

Головачева В.А., Головачева А.А., Фатеева Т.Г.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия
119146, Москва, Большая Пироговская ул., 19, стр. 1

Психологические методы в лечении хронической неспецифической боли в нижней части спины

Среди взрослого населения каждый второй человек в течение жизни испытал хотя бы один эпизод боли в спине. У 3–10% людей неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в нижней части спины (БНЧС) приобретает хроническое течение. В таких случаях требуется комбинированное междисциплинарное лечение, включающее оптимальную фармакотерапию, рациональную физическую активность, лечебную гимнастику, психологические методы, образовательную программу («школу» для пациентов с болью в спине), в некоторых случаях — мануальную терапию, массаж. Психологические методы помогают пациентам справиться с катастрофизацией боли, повысить повседневную активность и снизить вероятность рецидива заболевания. Результаты клинических исследований и систематических обзоров демонстрируют эффективность когнитивно-поведенческой терапии и терапии осознанности (майндфулнесс) в лечении хронической неспецифической БНЧС. Представлено клиническое наблюдение — пример эффективного лечения пациентки, страдающей хронической неспецифической БНЧС, с помощью комбинированного междисциплинарного подхода.

Ключевые слова: боль в спине; хроническая неспецифическая боль в нижней части спины; поясничная боль; лечение; психологические методы; психотерапия; когнитивно-поведенческая терапия; майндфулнесс; терапия осознанности; нестероидные противовоспалительные препараты; мелоксикам; Мовалис®; фармакотерапия; междисциплинарное лечение; клинический случай.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; xoxo.veronicka@gmail.com

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ. Психологические методы в лечении хронической неспецифической боли в нижней части спины. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(Прил. 2):25–32.

Psychological methods in the treatment of chronic nonspecific low back pain

Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Fateeva T.G.

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Faculty of General Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
19, Bolshaya Pirogovskaya St., Build. 1, Moscow 119146*

Among the adult population, every two persons have experienced at least an episode of back pain during their lifetime. Nonspecific (musculoskeletal) low back pain (LBP) becomes chronic in 3–10% of people. These cases require combined interdisciplinary treatment, including optimal pharmacotherapy, rational physical activity, therapeutic exercises, psychological methods, an educational program (back pain school for patients); some cases need manual therapy, massage. Psychological methods assist patients to cope with pain catastrophizing, to increase daily activity, and to reduce the likelihood of disease recurrence. The results of clinical trials and systematic reviews demonstrate that cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy (mindfulness-based stress reduction) are effective in treating chronic LBP. The paper describes a clinical case: an example of effective treatment of a female patient with chronic nonspecific LBP, by applying an integral interdisciplinary approach.

Keywords: back pain; chronic nonspecific low back pain; low back pain; treatment; psychological methods; psychotherapy; cognitive behavioral therapy; mindfulness; mindfulness therapy; nonsteroidal anti-inflammatory drugs; meloxicam; Movalis®; pharmacotherapy; interdisciplinary treatment; clinical case.

Contact: Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronicka@gmail.com

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG. Psychological methods in the treatment of chronic nonspecific low back pain. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019;11(Suppl. 2):25–32 (In Russ.).

DOI: 10.14412/2074-2711-2019-2S-25-32

Введение

Болью в нижней части спины (БНЧС) называют боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками [1]. По продолжительности болевого синдрома выделяют острую (<4 нед), подострую (от 4 до 12 нед) и хроническую (>12 нед) БНЧС [2]. Каждый второй человек в течение жизни хотя бы раз испытывает эпизод боли в спине [1]. У 3–10% людей боль в спине принимает хроническое

течение [3, 4]. В 90% случаев хроническая БНЧС — это неспецифическая (скелетно-мышечная) боль [4]. Наиболее частые анатомические источники неспецифической скелетно-мышечной боли — межпозвоночный диск, фасеточные суставы, крестцово-подвздошные суставы, грушевидная мышца, мышцы спины и связки [3–5]. Однако нет доказательств того, что точное определение источника боли улучшает течение и исход заболевания [3].

Диагностика хронической неспецифической БНЧС основывается на исключении специфических причин БНЧС (таких как новообразование, перелом позвонка, абсцесс и другие патологические процессы), радикулопатии, стеноза спинномозгового канала [3]. Знаки и симптомы, которые могут настораживать врача в отношении симптоматического генеза боли в спине и исключать ее неспецифический характер, принято называть «красными флажками» [6, 7]. Хронизации неспецифической БНЧС способствуют психологические и социальные факторы: тревога, депрессия, нарушение сна, неправильное представление пациента о боли в спине и ее катастрофизация, ипохондрический тип личности, неудовлетворенность работой, проблемы в семейной жизни, снижение активности (профессиональной, социальной, бытовой, физической), поиск материальной компенсации (рентное отношение к болезни) [8–11]. Перечисленные факторы принято называть «желтыми флажками» при боли в спине.

В лечении пациентов с хронической неспецифической БНЧС эффективен междисциплинарный подход, который подразумевает участие в терапевтическом процессе нескольких специалистов: невролога, психотерапевта (или клинического психолога), психиатра, кинезиотерапевта, анестезиолога [3, 4, 12]. Междисциплинарное лечение хронической неспецифической БНЧС включает оптимальную фармакотерапию, рациональную физическую активность, лечебную гимнастику, психологические методы, образовательную программу («школу» для пациентов с болью в спине), в некоторых случаях — мануальную терапию, массаж. Нелекарственные методы играют ведущую роль в терапии пациентов с хронической неспецифической БНЧС [12, 13].

За последние несколько лет в клинической медицине значимо возрос интерес к психологическим методам лечения неспецифической БНЧС. Авторы систематического обзора продемонстрировали увеличение числа контролируемых клинических исследований по данному направлению за последние несколько лет [14]. Так, с 1983 по 2000 г. было опубликовано 7 контролируемых исследований эффективности психологических методов при боли в спине, с 2001 по 2010 г. — 11 контролируемых исследований, а уже с 2011 по 2018 г. — 24 контролируемых исследования. Ведущими психологическими методами для лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС признаются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и майндфулнесс (терапия осознанности) [12, 13].

Практическая значимость психологических методов

Психологические методы лечения хронической боли в спине широко применяются в странах Европы, США и Канаде [15]. В зарубежных междисциплинарных клиниках и центрах боли психологические методы включены во все терапевтические программы [12]. Авторы недавнего международного обзора 15 руководств по диагностике и лечению неспецифической БНЧС заключили, что большинство (82%) руководств рекомендуют использовать психологические методы в лечении пациентов с хронической неспецифической БНЧС [16].

Психологические методы повышают приверженность пациентов с хронической неспецифической БНЧС выполнению рекомендаций врача. Известно, что лечебная гимна-

стика и поддержание рациональной физической активности обладают высокой эффективностью в отношении хронической неспецифической БНЧС и рекомендуются всеми ведущими экспертами [16]. Однако многие пациенты с хронической неспецифической БНЧС имеют низкую мотивацию к физической активности, а также ошибочно полагают, что только после регресса или значимого снижения интенсивности боли можно заниматься лечебной гимнастикой и повышать повседневную активность [17, 18]. Психологические методы помогают изменить представления пациентов о физической активности и связанные с ней ожидания, повысить их приверженность лечебной гимнастике и другим видам физических упражнений (например, плаванию, водной аэробике, пешей ходьбе, занятиям фитнесом) [15, 19, 20].

Пациентам с хронической неспецифической БНЧС психологические методы позволяют преодолеть катастрофизацию боли (драматическое, дисфункциональное восприятие боли и ее последствий для жизни), кинезиофобию (страх пациента повышать физическую активность, заниматься физическими упражнениями), «ограничительное, избегающее» или «болевое» поведение (выработанные пациентом дезадаптивные модели поведения, которые на самом деле только ухудшают его состояние), симптомы тревоги и депрессии, нарушения сна (при их наличии), улучшить качество жизни [17–21]. Использование психологических методов может увеличивать продолжительность достигнутого клинического эффекта после лечения [17, 18].

Когнитивно-поведенческая терапия: основные принципы и техники

КПТ признается самым изученным видом психотерапии. К 2019 г. опубликованы результаты свыше 350 контролируемых исследований, доказавших эффективность КПТ при распространенных психических и неврологических расстройствах [22].

КПТ — это не просто беседа с пациентом о заболевании, информирование его о причинах боли и благоприятности прогноза. КПТ — систематизированный метод, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы [23].

В соответствии с когнитивно-поведенческой моделью хронической боли негативные мысли пациента (катастрофизация боли) вызывают отрицательные эмоции (тревога, грусть, уныние, гнев, злость), усиливают боль и способствуют развитию дезадаптирующего поведения (снижение повседневной активности, избыточный прием обезболивающих препаратов, прохождение повторных медицинских обследований и консультаций при отсутствии органической патологии, увольнение с работы и т. п.) [24]. Формируется так называемый «порочный круг»: негативная мысль → отрицательная эмоция → боль → дезадаптирующее поведение → и снова негативная мысль (см. рисунок) [17, 24]. По результатам нейрофизиологических исследований и функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ), у пациентов с хронической неспецифической БНЧС негативные мысли вызывают усиление восприятия боли, повышение активности структур головного мозга, ответственных за эмоциональное восприятие боли [25, 26].

Главные цели КПТ хронической боли — обучить пациента эффективным навыкам преодоления боли, повысить

его повседневную активность [24]. С помощью КПТ изменяют негативные представления пациента о боли и физической активности («когнитивная перестройка») и обучают его новому поведению в повседневной жизни («поведенческий метод»). Негативные представления о боли в спине обычно развиваются вследствие ошибочного диагноза, длительного неэффективного лечения, неудачного опыта занятий физическими упражнениями, недостоверных сведений о причинах и прогнозе боли из средств массовой информации, наличия схожих симптомов у тяжелобольных близких или знакомых [17, 23, 24]. У тревожно-мнительных пациентов негативные представления о боли устойчивы и не поддаются коррекции при простой образовательной беседе, поэтому их изменяют с помощью психотерапии.

Большинство пациентов с хронической неспецифической БНЧС имеют ошибочные представления о взаимосвязи боли и повседневной активности, считая, что «сначала нужно провести курс обезболивающей терапии – и только потом повышать повседневную активность», «повышение повседневной активности усилит боль» [17, 23, 24]. На сессиях КПТ пациенту методично разъясняют, что избегание физической активности и привыкание к роли больного с ограниченными возможностями ухудшают состояние и усиливают боль [24]. Затем формируют новое, более позитивное и реалистичное представление пациента о физической активности и боли: «Постепенное повышение физической активности способствует облегчению боли». Составляют рациональный план физической активности. Когнитивно-поведенческий терапевт совместно с пациентом оценивает результаты выполненных заданий, связанных с повседневной активностью и физическими упражнениями, обсуждает положительные и отрицательные эффекты, корректирует план повседневной активности.

При проведении сессий КПТ пациент принимает активное участие в лечебном процессе: изучает взаимосвязь между негативным мышлением, отрицательными эмоциями, болью и дезадаптирующим поведением; старается соблюдать оптимальный режим физической активности и корректировать его; обучается навыкам физического и эмоционального расслабления; ведет дневники самонаблюдения; совместно с врачом анализирует и корректирует свои представления о боли; обучается новому адаптивному поведению в различных повседневных ситуациях [17, 24]. Пациент обучается навыкам самостоятельного контроля и коррекции эмоционального и физического состояния, что в дальнейшем обеспечивает устойчивость терапевтического эффекта и снижает вероятность рецидива заболевания.

КПТ проводится в форме индивидуальных или групповых сессий. Метод относительно краткосрочен: в сравнении с классическим психоанализом, который длится годами, сессии КПТ проводятся на протяжении нескольких недель или месяцев [23].

Когнитивно-поведенческая терапия при хронической неспецифической боли в нижней части спины: результаты клинических исследований

КПТ – самый распространенный психологический метод, который используется для лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС всех возрастных групп [27]. Авторы исследования экономической стоимости тера-

пии хронической неспецифической БНЧС заключили, что КПТ – один из самых экономически выгодных методов лечения [28]. Интерес к использованию КПТ в лечении хронической боли в спине продолжает расти [29–31].

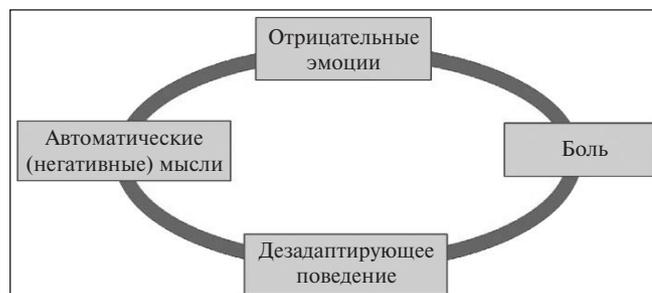
Роль когнитивно-поведенческой терапии в лечебном процессе

Среди психологических факторов принято выделять специальный фактор, влияющий на прогноз лечения пациента с хронической неспецифической БНЧС, – «локус контроля за здоровьем» (“health locus of control”) [8, 32]. Под термином «локус контроля за здоровьем» подразумевается мнение пациента о том, кто ответственен за его здоровье. Различают три типа локуса контроля за здоровьем: внутренний (пациент считает, что он сам ответственен за состояние своего здоровья), внешний (пациент полагает, что другие люди ответственны за состояние его здоровья), неопределенный (пациент думает, что состояние его здоровья в большей степени зависит от случайных обстоятельств и контролировать эти события невозможно) [33]. Показано, что прогноз на выздоровление значимо хуже у пациентов с преимущественно внешним типом локуса контроля за здоровьем [34, 35]. Данная категория пациентов испытывает трудности в психологическом и физическом преодолении боли [36]. Если пациенты предпочитают «пассивные» методы лечения (фармакотерапия, мануальная терапия, массаж, блокады), где не требуется их активное физическое и когнитивное участие, то вероятность выздоровления также снижается [37]. С помощью КПТ можно сформировать у пациента с хронической неспецифической БНЧС преимущественно внутренний тип локуса контроля за здоровьем [38].

Изменение представлений пациентов о причинах и методах лечения хронической неспецифической БНЧС коррелирует с улучшением представлений пациентов о своей трудоспособности, с повышением повседневной активности [25]. Снижение катастрофизации боли способствует развитию новых адаптивных навыков преодоления боли в спине [25, 39]. КПТ, включенная в мультидисциплинарную реабилитационную программу для лечения хронической неспецифической БНЧС, способствует физической активизации пациентов [25].

Индивидуальные сессии когнитивно-поведенческой терапии

По отдаленным результатам лечения КПТ в комбинации с лечебной гимнастикой превосходит оперативное лечение (спондилодез) хронической неспецифической



Когнитивно-поведенческая модель хронической боли. Компоненты, формирующие порочный круг поддержания боли

БНЧС. К данному заключению пришли авторы рандомизированного исследования, включавшего 124 пациента с хронической неспецифической БНЧС [40, 41]. Через 12 мес результаты лечения были схожими: клинический эффект был достигнут у 70% пациентов из группы хирургического лечения, у 76% — из группы КПТ и лечебной гимнастики. При этом ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 18% пациентов. Длительный период наблюдения (4 года) показал преимущества консервативного лечения перед хирургическим по снижению интенсивности боли, физической активности и возвращению к профессиональной деятельности.

В соответствии с дизайном большинства исследований, КПТ входит в состав междисциплинарных программ лечения пациентов с хронической неспецифической БНЧС. Результаты исследований противоречивы [14]. В одних исследованиях междисциплинарные программы, включающие КПТ, достоверно превосходят стандартную терапию по снижению средней интенсивности боли, в других — обладают схожей эффективностью. Авторы систематического обзора эффективности КПТ при хронической неспецифической БНЧС считают, что данные противоречия связаны с клинической гетерогенностью пациентов, включаемых в исследование, с различиями между междисциплинарными программами и различиями между протоколами КПТ [15]. Так, авторы заключили, что количество сессий КПТ оказывало значимое влияние на снижение интенсивности боли. Если число сессий КПТ было от 3 до 8, то большинство междисциплинарных программ с КПТ превосходили по эффективности стандартное лечение, но не с достоверной значимостью. Если количество сессий КПТ было больше (от 10 до 36), то большинство междисциплинарных программ с КПТ достоверно превосходили по эффективности стандартное лечение.

Групповые сессии когнитивно-поведенческой терапии

Групповой формат сессий КПТ направлен на улучшение эмоционального состояния и повышение социальной активности пациентов [40]. Такой формат может быть полезен для пациентов, которые испытывают симптомы депрессии и выраженные трудности в повышении физической активности.

Междисциплинарная программа, включающая групповую КПТ, продемонстрировала достоверное превосходство над монотерапией лечебной гимнастикой в отношении снижения интенсивности боли, уменьшения кинезиофобии и катастрофизации боли, улучшения качества жизни у пациентов с хронической неспецифической БНЧС [41]. По результатам наблюдения за пациентами, достигнутый клинический эффект в группе междисциплинарного лечения с КПТ сохранялся в течение 2 лет.

Майндфулнесс (терапия осознанности) в лечении хронической неспецифической боли в нижней части спины

Майндфулнесс (англ. mindfulness — осознанность, просветление, безоценочное осознание) — психологический метод лечения хронической боли и эмоциональных нарушений, основанный на медитации [42]. Несмотря на то что метод получил свое развитие, придя из буддизма, он лишен какого-либо религиозного аспекта. Применение

майндфулнесс в медицине и психологии научно обосновано. На сегодняшний день более 250 клиник в мире применяют метод майндфулнесс в лечении пациентов с эмоциональными расстройствами и хронической болью. Метод майндфулнесс внесен в последние американские и британские рекомендации по лечению хронической неспецифической БНЧС [12, 13].

Основная идея терапевтической техники майндфулнесс заключается в полном перенесении внимания на настоящий момент, без какой-либо оценки себя и окружающей действительности [43]. С помощью майндфулнесс пациент обучается тому, как быть «здесь и сейчас», как останавливать навязчивые, беспокоящие мысли, контролировать эмоции, повысить эмоциональную устойчивость к стрессу и получать удовольствие от жизни. Перечисленные навыки пациенты развивают с помощью специальных упражнений по майндфулнесс: осознанное дыхание, «изюмная медитация», сканирование тела, наблюдение за звуками и мыслями, осознанные движения, осознанная ходьба, любящая доброта и др. Важная задача терапии майндфулнесс — научить пациента интегрировать приобретенные навыки в повседневную жизнь.

Результаты клинических исследований демонстрируют, что добавление майндфулнесс к стандартной терапии хронической неспецифической БНЧС повышает эффективность лечения [44, 45]. Применение майндфулнесс эффективно для уменьшения интенсивности боли у пациентов, принимающих слабые опиоидные препараты [46, 47], а также у пациентов старшей возрастной группы [48, 49].

Для лечения боли в спине используются две структурированные программы на основе майндфулнесс: «Снижение уровня стресса с помощью практик осознанности» (Mindfulness-Based Stress Reduction — MBSR) и «Когнитивная терапия на основе осознанности» (Mindfulness-based cognitive therapy — MBCT) [50]. Продолжительность программ — 8 нед. Терапия проводится в группах.

В 2017 г. был опубликован систематический обзор и метаанализ эффективности и безопасности программы MBSR в лечении БНЧС [51]. Систематический обзор и метаанализ проводился на основании данных 7 рандомизированных контролируемых исследований, которые суммарно включали 864 пациента с хронической БНЧС неспецифического характера и вследствие остеоартрита. Шесть исследований проводилось в США, одно — в Иране. В трех исследованиях пациенты были 65 лет и старше, в четырех исследованиях возраст пациентов составлял от 20 до 70 лет. Продолжительность боли в спине — от 3 мес. Во всех исследованиях дизайны программ MBSR создавались на основании оригинального протокола MBSR, разработанного в Массачусетском технологическом университете, но при этом они имели некоторые различия — по продолжительности сессий (90 мин или 2,5 ч), по наличию или отсутствию техник КПТ. Авторы сделали заключение, что по снижению интенсивности боли MBSR превосходит стандартное лечение в краткосрочной перспективе и имеет схожие результаты в долгосрочной перспективе. Программа MBSR и стандартное лечение оказывают схожее влияние на повышение трудоспособности как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Программа MBSR превосходит стандартное лечение по положитель-

ному влиянию на физическую активность пациентов в краткосрочной перспективе. При сравнении программы MBSR с КПТ и образовательной программой, направленной на активизацию пациента, достоверных различий эффективности не обнаружено. Авторы подчеркивают, что проведенный систематический обзор и метаанализ имеет ряд недостатков: 1) малое число исследований; 2) малое число пациентов, включенных в каждое исследование; 3) гетерогенность пациентов по возрасту и диагнозу; 4) различия в протоколах программ MBSR; 5) гетерогенность в дизайнах исследований (сравнение MBSR со стандартным лечением, с отсутствием лечения, с КПТ, с образовательной программой).

В североамериканском руководстве, опубликованном в 2017 г., программа MBSR рекомендуется для лечения хронической неспецифической БНЧС [13]. Отмечено, что применение данного метода обладает высоким уровнем рекомендаций.

**Психологические методы на практике:
клинический пример ведения пациентки
с хронической неспецифической болью
в нижней части спины**

Приведем пример истории болезни пациентки, которая обратилась по поводу боли в спине в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

Пациентка М., 37 лет, индивидуальный предприниматель, предъявляет жалобы на ежедневную умеренную тянущую боль в поясничной области. В течение дня интенсивность боли может варьировать от 3 до 7 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), усиливается при движениях, облегчается в состоянии покоя. Боль в спине беспокоит в течение 1,5 года.

Пациентка сообщает, что 1,5 года назад совершила неловкое движение во время игры в пляжный волейбол и возник эпизод боли в спине до 8 баллов по ВАШ. Обратилась к неврологу в частной клинике. По результатам проведенной МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника определялись протрузии межпозвоночных дисков L_{III-IV}, L_{IV-V}. Было рекомендовано ограничение физической активности в течение дня, ношение корсета на области поясницы, внутримышечные инъекции диклофенака в течение 7 дней. На фоне проведенного лечения отмечалось временное облегчение боли. В последующем получала лечение физиотерапией, массажем с временным облегчением боли. Рекомендовалась лечебная гимнастика, но приверженность ей и качество выполнения были неудовлетворительные: пациентка пропускала занятия, чувствовала усиление боли после них, боялась ухудшения состояния из-за выполняемых упражнений, испытывала нежелание ходить на занятия.

При активном расспросе выяснилось, что боль в спине — не единственный симптом, который беспокоит пациентку и снижает ее качество жизни. В течение последних 6 мес отмечаются панические атаки, частота их возникновения увеличилась с 2 до 6 раз в месяц. В течение последних 4 мес беспокоят частые (до 8 раз в месяц) эпизоды головной боли, которая по клинической картине соответствует головной боли напряжения. Известно, что в течение жизни возникали редкие эпизоды головной боли напряжения. В течение последних 3 мес у пациентки наблюдаются проблемы со сном:

для того чтобы заснуть, требуется около 2 ч. За последний год пациентка значительно снизила повседневную активность: уменьшила профессиональную деятельность, не посещает занятия по фитнесу, меньше ходит пешком, уменьшила время общения с друзьями и родственниками. Снижение активности сама пациентка связывает с болью в спине, повышенной утомляемостью, постоянным беспокойством за состояние своего здоровья, уменьшением желания общаться со знакомыми и друзьями.

При дальнейшем уточнении анамнеза заболевания было выяснено, что 7 лет назад произошли два трагических события — смерть двух близких родственников пациентки, а 5 лет назад мама пациентки перенесла тяжелую хирургическую операцию. В ответ на стрессовые события у пациентки наблюдались естественные реакции горя, депрессия не развилась. Пациентка продолжала активно работать, помогать семье с решением проблем, поддерживала маму в течение заболевания и после операции. На сегодняшний день у мамы пациентки удовлетворительное состояние здоровья.

Стало известно, что текущий депрессивный эпизод у пациентки — повторный. Первый депрессивный эпизод был диагностирован 3 года назад, после перенесенной пневмонии. В течение 1 года получала терапию антидепрессантом (флуоксетин), с клиническим эффектом. Однако через 6 мес после прекращения приема антидепрессанта, на фоне работы в благотворительном фонде с тяжелобольными детьми, в связи со смертью одного ребенка вследствие онкологического заболевания эмоциональное состояние пациентки ухудшилось, развились симптомы тревоги и депрессии.

В соматическом статусе патологии не выявлено. В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики нет. Определяются ограничение сгибания и разгибания в поясничном отделе позвоночника до 40° из-за боли, болезненное напряжение мышцы, выпрямляющей позвоночник на поясничном уровне, умеренная болезненность при пальпации в области правого крестцово-подвздошного сочленения. По Госпитальной шкале тревоги и депрессии у пациентки отмечаются клинически выраженные симптомы тревоги (14 баллов) и депрессии (12 баллов). По заключению психиатра, у пациентки наблюдается атипичная (тревожная) депрессия. Суицидальные мысли отрицает.

На основании клинической картины заболевания, исключения признаков радикулопатии и «красных флажков» (симптомов, характерных для специфического генеза боли в спине), заключения психиатра поставлен клинический диагноз: «Хроническая неспецифическая боль в нижней части спины. Атипичная депрессия».

План лечения составлялся в соответствии с международными рекомендациями по ведению пациентов с болью в спине, наличием показаний и противопоказаний к определенным методам терапии, предпочтениями пациентки. В истории заболевания пациентки определялись «желтые флажки» — психологические и социальные факторы, способствующие формированию и поддержанию хронического течения боли в спине. В приведенном клиническом случае к «желтым флажкам» относились катастрофизация боли, «ограничительное, избегающее» поведение, симптомы тревоги и депрессии. Наличие «желтых флажков» указывало на целесообразность применения психологических методов лечения. Пациентка сообщила о желании проходить лечение амбулаторно, без приема психоактивных препаратов. Состояние пациентки и данные меж-

дународных рекомендаций позволяли составить план лечения в соответствии с представленными пожеланиями. Пациентка согласилась проходить лечение с применением психологических методов.

Программа лечения включала следующие методы: 1) образовательные беседы; 2) КПТ; 3) физическая активность; 4) мелоксикам 7,5 мг в течение 7 дней; 5) терапия осознанности (майндфулнесс). Три образовательные беседы с пациенткой были посвящены хронической боли в спине, депрессии, их взаимосвязи, причинам возникновения, современным методам диагностики и лечения. КПТ проводилась в форме индивидуальных сессий продолжительностью 60 мин, с частотой 1 раз в неделю, в течение 24 нед. Физическая активность включала в себя индивидуальную лечебную гимнастику, повседневную активность, пешие прогулки, в дальнейшем — занятия фитнесом. Терапия осознанности (майндфулнесс) проводилась в форме индивидуальных сессий продолжительностью 60 мин, с частотой 1 раз в неделю, в течение 8 нед. Терапия нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП) мелоксикамом (Мовалис®) была назначена для облегчения болевого синдрома и повышения приверженности пациентки физической активности.

К 3-му месяцу лечения наблюдались облегчение боли в спине, улучшение сна, регресс панических атак, повышения физической активности, снижение симптомов тревоги и депрессии до субклинических значений — 9 и 8 баллов соответственно (по Госпитальной шкале тревоги и депрессии). К 6-му месяцу лечения у пациентки регрессировали боли в спине, отсутствовали симптомы тревоги и депрессии, были нормальными сон и повседневная активность, характерная для пациентки до заболевания.

Почему применялись психологические методы в представленном клиническом случае?

Представленный клинический случай демонстрирует, что в развитии и поддержании хронической боли в спине участвует множество факторов: биологических, психологических, социальных. Неправильные рекомендации, которые пациентка получила при первичном обращении с болью в спине в частную клинику, — пример ятрогенного фактора, участвовавшего в хронизации боли. Стандартные методы терапии, широко применяемые в России, оказались неэффективны в связи с наличием «желтых флажков» в истории заболевания. У пациентки была неудовлетворительная приверженность лечебной гимнастике и физической активности — одним из самых эффективных методов лечения хронической неспецифической БНЧС. Применение КПТ позволило решить несколько проблем, создававших основные трудности в лечении пациентки: 1) катастрофизация боли; 2) кинезиофобия; 3) «ограничительное, избегающее» поведение; 4) панические атаки, тревожность, сниженное настроение и мотивация к повседневной активности; 5) трудности засыпания. Упражнения по терапии осознанности (майндфулнесс) позволили научить пациентку контролировать тревожные мысли, изменить восприятие тревожных мыслей, улучшить сон и продуктивность своей деятельности в течение дня, повысить концентрацию внимания. Также данный клинический случай — один из примеров возрастающего интереса российских пациентов к лечению хронической боли и эмоциональных расстройств без психофармакотерапии.

Почему в представленном клиническом случае назначался НПВП (мелоксикам)?

Назначение НПВП — эффективный метод облегчения боли в спине. Показано, что 14 руководств из разных стран рекомендуют НПВП в качестве ключевой фармакотерапии хронической боли в спине [16]. Назначение НПВП позволяет быстро облегчить боль и повысить приверженность пациентов занятиям лечебной гимнастикой и физической активности в течение дня. Выбор препарата НПВП зависит от наличия противопоказаний и потенциальных нежелательных явлений [16]. В представленном клиническом примере препаратом выбора стал Мовалис® (мелоксикам).

Мовалис® — оригинальный препарат мелоксикама, имеющий большую базу контролируемых исследований по безопасности и эффективности в терапии суставных и скелетно-мышечных болей [7]. По профилю безопасности и эффективности Мовалис® (мелоксикам) можно отнести к «золотой середине» терапии НПВП. Мелоксикам имеет такой же низкий риск желудочно-кишечных осложнений, как целекоксиб. Данное заключение сделали авторы крупного метаанализа, включавшего 1561 случай серьезных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта на фоне приема коксибов и традиционных НПВП [52]. В сравнении с другими НПВП, мелоксикам имеет самый низкий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. На это указывают результаты метаанализа, в котором исследовали 92 163 пациента, принимавших НПВП более 14 дней и госпитализированных из-за сердечной недостаточности [53]. Был изучен профиль безопасности 27 препаратов НПВП. Самый низкий риск развития сердечной недостаточности отмечался у мелоксикама — 1,02 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,17–1,22], самые высокие риски — у кеторолака (1,83; 95% ДИ 1,66–2,02), эторикоксиба (1,51; 95% ДИ 1,41–1,62), индометацина (1,51; 95% ДИ 1,33–1,71). Авторы других крупных метаанализов, посвященных сердечно-сосудистым осложнениям, сделали вывод, что мелоксикам имеет очень низкие риски развития инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с коксибами и другими традиционными НПВП [54]. Подчеркивается, что наряду с высокой безопасностью, мелоксикам обладает выраженным обезболивающим эффектом при скелетно-мышечных и суставных болях. Обезболивающий эффект мелоксикама сопоставим с обезболивающим эффектом неселективного ингибитора циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) и ЦОГ-2 — диклофенака [55–57]. При этом диклофенак обладает высоким риском развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. Высокую эффективность мелоксикама связывают с тем, что подавление синтеза простагландина E2 происходит за счет ингибирования не только ЦОГ-2, но и микросомальной простагландин E2 синтетазы-1 [58].

Таким образом, психологические методы играют важную роль в лечении пациентов с хронической неспецифической БНЧС. Эти методы помогают пациентам преодолеть катастрофизацию боли, кинезиофобию, «ограничительное» поведение, симптомы тревоги и депрессии, нарушения сна, улучшить качество жизни. В зарубежных междисциплинарных центрах и клиниках боли психологические методы включены во все терапевтические программы для ведения пациентов с хронической неспеци-

фический БНЧС. КПТ и майндфулнесс — основные психологические методы, которые применяются при хронической неспецифической БНЧС и внесены в официальные рекомендации США и стран Европы. КПТ и майндфулнесс эффективны в отношении облегчения боли, повышения трудоспособности и физической активности

в течение дня. В лечении пациентов с хронической неспецифической БНЧС эффективно комбинированное, междисциплинарное лечение, которое включает образовательную программу, психологические методы, лечебную гимнастику, физическую активность и оптимальную фармакотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*. 2006;332(7555):1430-4. doi: 10.1136/bmj.332.7555.1430
2. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust*. 2017;206(6):268-73. doi: 10.5694/mja16.00828
3. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007;147:478-91. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006
4. Tavee JO, Levin KH. Low back pain. *Continuum*. 2017;23(2):467-86. doi: 10.1212/CON.0000000000000449
5. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):188. doi: 10.1186/s12891-017-1549-6
6. Парфенов ВА, Иванова МА. Ведение пациентов с болью в спине врачами общей практики. Медицинский совет. 2018;(1):112-7 [Parfenov VA, Ivanova MA. Management of patients with back pain by general practitioners. *Meditsinskii Sovet*. 2018;(1):112-7 (In Russ.)].
7. Парфенов ВА, Герасимова ОН. Причины, диагноз и лечение неспецифической люмбагии: мифы и реальность. Медицинский совет. 2017;(10):54-8 [Parfenov VA, Gerasimova ON. Causes, diagnosis and treatment of nonspecific lumbodinia: myths and reality. *Meditsinskii Sovet*. 2017;(10):54-8 (In Russ.)].
8. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25:1148-56. doi: 10.1097/00007632-200005010-00017
9. Мелкумова КА. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;2(1):9-13 [Melkumova KA. Cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of chronic pain. *Nevrologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(1):9-13 (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2010-63
10. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва; 2010. 368 с. [Podchufarova EV, Yakhno NN. *Bol' v spine* [Backache]. Moscow; 2010. 368 p. (In Russ.)].
11. Аверченкова АА, Парфенов ВА. Клинико-психологический и нейрофизиологический профиль пациентов с хронической люмбагией. Российский журнал боли. 2015;1(46):59 [Averchenkova AA, Parfenov VA. Clinical, psychological and neurophysiological profile of patients with chronic lumbodinia. *Rossiiskii Zhurnal Boli*. 2015;1(46):59 (In Russ.)].
12. National Institute for Health and Care Excellence (2016) Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NICE guideline NG59). Available from: <http://www.nice.org.uk/34.guidance/ng59>. Accessed 2019 March 20.
13. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. 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):514-30. doi: 10.7326/M16-2367
14. Vitoula K, Venneri A, Varrassi G, et al. Behavioral therapy approaches for the management of low back pain: An up-to-date systematic review. *Pain Ther*. 2018;7(1):1-12. doi: 10.1007/s40122-018-0099-4
15. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350:h444. doi: 10.1136/bmj.h444
16. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, 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):2791-803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2
17. Парфенов ВА, Головачева ВА. Хроническая боль и ее лечение в неврологии. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 288 с. [Parfenov VA, Golovacheva VA. *Khronicheskaya bol' i ee lechenie v neurologii* [Chronic pain and its treatment in neurology]. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 288 p. (In Russ.)].
18. Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. Москва: ИМА-ПРЕСС; 2016. 104 с. [Parfenov VA, Isaikin AI. *Bol' v nizhnei chasti spiny: mify i realnost'* [Lower back pain: myths and reality]. Moscow: IMA-PRESS; 2016. 104 p. (In Russ.)].
19. Hong J-Y, Son K-S, Cho JH, Lee JH. An updated overview of low back pain management in primary care. *Asian Spine J*. 2017;11(4):653-60. doi: 10.4184/asj.2017.11.4.653
20. Letzel J, Angst F, Weigl MB. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation in chronic neck pain: a naturalistic prospective cohort study with intraindividual control of effects and 12-month follow-up. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018 Nov 21. doi: 10.23736/S1973-9087.18.05348-0 [Epub ahead of print].
21. Chou R, Huffman LH; American Pain Society. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007;147:492-504. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00007
22. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *J Behav Med*. 2008;31(2):169-77. doi: 10.1007/s10865-007-9144-1
23. Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. 394 p.
24. Otis JD. Managing chronic pain: a cognitive-behavioral therapy: therapist guide. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2007. 114 p.
25. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*. 2002;97(1-2):23-31. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00426-2
26. Chehadi O, Rusu AC, Konietzny K, et al. Brain structural alterations associated with dysfunctional cognitive control of pain in patients with low back pain. *Eur J Pain*. 2017. doi: 10.1002/ejp.1159
27. Reid MC, Otis J, Barry LC, Kerns RD. Cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain in older persons: a preliminary study. *Pain Med*. 2003;4(3):223-30. doi: 10.1046/j.1526-4637.2003.03030.x
28. Lin C-WC, Haas M, Maher CG, et al. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J*. 2011;20:1024-38. doi: 10.1007/s00586-010-1676-3
29. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2010;375:916-23. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62164-4
30. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378:1560-71. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60937-9

31. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen J, et al. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain*. 2013;17:916-28. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x
32. Foster NE, Thomas E, Bishop A, et al. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*. 2010;148(3):398-406. doi: 10.1016/j.pain.2009.11.002
33. Oliveira VC, Furiati T, Sakamoto A, et al. Health locus of control questionnaire for patients with chronic low back pain: psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version. *Physiother Res Int*. 2008;13(1):42-52. doi: 10.1002/pri.391
34. Sanderson KB, Roditi D, George SZ, et al. Investigating patient expectations and treatment outcome in a chronic low back pain population. *J Pain Res*. 2012;5:15-22.
35. Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, et al. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *Clin J Pain*. 2008;24(4):305-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e318164aa75
36. Fordyce WE, Mosby CV. Behavioral methods for chronic pain and illness. *Pain*. 1977;3(3):291-2. doi: 10.1016/0304-3959(77)90029-X
37. Johnson RE, Jones GT, Wiles NJ, et al. Active exercise, education, and cognitive behavioral therapy for persistent disabling low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(15):1578-85. doi: 10.1097/BRS.0b013e318074f890
38. Morley S. Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: progress and some challenges. *Pain*. 2011;152(3 Suppl):S99-106. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.042
39. Lindgreen P, Rolving N, Nielsen CV, Lomborg K. Interdisciplinary cognitive-behavioral therapy as part of lumbar spinal fusion surgery rehabilitation: experience of patients with chronic low back pain. *Orthop Nurs*. 2016;35(4):238-47. doi: 10.1097/NOR.0000000000000259
40. Cohen MJ, Heinrich RL, Naliboff BD, et al. Group outpatient physical and behavioral therapy for chronic low back pain. *J Clin Psychol*. 1983;39(3):326-33. doi: 10.1002/1097-4679(198305)39:3<326::AID-JCLP2270390305>3.0.CO;2-7
41. Monticone M, Ambrosini E, Rocca B, et al. Group-based task-oriented exercises aimed at managing kinesiophobia improved disability in chronic low back pain. *Eur J Pain*. 2016;20(4):541-51. doi: 10.1002/ejp.756
42. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA*. 2008;17;300(11):1350-2.
43. Gardner-Nix J, Costin-Hall L; foreword by Kabat-Zinn J. The mindfulness solution to pain: step-by-step techniques for chronic pain management. USA: New Harbinger Publication, Inc; 2009. 210 p.
44. Cherkin DC, Anderson ML, Sherman KJ, et al. Two-year follow-up of a randomized clinical trial of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care for chronic low back pain. *JAMA*. 2017;317(6):642-4. doi: 10.1001/jama.2016.17814
45. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315(12):1240-9. doi: 10.1001/jama.2016.2323
46. Zgierska AE, Burzinski CA, Cox J, et al. Mindfulness meditation-based intervention is feasible, acceptable, and safe for chronic low back pain requiring long-term daily opioid therapy. mindfulness meditation-based intervention is feasible, acceptable, and safe for chronic low back pain requiring long-term daily opioid therapy. *J Altern Complement Med*. 2016;22(8):610-20. doi: 10.1089/acm.2015.0314
47. Zgierska AE, Burzinski CA, Cox J, et al. Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy intervention reduces pain severity and sensitivity in opioid-treated chronic low back pain: pilot findings from a randomized controlled trial. *Pain Med*. 2016;17(10):1865-81. doi: 10.1093/pm/pnw006
48. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*. 2008;134(3):310-9. doi: 10.1016/j.pain.2007.04.038
49. Morone NE, Rollman BL, Moore CG, et al. A mind-body program for older adults with chronic low back pain: results of a pilot study. *Pain Med*. 2009;10(8):1395-407. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00746.x
50. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med*. 2013;14:230-42. doi: 10.1111/pme.12006
51. Anheyer D, Haller H, Barth J, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2017 Jun 6;166(11):799-807. doi: 10.7326/M16-1997
52. Garcia Rodriguez LA, Barreales Tolosa L. Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population. *Gastroenterology*. 2007;132(2):498-506. doi: 10.1053/j.gastro.2006.12.007
53. Arfe A, Scotti L, Varas-Lorenzo C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ*. 2016 Sep 28;354:i4857. doi: 10.1136/bmj.i4857
54. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. *PLoS Med*. 2011;8(9):e1001098. doi: 10.1371/journal.pmed.1001098
55. Dreiser RL, Le Parc JM, Velicitat P, et al. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomised, double-blind trials versus placebo or diclofenac. *Inflamm Res*. 2001;50 Suppl 1:S17-23.
56. Colberg K, Hettich M, Sigmund R, et al. The efficacy and tolerability of an 8-day administration of intravenous and oral meloxicam: a comparison with intramuscular and oral diclofenac in patients with acute lumbago. German Meloxicam Ampoule Study Group. *Curr Med Res Opin*. 1996;13(7):363-7. doi: 10.1185/0300799609111556
57. Goei The HS, Lund B, Distel MR, et al. A double-blind, randomized trial to compare meloxicam 15 mg with diclofenac 100 mg in the treatment of osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. 1997;5(4):283-8. doi: 10.1016/S1063-4584(97)80024-6
58. Xu S, Rouzer CA, Marnett LJ. Oxycams, a class of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and beyond. *IUBMB Life*. 2014;66(12):803-11. doi: 10.1002/iub.1334

Поступила 20.03.2019

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Публикация статьи поддержана ООО «Берингер Ингельхайм». Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи.

Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.