидных состояниях наиболее часто используется индекс Чарлсона, учитывающий возраст пациента и наличие соматической патологии (таблица) [6].

Ф.И. Беляловым были предложены основные постулаты коморбидности [7]:

1. Коморбидные болезни чаще встречаются у пожилых пациентов.
2. Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами, факторами риска и патофизиологическими механизмами.
3. У пациентов с коморбидными заболеваниями ухудшается тяжесть состояния и прогноз.
4. Коморбидные заболевания могут иметь сходные клинические признаки.
5. Лечение основного заболевания требует учета коморбидности.
6. Лечебная тактика в отношении коморбидных болезней должна носить пациент-ориентированный характер и осуществляться параллельно или последовательно.

7. Одновременная терапия нескольких заболеваний должна основываться на оценке лекарственных взаимодействий.

8. Увеличение количества применяемых лекарственных средств повышает риск побочных эффектов.

9. Коморбидные болезни снижают приверженность пациентов лечению.

10. Наличие дополнительного клинического состояния, существующего или возникающего на фоне текущего заболевания, подразумевает оценку коморбидного статуса с использованием шкал и индексов.

По результатам канадского исследования коморбидности следует, что распространенность заболеваний, связанных с ожирением, выше среди женщин, чем среди мужчин [8]. У 75% пациентов с ожирением в большинстве случаев встречались сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия и дислипидемия. Результаты 10-летнего австралийского исследования коморбидности у пациентов с артритом также показали преобладание сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа [9]. Численность коморбидных заболеваний увеличивается пропорционально возрасту пациента, начиная с 10% у 19-летних и достигая 80% у пациентов 80 лет и старше [10].

● **Таблица.** Индекс коморбидности Чарлсона [6]

● **Table.** Charlson Comorbidity Index [6]

Баллы	Болезни
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда.</li> <li>• Застойная сердечная недостаточность.</li> <li>• Болезнь периферических артерий.</li> <li>• Цереброваскулярное заболевание.</li> <li>• Деменция.</li> <li>• Хроническое заболевание легких.</li> <li>• Болезнь соединительной ткани.</li> <li>• Язвенная болезнь.</li> <li>• Легкое поражение печени.</li> <li>• Диабет</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гемиплегия.</li> <li>• Умеренная или тяжелая болезнь почек.</li> <li>• Диабет с поражением органов.</li> <li>• Злокачественная опухоль без метастазов.</li> <li>• Лейкемия.</li> <li>• Лимфомы</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умеренное или тяжелое поражение печени</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метастазирующие злокачественные опухоли.</li> <li>• СПИД (болезнь, а не только вирус)</li> </ul>
1) по 1 баллу добавляется за каждые 10 лет жизни после 40: 40–49 лет – 1 балл, 50–59 – 2 балла и т. д.;	
2) баллы начисляются за каждое имеющееся у пациента заболевание	
Интерпретация результатов	
Сумма баллов	10-летняя выживаемость, %
0	99
1	96
2	90
3	77
4	53
5	21

У большинства пациентов с хронической болью также присутствуют коморбидные заболевания [11]. Причиной хронической боли нередко является остеоартрит, который часто сочетается с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, легких и желудочно-кишечного тракта, сахарным диабетом, ожирением [12, 13]. Имеются данные, что у лиц, имеющих остеоартрит, риск развития коморбидных заболеваний выше, чем при его отсутствии [14]. Частным проявлением остеоартрита является спондилоартроз [15], являющийся источником боли в спине у 35% пациентов трудоспособного возраста и 65% пожилых [16].

Наиболее сложной группой с точки зрения коморбидности являются пациенты, имеющие сочетание хронического болевого синдрома и депрессии [17]. Так, у пациентов с диабетической невропатией хроническая боль встречается в 63% случаев, а имеющаяся депрессия утяжеляет течение основного заболевания у 60% пациентов. При этом отмечается, что наличие различных коморбидных заболеваний и состояний может значительно видоизменять проявления основного процесса, затрудняя выявление ведущей причины хронической боли.

Представленный клинический случай иллюстрирует важность оценки коморбидных состояний у пациентов с болью в спине.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Г., 48 лет, служащая, обратилась на консультативный прием с жалобами на боли в нижней части спины справа, возникающие при ходьбе или длительном пребывании в положении стоя. Со слов пациентки, боли появились около 1,5 мес. назад, отдавали в правую ягодицу, заднебоковую поверхность бедра, наружную поверхность голени и наружный край стопы и носили жгучий характер. Также она отмечала постоянное онемение по наружной поверхности голени и стопы, наличие периодического онемения и ощущение «ползания мурашек» в обеих стопах, нередко проявляющее себя и в ночное время. С указанными жалобами пациентка обратилась за медицинской помощью к терапевту по месту жительства, который, предположив наличие невралной патологии, направил ее на консультацию к неврологу. Проведенная магнитно-резонансная томография (МРТ) выявила наличие заднебоковой экструзии межпозвонокового диска  $L_5-S_1$  размером 5 мм с касанием корешка  $S_1$  справа. По результатам исследования пациентке был выставлен диагноз «грыжа межпозвонокового диска  $L_5-S_1$ , радикулопатия  $S_1$  справа» и рекомендована консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении. Негативное отношение пациентки к возможному нейрохирургическому лечению сподвигло ее обратиться за вторым врачебным мнением.

При тщательном сборе анамнеза нами было установлено, что за 2 нед. до возникновения боли в нижней части спины пациентка оступилась, выходя из автобуса, подвернула правую стопу, в результате чего у нее появились боль в области правого голеностопного сустава и хромота. За медицинской помощью не обращалась, так как в анам-

незе имелось несколько эпизодов растяжения связок голеностопного сустава и опыт самостоятельного лечения, заключавшийся в фиксации голеностопного сустава мягким ортезом, локального применения холода в течение 2 дней, использования геля с нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП) на протяжении 7 дней. После проведенного лечения боль в области голеностопного сустава стала значительно меньше, но к окончанию лечения появилась по боковой поверхности правого коленного сустава, к ней присоединилось онемение по наружной поверхности голени и наружному краю правой стопы. Спустя некоторое время пациентка обратила внимание на изменение походки: при переносе правой ноги вперед ей приходилось отклонять тело в левую сторону (раскачиваться) и поднимать правое бедро выше, чем обычно, так как правая стопа стала задевать за поверхность при ходьбе. Присоединившуюся через 2 нед. боль в нижней части спины пациентка расценила как ухудшение состояния и обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни: с детства страдает миопией средней степени и астигматизмом, плоскостопием. Также в детстве возникали частые растяжения связок верхних и нижних конечностей. С детского возраста наблюдалась у эндокринолога в связи с избыточной массой тела. В старших классах неоднократно получала амбулаторное и стационарное лечение по поводу синдрома вегетативной дисфункции периода пубертата. Дискинезия желчевыводящих путей с юношеского возраста. Сахарный диабет 2-го типа с 39 лет. Замужем, один ребенок.

Данные объективного осмотра: рост 161 см, масса тела 93 кг, индекс массы тела –  $35,9 \text{ кг/м}^2$  (ожирение 2-й степени). Плоско-вальгусная стопа. Объем голеностопных суставов увеличен по латеральной поверхности с обеих сторон (больше справа). Патологический вальгус и рекурвация коленных суставов. Нарушение статики в форме уплощения физиологических изгибов позвоночника, С-образного анталгического сколиоза поясничного отдела позвоночника с вершиной на  $L_{III}$  влево. Глобальные тесты на объем активных движений в позвоночнике: ограничена латерофлексия влево. Положительны тесты Бейтона на гипермобильность суставов (8 из 9 баллов). Крепитация при движении в коленных и голеностопных суставах с обеих сторон. При пассивных движениях – болезненность легкой степени в правом голеностопном суставе. Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 5 баллов. Пальпаторно выявляется болезненность легкой степени остистых отростков  $L_{II}$ ,  $L_{III}$ ,  $L_{IV}$ , умеренная болезненность правого голеностопного сустава, передней таранно-малоберцовой связки, проксимального межберцового сустава справа, увеличение объема подкожной сумки латеральной лодыжки. При функциональном исследовании определяется ограничение «суставной игры» в проксимальном межберцовом суставе справа.

При исследовании мышечной системы выявлено укорочение и болезненность квадратной мышцы поясницы, средней ягодичной мышцы, напрягателя широкой фасции бедра, малоберцовой мышцы (все справа). Наличие

активных триггерных зон в квадратной мышце поясницы, средней ягодичной, малоберцовой мышце справа с развитием типичного паттерна отраженной боли.

Неврологический статус: снижение силы до 2 баллов в короткой и длинной малоберцовых мышцах, разгибателях пальцев правой стопы. Гиперпатия по переднелатеральной поверхности голени и тыльной поверхности правой стопы, гипестезия в дистальных отделах голени и стоп с обеих сторон, грубее справа. Исследование рефлекторной сферы выявило негрубое симметричное снижение проприоцептивного рефлекса с ахиллова сухожилия с обеих сторон. Тесты Гольдберга (пальпация со сдавливанием), Тинеля (перкуссия на уровне шейки и головки малоберцовой кости) были положительными. При проведении подошвенного сгибания с одновременной супинацией стопы появлялось ощущение боли в области головки малоберцовой кости справа. Для уточнения наличия невропатического характера боли использовался вопросник DN4 (пациентка дала положительные ответы на 6 вопросов).

По результатам анализа жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра был выставлен предварительный диагноз «миофасциальный болевой синдром с наличием активных триггерных зон в квадратной мышце поясницы, средней ягодичной, малоберцовой мышце справа; мышечно-тонический синдром в напрягателе широкой фасции бедра справа; туннельная малоберцовая невропатия справа (?) в форме умеренного пареза короткой и длинной малоберцовых мышц, разгибателей пальцев правой стопы; дистальная симметричная болевая диабетическая полиневропатия; остеоартрит коленных и голеностопных суставов».

С целью уточнения диагноза пациентке было назначено ультразвуковое исследование (УЗИ) голеностопных и коленных суставов и электронейромиография (ЭНМГ) нижних конечностей. УЗИ выявило наличие остеоартрита голеностопных и коленных суставов, синовита голеностопных суставов, бурсита подкожной сумки латеральной лодыжки и лигаментоза передней таранно-малоберцовой связки справа, признаки компрессии общего малоберцового нерва в фибулярном канале справа.

По данным ЭНМГ имелись признаки поражения моторных волокон периферических нервов нижних конечностей в виде негрубого снижения амплитуды М-ответа при стимуляции всех исследованных нервов, более выраженное по общему малоберцовому нерву справа (2,4 мВ), увеличения дистальной латентности по большеберцовым нервам и общему малоберцовому нерву справа, замедление скорости распространения возбуждения по общему малоберцовому нерву справа на участке головки малоберцовой кости – подколенной ямки (34 м/с). Отмечалось поражение сенсорных волокон периферических нервов нижних конечностей (поверхностный малоберцовый нерв, икроножный нерв) в виде снижения амплитуды сенсорного ответа на 15–20%, грубее по поверхностному малоберцовому нерву справа (2,8 мкВ). Было выявлено снижение амплитуды и увеличение латентности вызванного кожного симпатического потенциала, что указывало на вовлечение в патологический процесс вегетативной (симпатической) нервной системы. Таким образом, проведенное

исследование указывало на наличие у пациентки правосторонней аксональной моторно-сенсорной малоберцовой невропатии с частичной демиелинизацией в проксимальном сегменте, обусловленной компрессией общего малоберцового нерва в фибулярном канале на фоне аксональной сенсорно-моторно-вегетативной полиневропатии нижних конечностей.

После подтверждения предварительного диагноза результатами дополнительных исследований стала возможной постановка клинического диагноза.

**Основной диагноз:** миофасциальный болевой синдром с наличием активных триггерных зон в квадратной мышце поясницы, средней ягодичной, малоберцовой мышце справа; мышечно-тонический синдром в напрягателе широкой фасции бедра справа; туннельная малоберцовая невропатия справа в форме умеренного пареза короткой и длинной малоберцовых мышц, разгибателей пальцев правой стопы на фоне функционального блока проксимального межберцового сустава.

**Сопутствующий диагноз:** сахарный диабет 2-го типа; дистальная симметричная болевая диабетическая полиневропатия; полиостеоартрит с преимущественным поражением коленных и голеностопных суставов; синдром гипермобильности суставов; статические деформации в форме плоско-вальгусной стопы, патологического вальгуса коленных суставов, уплощения физиологических изгибов позвоночника; грыжа межпозвоночного диска L<sub>v</sub>-S<sub>1</sub> (МРТ-верифицированная, но клинически неактуальная на момент обращения); миопия средней степени; астигматизм; алиментарное ожирение 2-й степени; дискинезия желчевыводящих путей.

**Лечение.** Смешанный характер боли, имеющейся у пациентки, продиктовал выбор тактики лечения, включавшей как медикаментозные, так и немедикаментозные методы.

Лечение невропатической боли осуществлялось в соответствии с клиническими рекомендациями [18] и включало габапентины, витамины группы В, антихолинэстеразные препараты. Габапентины имеют доказательную базу применения при болевой диабетической полинейропатии [19, 20] и согласно отечественной инструкции рекомендованы для лечения невропатической боли у лиц старше 18 лет в суточной дозировке 900–3600 мг. Основным механизмом анальгетического эффекта габапентинов связывают со способностью снижать ток ионов Ca<sup>2+</sup> в гипервозбужденном нейроне, что приводит к уменьшению выброса возбуждающих медиаторов (глутамата, кокальцигенина и субстанции Р) и торможению болевого импульса на уровне задних рогов спинного мозга. Также анальгезии способствует ингибирование NMDA-рецепторов, снижение экспрессии и нарушение фосфорилирования кальмодулин-зависимой киназы II в спинном мозге, а также снижение пресинаптического выброса гамма-аминомасляной кислоты в голубом пятне (locus coeruleus), что в свою очередь способствует выбросу норадреналина на супраспинальном уровне и усилению нисходящих ингибирующих влияний на нейроны спинного мозга [21].

Систематический обзор 15 рандомизированных контролируемых исследований габапентина с участием

1468 пациентов, имеющих различные виды невропатической боли (постгерпетическая невралгия, диабетическая невропатия, невропатическая боль при онкологических заболеваниях, фантомные боли), продемонстрировал, что значение NNT (number need to treat) для достижения анальгетического эффекта составляет 4,3, а NNH (number needed to harm) – 3,7 [22]. В клиническом исследовании, проведенном на базе кафедры неврологии Сеченовского Университета, была подтверждена эффективность и безопасность Конвалиса – отечественного препарата габапентина. Пациенты с диабетической полиневропатией, принимавшие Конвалис в течение 3 мес., с титрованным увеличением суточной дозы с 300 до 1800 мг, отмечали регрессирование всех проявлений невропатической боли [23]. Также препарат достоверно способствовал нормализации сна и психоэмоционального статуса, улучшая качество жизни пациентов [24]. Вышеизложенное послужило поводом для выбора препарата Конвалис в качестве габапентиноида для лечения нашей пациентки. Начальная доза препарата составила 300 мг в первый день, 600 мг (по 300 мг 2 раза) – на второй, 900 мг (по 300 мг 3 раза) – на третий, затем через неделю в течение 10 дней дозу постепенно увеличили до 1800 мг/сут.

Для борьбы с неспецифической скелетно-мышечной болью пациентке были рекомендованы препараты следующих групп: НПВП, медленно действующих симптоматических средств и миорелаксантов.

Коррекция выявленных патобиомеханических изменений осуществлялась техниками мануальной терапии. С целью устранения мышечного гипертонуса применялись мягкотканые и релаксационные техники. Для снижения напряжения подвздошно-большеберцового тракта и фасций использовалась техника миофасциального релиза. Функциональное блокирование проксимального межберцового сустава было разрешено артикуляционной мобилизационной техникой. Результатом проведенной мануальной терапии явилась оптимизация двигательного стереотипа в регионах нижних конечностей, таза и поясницы, что привело к уменьшению болевого синдрома (ВАШ – 1 балл). Также снижению боли способствовало проводимое медикаментозное лечение. Невропатический компонент боли на фоне приема Конвалиса начал регрессировать к концу 2-й недели, а через 5 нед. купировался полностью, что также подтверждалось положительной динамикой показателей опросника DN4 (2 балла). Восстановление двигательного дефицита протекало несколько медленнее. Сила в короткой и длинной малоберцовых мышцах, разгибателях пальцев правой стопы увеличилась с 2 до 3 баллов, что сделало возможным разгибание правой стопы против силы гравитации, но недостаточным для преодоления сопротивления. Функция ходьбы при этом улучшилась, но полностью не восстановилась, что послужило поводом для назначения дальнейших реабилитационных мероприятий. Пациентке было рекомендовано использование голеностопного ортеза, индивидуально изготовленных ортопедических стелек, проведение миостимуляции паретичных мышц, занятия лечебной гимнастикой [25].

## ОБСУЖДЕНИЕ

Описанный случай в очередной раз иллюстрирует приоритет клинического метода исследования пациента над параклиническими. На первый взгляд жалобы пациентки (боль в нижней части спины с иррадиацией в ногу, наличие двигательных и чувствительных расстройств в нижней конечности) и результаты МРТ-исследования (верифицированная грыжа межпозвонкового диска  $L_4-S_1$ ) не вызывали сомнения в диагнозе «грыжа межпозвонкового диска  $L_4-S_1$ ; радикулопатия  $S_1$  справа», который и был выставлен при первичном обращении за медицинской помощью. Однако тщательный сбор и изучение анамнеза, а именно последовательность развития клинической симптоматики во времени и с учетом локализации заставили усомниться в правильности первоначального диагноза. Для пояснично-крестцовой радикулопатии характерным является нисходящий вариант развития клинической симптоматики. Вертебральный синдром (боль в позвоночнике, вертебральная деформация) предшествует или возникает одновременно с появлением иррадиации в нижнюю конечность и последующим присоединением чувствительных и двигательных нарушений. В нашем случае развитие клинической симптоматики у пациентки происходило по восходящему варианту, т. е. в результате травмы ноги боль первично локализовалась в области голеностопного сустава, что вызвало развитие антальгической походки, перераспределение нагрузки на смежный регион (коленный сустав, изначально перегруженный в латеральной части вследствие патологической вальгусной деформации), изменение двигательного стереотипа, функциональное блокирование проксимального межберцового сустава с развитием мышечно-связочного дисбаланса (напряжение поверхностной и глубокой фасции, укорочение малоберцовой мышцы) и компрессией общего малоберцового нерва. Клинические проявления малоберцовой невропатии (степпаж вследствие пареза короткой и длинной малоберцовых мышц, разгибателей пальцев правой стопы) усугубили патологический двигательный стереотип, вызвав перегрузку в квадратной мышце поясницы, средней ягодичной мышце, напрягателе широкой фасции бедра, что послужило причиной развития мышечно-тонического и миофасциального болевого синдрома в указанных мышцах, напряжения подвздошно-большеберцового тракта. Укорочение квадратной мышцы поясницы справа привело к возникновению статической деформации в форме антальгического S-образного сколиоза с вершиной на уровне  $L_{III}$  влево.

Выстроенная логическая цепочка позволила объяснить имеющиеся у пациентки клинические проявления с позиций общего этиопатогенеза и подтвердить их коморбидность, что было необходимо сделать для выработки тактики лечения с учетом принципа параллельного и последовательного проведения лечебных мероприятий. Заболевания, перечисленные в сопутствующем диагнозе, в этом случае следует рассматривать как мультиморбидные. Назначение препарата Конвалис в терапевтической дозе требовалось для симптоматического лечения

невропатической боли, обусловленной, с одной стороны, малоберцовой невропатией, с другой – дистальной симметричной диабетической полиневропатией.

Декомпрессия общего малоберцового нерва в фибулярном канале была необходимым условием для успешного лечения малоберцовой невропатии. Нам удалось решить этот вопрос, применив техники мануальной терапии для снижения напряжения поверхностной и глубокой фасций. Полученный положительный эффект был обусловлен относительно коротким временным промежутком (1,5 мес.) от начала компрессии нерва до начала лечения. В случаях более длительного существования компрессии методом выбора является хирургическое лечение – неврлиз общего малоберцового нерва [26]. Реабилитационные мероприятия следует продолжать до полного восстановления двигательной функции.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с наличием коморбидных и мультиморбидных заболеваний требуют большего внимания, а тактика и стратегия их лечения должны носить персонализированный характер. Своевременное назначение антиконвульсантов (Конвалис) позволяет улучшить качество жизни посредством купирования или значительного снижения интенсивности невропатического компонента болевого синдрома. Немедикаментозные методы лечения играют значительную роль как на этапе лечения, так и в последующей реабилитации коморбидных пациентов.



Поступила / Received 17.05.2023

Поступила после рецензирования / Revised 10.06.2023

Принята в печать / Accepted 10.06.2023

## Список литературы / References

- Feinstein A.R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*. 1970;23(7):455–468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8).
- Van den Akker M., Buntin F., Knottnerus J.A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract*. 1996;2(2):65–70. <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>.
- Драпкина О.М., Шутов А.М., Ефремова Е.В. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз – синонимы или разные понятия? *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(2):65–69. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-2-65-69>.
- Драпкина О.М., Шутов А.М., Ефремова Е.В. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз – синонимы или разные термины? *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(2):65–69. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-2-65-69>.
- Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(1):5–66. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>.
- Oganov R.G., Simanenkov V.I., Bakulin I.G., Bakulina N.V., Barbarash O.L., Boytsov S.A. et al. Comorbidities in clinical practice. Algorithms for diagnostics and treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(1):5–66. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>.
- Stirland L.E., González-Saavedra L., Mullin D.S., Ritchie C.W., Muniz-Terrera G., Russ T.C. Measuring multimorbidity beyond counting diseases: systematic review of community and population studies and guide to index choice. *BMJ*. 2020;368:m160. <https://doi.org/10.1136/bmj.m160>.
- Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L., MacKenzie C.R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).
- Белялов Ф.И. *Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности*. 2-е изд. Иркутск: Иркутский государственный институт усовершенствования врачей; 2010. 287 с.
- Belyalov F.I. *Treatment of internal diseases in conditions of comorbidity*. 2<sup>nd</sup> ed. Irkutsk: Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education; 2010. 287 p. (In Russ.)
- Bruce S.G., Riediger N.D., Zacharias J.M., Young T.K. Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(1):A03. <https://doi.org/10.7939/r3-zmen-gj53>.
- Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I., Gilbert A.L., Luszcz M.A., Ryan P., Roughton E.E. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(12):1036–1042. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.088260>.
- Van den Akker M., Buntin F., Metsemakers J.F., Roos S., Knottnerus J.A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(5):367–375. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(97\)00306-5](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(97)00306-5).
- Верткин А.Л., Наумов А.В., Кнорринг Г.Ю. Лечение пациентов с болью и коморбидной патологией. *PMJ*. 2016;2(5):1683–1686. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/bolevoy\\_sindrom/Lechenie\\_pacientov\\_s\\_bolyu\\_i\\_komorbidnoy\\_patologii/](https://www.rmj.ru/articles/bolevoy_sindrom/Lechenie_pacientov_s_bolyu_i_komorbidnoy_patologii/).
- Vertkin A.L., Naumov A.V., Knorrin G.Yu. Treatment of patients with pain and comorbid pathology. *PMJ*. 2016;2(5):1683–1686. (In Russ.) Available at: [https://www.rmj.ru/articles/bolevoy\\_sindrom/Lechenie\\_pacientov\\_s\\_bolyu\\_i\\_komorbidnoy\\_patologii/](https://www.rmj.ru/articles/bolevoy_sindrom/Lechenie_pacientov_s_bolyu_i_komorbidnoy_patologii/).
- Kadam U.T., Jordan K., Croft P.R. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and Wales. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(4):408–414. <https://doi.org/10.1136/ard.2003.007526>.
- Чичасова Н.В. Остеоартроз и коморбидность: проблема выбора нестероидных противовоспалительных препаратов. *Фарматека*. 2015;(19):7–13. Режим доступа: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/32390>.
- Chichasova N.V. Osteoarthritis and comorbidity: the problem of choosing non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Farmateka*. 2015;(19):7–13. (In Russ.) Available at: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/32390>.
- Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A., Mogun H., Schneeweiss S., Fischer M.A., Glynn R.J. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives. *Hypertension*. 2005;46(2):273–279. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000172753.96583.e1>.
- Пизова Н.В. Принципы терапии спондилогенной дорсалгии с учетом коморбидности. *Ремедиум*. 2015;(3):44–49. Режим доступа: <https://elibrary.ru/tmhzf>.
- Pizova N.V. Therapeutic principles for spondylogenic dorsalgia based on comorbidities. *Remedium*. 2015;(3):44–49. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/tmhzf>.
- Мендель О.И., Никифоров А.С. Дегенеративные заболевания позвоночника, их осложнения и лечение. *PMJ*. 2006;14(4):34–39. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stat/Degenerativnye\\_zabolevaniya\\_pozvonochnika\\_ih\\_oslozhneniya\\_i\\_lechenie/](https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stat/Degenerativnye_zabolevaniya_pozvonochnika_ih_oslozhneniya_i_lechenie/).
- Mendel O.I., Nikiforov A.S. Degenerative diseases of the spine, their complications and treatment. *PMJ*. 2006;14(4):34–39. (In Russ.) Available at: [https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stat/Degenerativnye\\_zabolevaniya\\_pozvonochnika\\_ih\\_oslozhneniya\\_i\\_lechenie/](https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stat/Degenerativnye_zabolevaniya_pozvonochnika_ih_oslozhneniya_i_lechenie/).
- Бельская Г.Н., Сергиенко Д.А., Лузанова Е.И., Макарова Л.Д., Степанова С.Б., Писарев Н.И. На приеме у невролога сложный пациент: как преодолеть коморбидность. *PMJ*. 2016;24(7):469–472. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Na\\_prieme\\_u\\_nevrologa\\_slozhnyy\\_pacient\\_kak\\_preodolety\\_komorbidnosty/](https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Na_prieme_u_nevrologa_slozhnyy_pacient_kak_preodolety_komorbidnosty/).
- Belskaya G.N., Sergienko D.A., Luzanova E.I., Makarova L.D., Stepanova S.B., Pisarev N.I. A difficult patient at a neurologist's appointment: how to overcome comorbidity. *PMJ*. 2016;24(7):469–472. (In Russ.) Available at: [https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Na\\_prieme\\_u\\_nevrologa\\_slozhnyy\\_pacient\\_kak\\_preodolety\\_komorbidnosty/](https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Na_prieme_u_nevrologa_slozhnyy_pacient_kak_preodolety_komorbidnosty/).
- Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Абузарова Г.Р., Амелин А.В. и др. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. *Российский журнал боли*. 2018;(4):5–37. <https://doi.org/10.25731/RASP.2018.04.025>.
- Davydov O.S., Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Abuzarova G.R., Amelin A.V. et al. Neuropathic pain: clinical guidelines on the diagnostics and treatment from the Russian Association for the Studying of Pain. *Russian Journal of Pain*. 2018;(4):5–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.25731/RASP.2018.04.025>.
- Wiffen P.J., Derry S., Bell R.F., Rice A.S., Tölle T.R., Phillips T., Moore R.A. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD007938. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007938.pub4>.
- Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Шамхалова М.Ш., Сухарева О.Ю., Галстян Г.Р. и др. *Сахарный диабет 2-го типа у взрослых: клинические рекомендации*. М.; 2022. 251 с. Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/290\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/290_2).
- Dedov I.I., Shestakova M.V., Mayorov A.Yu., Shamkhalova M.Sh., Sukhareva O.Yu., Galstyan G.R. et al. *Type 2 diabetes mellitus in adults: clinical guidelines*. Moscow; 2022. 251 p. (In Russ.) Available at: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/290\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/290_2).

21. Patel R., Dickenson A.H. Mechanisms of the gabapentinoids and  $\alpha 2\delta$ -1 calcium channel subunit in neuropathic pain. *Pharmacol Res Perspect*. 2016;4(2):e00205. <https://doi.org/10.1002/prp2.205>.
22. Wiffen PJ., McQuay H.J., Edwards J.E., Moore R.A. Gabapentin for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD005452. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005452>.
23. Данилов А.Б., Жаркова Т.Р. Фармакотерапия габапентином болевого синдрома при диабетической полиневропатии. *Consilium Medicum*. 2009;11(2):47–49. Режим доступа: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/92883>. Danilov A.B., Zharkova T.R. Pharmacotherapy with gabapentin for pain syndrome in diabetic polyneuropathy. *Consilium Medicum*. 2009;11(2):47–49. (In Russ.) Available at: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/92883>.
24. Галстян Г.Р., Старостина Е.Г., Яхно Н.Н., Гурьева И.В., Чурюканов М.В., Строков И.А. и др. Диагностика и рациональная терапия болевой формы диабетической периферической нейропатии: междисциплинарный консенсус экспертов. *Сахарный диабет*. 2019;22(4):305–327. <https://doi.org/10.14341/DM9625>. Galstyan G.R., Starostina E.G., Yakhno N.N., Gurieva I.V., Churyukanov M.V., Strokov I.A. et al. Diagnosis and rational treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: an interdisciplinary expert consensus. *Diabetes Mellitus*. 2019;22(4):305–327. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/DM9625>.
25. Лунева И.Е., Гришина Д.А., Супонева Н.А. Нейропатия малоберцового нерва: общие подходы к диагностике и терапии. *Нервно-мышечные болезни*. 2022;12(4):29–36. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2022-12-4-29-36>. Luneva I.E., Grishina D.A., Suponeva N.A. Peroneal nerve palsy (injury) in fibular tunnel syndrome. *Neuromuscular Diseases*. 2022;12(4):29–36. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2022-12-4-29-36>.
26. Башлачев М.Г., Евзиков Г.Ю., Парфенов В.А. Болевой синдром при компрессионной невропатии общего малоберцового нерва на уровне головки малоберцовой кости. *Российский журнал боли*. 2021;19(3):26–30. <https://doi.org/10.17116/pain20211903126>. Bashlachev M.G., Evzikov G.Yu., Parfenov V.A. Pain syndrome following compression-induced common peroneal nerve neuropathy. *Russian Journal of Pain*. 2021;19(3):26–30. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/pain20211903126>.

### Информация об авторах:

**Девликамова Фарида Ильдусовна**, д.м.н., профессор кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Муштари, д. 11; [fdevlikamova@mail.ru](mailto:fdevlikamova@mail.ru)

**Максимов Юрий Николаевич**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Муштари, д. 11; [yuri\\_maximov@mail.ru](mailto:yuri_maximov@mail.ru)

**Хайбуллина Дина Хамитовна**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; 420012, Россия, Казань, ул. Муштари, д. 11; [dina.khaibullina@mail.ru](mailto:dina.khaibullina@mail.ru)

### Information about the authors:

**Farida I. Devlikamova**, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; [fdevlikamova@mail.ru](mailto:fdevlikamova@mail.ru)

**Yuriy N. Maksimov**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; [yuri\\_maximov@mail.ru](mailto:yuri_maximov@mail.ru)

**Dina Kh. Khaibullina**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy – a branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; 11, Mushtari St., Kazan, 420012, Russia; [dina.khaibullina@mail.ru](mailto:dina.khaibullina@mail.ru)