

Хроническая скелетно-мышечная боль в спине: ошибки при ведении пациентов и вопросы оптимизации

Головачева В.А.¹, Головачева А.А.¹, Таршилова А.Р.²

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского и ²Клинический институт детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
¹Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; ²Россия, 119435, Москва, Большая Пироговская ул., 19, стр. 1

Представлено клиническое наблюдение пациентки с хронической скелетно-мышечной болью в спине (ХСБС) — одним из самых распространенных состояний в неврологической практике. Показаны распространенные ошибки при ведении таких пациентов. Пациентке ранее устанавливался неправильный диагноз «остеохондроз позвоночника», боль в спине ошибочно связывали с «возрастными» органическими, дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике, а в лечении применялись только пассивные методы лечения — различные лекарственные препараты, массажи, физиотерапия. Не оценивались и не корректировались факторы развития и хронизации боли в спине, не назначалась лечебная гимнастика, не обсуждались правила эргономики и физической активности в течение дня, т. е. не применялись методы, которые обладают доказанной эффективностью и рекомендуются для лечения ХСБС. Из-за неправильного ведения у пациентки сформировались ошибочные представления о заболевании, катастрофизация боли, ошибочные и неэффективные стратегии преодоления боли, что поддерживало хроническое течение боли в спине. В Клинике нервных болезней Сеченовского Университета пациентке был предложен комплексный подход к лечению, включающий образовательные беседы, кинезиотерапию и фармакотерапию. На основании анамнеза заболевания и жизни, данных объективного осмотра у пациентки были выявлены факторы развития и хронизации боли в спине: длительные статические позы при работе за компьютером, гиподинамия, повышенная масса тела, нейроортопедические особенности в виде «плоской спины», тревога, катастрофизация боли, болевая форма поведения. В процессе лечения учитывались и корректировались все перечисленные факторы. Кинезиотерапия включала лечебную гимнастику, рекомендации по эргономике и повседневной активности, тренинг правильных поз, кинезиотейпирование. В качестве нестероидного противовоспалительного средства пациентка принимала декскетопрофен, который эффективен у пациентов с болью в спине и относительно безопасен. В результате комплексного лечения у пациентки регрессировал болевой синдром, повысилась повседневная активность, улучшилось эмоциональное состояние; наблюдение в течение 6 мес показало стойкий положительный эффект, повышение работоспособности.

Ключевые слова: хроническая скелетно-мышечная боль в спине; диагностика; «желтые флаги»; факторы хронизации боли в спине; лечение; нестероидные противовоспалительные препараты; кинезиотерапия; лечебная гимнастика; эргономика; тренинг правильных поз.

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

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР. Хроническая скелетно-мышечная боль в спине: ошибки при ведении пациентов и вопросы оптимизации. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(3):103–109. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109

Chronic musculoskeletal low back pain: mistakes in patient management and optimization issues

Golovacheva V.A.¹, Golovacheva A.A.¹, Tarshilova A.R.²

¹Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, and ²N.F. Filatov Clinical Institute of Child Health, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
¹11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia; ²19, Bolshaya Pirogovskaya St., Build. 1, Moscow 119435, Russia

We present a clinical observation of a patient with chronic musculoskeletal low back pain (CMLBP), one of the most common conditions in neurological practice. Common mistakes in the management of such patients are highlighted. The patient had previously been incorrectly diagnosed with "osteochondrosis of the spine", the back pain was by mistake associated with "age-related" organic, degenerative-dystrophic changes in the spine, and only passive treatment methods were used in the treatment — various medications, massages, physiotherapy. The factors for the development and chronification of back pain were not evaluated or corrected, therapeutic exercises were not prescribed, the rules of ergonomics and physical activity during the day were not discussed, i.e. methods that have proven to be effective and are recommended for the treatment of CMLBP. Due to an inappropriate management, the patient developed misconceptions about the disease, catastrophizing the pain and incorrect and ineffective strategies for coping with the pain, which perpetuated the chronic course of the back pain. At the Clinic for Nervous Diseases at Sechenov University, the patient was offered a comprehensive treatment approach that included educational counselling, kinesiotherapy and

pharmacotherapy. Based on the patient's medical and life history and the data of an objective examination, factors for the development and chronification of back pain were identified: long-term static postures at work at a computer, physical inactivity, increased body weight, neuro-orthopedic features ("flat back"), anxiety, catastrophizing of pain, pain behavior pattern. During the treatment process, all of the above factors were considered and corrected. Kinesiotherapy included therapeutic exercises, recommendations on ergonomics and daily activity, training in correct posture and kinesio-taping. The patient took dexketoprofen as a non-steroidal anti-inflammatory drug, which is effective and relatively safe for patients with back pain. As a result of the complex treatment, the patient's pain syndrome regressed, daily activity increased and her emotional state improved; observation over 6 months showed a lasting positive effect, increasing working capacity.

Keywords: *chronic musculoskeletal low back pain; diagnosis; "yellow flags"; factors of chronification of back pain; treatment; non-steroidal anti-inflammatory drugs; kinesiotherapy; physiotherapy; ergonomics; training of correct postures.*

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

For reference: *Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR. Chronic musculoskeletal low back pain: mistakes in patient management and optimization issues. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(3):103–109. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109*

Боль в спине – распространенная причина обращения к врачу [1]. Общая распространенность боли в спине составляет 28,8%, при этом доля мужчин составляет 39,0%, женщин – 60,9% [2]. В общей популяции хроническая боль в спине (ХБС) наиболее часто встречается среди людей в возрасте от 30 до 60 лет, чаще среди женщин. Ее распространенность составляет 4,2% среди лиц в возрасте от 24 до 39 лет и 19,6% – в возрасте от 20 до 59 лет [3]. Боль в спине значительно снижает качество жизни и приводит к нетрудоспособности взрослого населения. В 90–95% случаев она является скелетно-мышечной (неспецифической). Диагноз скелетно-мышечной боли в спине основывается на данных неврологического и нейроортопедического осмотра, исключении «красных флагов» («сигналов опасности», признаков специфических причин боли в спине). К ее причинам относят дисфункцию крестцово-подвздошных сочленений и фасеточных суставов, мышечно-тонический и миофасциальный синдромы, дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков. По продолжительности выделяют острую (<4 нед), подострую (от 4 до 12 нед) и хроническую (>12 нед) скелетно-мышечную боль в спине [4].

Лечение пациентов с хронической скелетно-мышечной болью в спине (ХСБС) представляет собой комплексную мультидисциплинарную задачу, для решения которой обязательно должны выявляться и эффективно корректироваться «желтые флаги» (факторы хронизации) [4, 5]. Выделяют несколько групп факторов хронизации боли в спине: когнитивные, эмоциональные, поведенческие. При ведении пациентов с ХСБС также особое внимание следует уделять нейроортопедическим факторам развития и поддержания боли в спине [2]. Представляем клинический случай эффективного подхода к лечению пациента с ХСБС.

Пациентка Е., 40 лет, обратилась на амбулаторную консультацию в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (КНБ) с жалобами на ежедневную ноющую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника интенсивностью 6 баллов по числовой рейтинговой шкале, на эпизодическую головную боль в затылочной области, повышенную утомляемость, сниженную работоспособность, тревожность по поводу своего состояния.

Из анамнеза известно, что боль в пояснично-крестцовой области беспокоит на протяжении 3 лет. В течение 1,5 года

боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника приобрели ежедневный характер. Головная боль по типу головной боли напряжения с частотой 5–10 дней в месяц беспокоит на протяжении 2,5 года.

Пациентка работает дизайнером в мебельном магазине: много времени проводит сидя за компьютером и стоя в зале, показывая интерьер клиентам. Боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника появляется во время нахождения пациентки в длительных статических позах в течение рабочего дня и вечером после работы. Боль усиливается после воскресной службы в церкви, где пациентке нужно долго стоять. Со слов пациентки, коллеги по смене на работе заметили, что рабочее кресло расположено не ровно, а с наклоном влево. Пациентка отметила, что на рабочем месте сидит с наклоном таза влево, часто перекинув ногу на ногу. В беседе с пациенткой выявлено, что за компьютером она проводит по 3–4 ч, не вставая со стула. В беседе также было выявлено, что пациентка имеет определенную привычку (дисфункциональную стратегию справляться с болью): при эпизодах появления боли в спине она ест что-нибудь вкусное, что помогает ей отвлекаться от боли. Из-за таких частых перекусов на работе и дома у пациентки увеличилась масса тела на 8 кг за последние 2 года. На момент обращения в КНБ у пациентки избыточная масса тела – предожирение (индекс массы тела 28,5). В процессе беседы выяснено, что ранее у пациентки гинекологами был диагностирован анатомически узкий таз (в связи с данной нейроортопедической особенностью ей выполнялось кесарево сечение).

В течение последних 2 лет пациентка периодически обращалась к неврологам и терапевтам в поликлинике по месту жительства по поводу боли в спине и головной боли, проводились обследования – рентгенография шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, дулексное сканирование сосудов шеи, компьютерная томография головы. Ей устанавливался неправильный диагноз: «Остеохондроз позвоночника у взрослых». Пациентке ошибочно сообщалось, что боль в спине и головная боль связаны с «возрастными» дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, остеохондрозом, с «недостаточным кровоснабжением головного мозга». Врачи назначали лечение, включающее курсы различных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), миорелаксантов, витаминов группы В, хондропротекторов, сосудистых и ноотропных препаратов, физиотерапию, массаж с временным (на 2–3 нед) положительным эффектом в виде

снижения интенсивности боли, но не регрессом. Пациентка отмечает, что в течение последнего года эффективность применения перечисленных методов лечения снизилась. У нее сложились неправильные представления о причинах боли в спине и головной боли. Пациентка была обеспокоена прогнозом боли в спине и головной боли, опасалась, что боль будет усиливаться, заболевание прогрессировать и придется уволиться с работы.

При осмотре в соматическом и неврологическом статусе пациентки патологии не обнаружено. При нейроортопедическом осмотре выявлено: физиологический поясничный лордоз несколько сглажен, несколько сглажена нижняя часть грудного кифоза, болезненность при пальпации крестцово-подвздошных сочленений, фасеточных суставов на уровне L_{IV-V} , L_V-S_1 , также преимущественно слева, напряжение и болезненность длинных мышц спины на поясничном уровне, перикраниальных мышцы. Уровень инвалидизации из-за боли в нижней части спины (БНЧС) по опроснику Освестри составлял 52%. У пациентки были неправильные, негативные, катастрофичные представления о причинах боли и прогнозе: «боль связана с необратимыми, “возрастными” органическими изменениями позвоночника», «боль связана с плохим кровоснабжением головного мозга», «боль может никогда не пройти», «если лечение не помогает, то прогноз болезни плохой». Была выявлена выраженная катастрофизация боли – 29 баллов по Шкале катастрофизации боли, страх движений и выполнения упражнений по лечебной гимнастике (кинезиофобия) – 51 балла по Шкале кинезиофобии Тампа, выраженная тревога – 24 балла по Шкале тревоги Бека, выраженная инвалидизация из-за боли в спине по опроснику Освестри – 60%.

Учитывая хронический характер течения болевого синдрома, для исключения специфических причин боли в спине проведены дополнительные обследования. На МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника обнаружено, что физиологический поясничный лордоз несколько сглажен, есть минимальная сколиотическая деформация, незначительно выраженные дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, спондилоартрит, протрузии межпозвоночных дисков. Компрессий невралгических структур и стеноза позвоночного канала нет (см. рисунок). На рентгенограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника с функциональными пробами нестабильности позвонков не выявлено. По результатам общего анализа крови, анализа крови на С-реактивный белок, ревматоидный фактор патологических изменений не выявлено.

На основании жалоб, клинической картины заболевания, данных осмотра, после исключения специфических при-



МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника пациентки Е., 40 лет, с хронической скелетно-мышечной болью в нижней части спины.

Физиологический поясничный лордоз несколько сглажен, минимальная сколиотическая деформация, незначительно выраженные дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, остеохондроз, спондилоартрит, протрузии межпозвоночных дисков

MRI of the lumbosacral spine of patient E., 40 years old, with chronic musculoskeletal low back pain.

Physiological lumbar lordosis is smoothed, minimal scoliotic deformity, mild degenerative changes of the lumbosacral spine, osteochondrosis, spondyloarthritis, protrusion of the intervertebral discs

чин боли в спине пациентке поставлен диагноз: «Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в нижней части спины. Дисфункция крестцово-подвздошных сочленений, фасеточных суставов на уровне L_{IV-V} , L_V-S_1 , преимущественно слева. Мышечно-тонический синдром длинных мышц спины на поясничном уровне, квадратной мышцы поясницы».

У пациентки отсутствовали «красные флаги» в отношении головной боли, поэтому дополнительных методов обследования для установления диагноза головной боли не требовалось. В соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головных болей 3-го пересмотра, головная боль пациентки соответствовала диагнозу «Эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц» [6].

Клинический диагноз: «Основное заболевание: хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в нижней части спины. Дисфункция крестцово-подвздошных сочленений, фасеточных суставов на уровне L_{IV-V} , L_V-S_1 , преимущественно слева. Мышечно-тонический синдром длинных мышц спины на поясничном уровне, квадратной мышцы поясницы. Сочетанное заболевание: эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц. Тревожно-астенический синдром».

Был составлен план лечения пациентки, включающий лекарственные и нелекарственные методы:

- 1) образовательная беседа о причинах боли, факторах ее хронизации, методах лечения и прогнозе, рационе питания и влиянии избыточной массы тела на состояние здоровья;
- 2) ступенчатый курс приема НПВП 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;
- 3) индивидуальные занятия по кинезиотерапии, включающие рекомендации по физической активности, тренинг правильных поз, эргономику, лечебную гимнастику. Занятия по кинезиотерапии проводились со специалистом в КНБ с частотой 1 раз в неделю в течение 10 нед. Между занятиями со специалистом пациентка занималась лечебной гимнастикой дома самостоятельно по 15 мин 3 раза в день и придерживалась рекомендаций по физической активности, соблюдала правильные позы при ходьбе, в положении сидя, стоя, при работе за компьютером, делала перерывы в работе за компьютером каждые 30 мин;

4) кинезиотейпирование поясничного отдела позвоночника. Процедуры наложения кинезиотейпа проводил специалист в КНБ с частотой 1 раз в неделю в течение 10 нед.

В процессе образовательных бесед с пациенткой особое внимание уделялось «желтым флагам» — факторам хронизации боли в спине. Ранее данные факторы игнорировались врачами. Пациентка была информирована о наличии у нее нескольких факторов хронизации.

Все вышеперечисленные методы лечения проводились одновременно, с первого дня лечения. Назначение лекарственной терапии (Дексалгин, Дексалгин 25) позволило уже в первые дни лечения уменьшить интенсивность боли в покое и при движении, повысить функциональную активность и приверженность пациентки выполнению упражнений по лечебной гимнастике. У пациентки сформировались правильные представления о причинах и прогнозе боли, она была мотивирована к выполнению врачебных рекомендаций, у нее наблюдалась высокая приверженность лекарственным и нелекарственным методам лечения.

Через 14 дней лечения у пациентки значительно уменьшилась интенсивность боли и улучшилась функциональная активность: наблюдалось снижение интенсивности боли по цифровой рейтинговой шкале с 6 до 2 баллов, снижение уровня инвалидизации из-за БНЧС по опроснику Освестри с 60 до 28%. Благодаря уменьшению болевого синдрома на фоне терапии НПВП пациентке стало легче заниматься лечебной гимнастикой, выполнять медицинские рекомендации по двигательной активности. Через 3 мес лечения у пациентки регрессировала БНЧС, повысилась работоспособность. Частота головной боли снизилась до 1 раза в месяц, интенсивность головной боли — наполовину, уменьшились проявления тревожности по Шкале тревоги Бека. В последующие месяцы головная боль не возникала. Достигнутые улучшения сохранились к 6-му месяцу наблюдения. Пациентка продолжала выполнять упражнения по лечебной гимнастике ежедневно по 15 мин в день, соблюдать врачебные рекомендации по эргономике и двигательной активности в течение дня.

Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует типичную, распространенную тактику ведения пациентов с ХСБС, при которой боль в спине ошибочно связывают с органическими изменениями позвоночника, не уделяют внимания факторам хронизации боли, а в лечении пациента основной акцент делается на лекарственную терапию и физиотерапевтические методы, не назначаются кинезиотерапия, лечебная гимнастика [7–10]. Пациентке ранее устанавливался неправильный диагноз остеохондроза позвоночника, что формировало ошибочные, негативные представления о боли, катастрофизацию боли — когнитивные факторы хронизации боли. Ранее в лечении пациентки не использовались психологические методы и кинезиотерапия, что приводило к формированию негативного опыта преодоления боли и укрепляло мнение пациентки о тяжести и неизлечимости боли в спине. У пациентки сформировались неправильные, неэффективные стратегии преодоления боли: 1) перекусы едой с высоким содержанием углеводов (сладости, выпечка, бутерброды) в течение дня для отвлечения внимания от боли и получения удовольствия; 2) ограничение движений в течение дня из-за страха появ-

ления боли — кинезиофобия; 3) использование только пассивных терапевтических методик для снижения боли (прием лекарств, физиотерапия, массаж). Перечисленные факторы относятся к поведенческим факторам хронизации боли [4, 11, 12]. Также у пациентки были выявлены профессиональные факторы, приводящие к развитию боли в спине и ее последующей хронизации: длительная статическая нагрузка и работа за компьютером [2, 4]. До обращения в КНБ, в других медицинских учреждениях пациентке назначались дополнительные инструментальные методы исследования, но не проводилось выявление факторов риска развития и хронизации боли в спине.

В реальной медицинской практике факторам риска развития и хронизации боли в спине должно уделяться особое внимание. У мужчин к таким факторам относятся возраст (от 36 до 59 лет), курение, низкий уровень образования, артериальная гипертензия, а у женщин — профессиональная деятельность, включающая поднятие тяжестей, статические нагрузки (положение стоя с наклоном вперед, положение сидя с наклоном вперед), работу за компьютером три и более дней в неделю. Овдовевшие или разведенные мужчины и женщины чаще сообщают о БНЧС, чем с мужчины и женщины, имеющие партнера [2]. Авторы метаанализа 2016 г., который включал 12 оригинальных исследований и 5459 участников, определили скелетно-мышечные факторы риска ХБС: ограничение бокового наклона туловища, ограничение движений в коленях при разгибании ног, уменьшение лордоза в поясничном отделе позвоночника [13]. Перечисленные выше факторы были выявлены у пациентки и учтены при составлении кинезиотерапевтической программы лечения в КНБ.

Важно отметить, что по данным нейроортопедического осмотра, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника у пациентки были выявлены анатомически узкий таз, уплощенный поясничный лордоз, уплощенная нижняя часть грудного кифоза. Эти нейроортопедические особенности играют значимую роль в риске развития и хронизации боли в спине, их необходимо учитывать при лечении и подбирать специальные упражнения по лечебной гимнастике, направленные на компенсацию выявленных феноменов [14, 15]. В соответствии с классификацией типов неструктурных нарушений позвоночника у представленной пациентки определялся второй позвоночно-тазовый тип неструктурного нарушения позвоночника: «плоская» спина и анатомически узкий таз [16, 17]. Слабость мышц-разгибателей спины и поясничных мышц считается важным фактором, ведущим к появлению «плоской» спины [18]. У пациентов с «плоской» спиной подвздошная мышца обычно гипоактивна, а поясничная — гиперактивна, большая ягодичная мышца укорочена и гиперактивна, подколенные сухожилия также укорочены, но гиперактивны [19–21].

В лечении представленной пациентки применен комплексный подход, включающий кинезиотерапию и фармакотерапию. Кинезиотерапия — это эффективный нелекарственный метод лечения боли в спине, включающий не только лечебные упражнения, но и тренинг правильных поз, образовательные беседы, рекомендации по физической активности и эргономике, кинезиотейпирование [22, 23]. В современной медицинской практике для лечения ХСБС предлагаются различные типы упражнений. По данным си-

стематических обзоров и метаанализов, наибольшей доказанной эффективностью в лечении ХСБС обладают упражнения на стабилизацию осевой мускулатуры (англ. core stabilization exercise), упражнения на растяжение (англ. stretching), упражнения по методу пилатес [24, 25]. Комбинация данных типов упражнений – эффективный подход в лечении пациентов с ХСБС, который позволяет значимо снизить боль в покое, при движении, повышает физическую выносливость пациентов, улучшает функциональную активность в течение дня, снижает частоту приема и дозы обезболивающих препаратов. Нейроортопедические особенности пациентов влияют на выбор упражнений по лечебной гимнастике. Для достижения терапевтического эффекта пациентам с ХСБС рекомендуется заниматься лечебной гимнастикой под контролем и наблюдением специалиста [26]. В КНБ для пациентки был составлен индивидуальный комплекс лечебных упражнений с учетом ее нейроортопедического статуса, в частности с учетом наличия «плоской» спины. Так как у пациентки был выраженный мышечно-тонический синдром квадратной мышцы поясницы на фоне «плоской» спины, ей были предложены различные упражнения на расслабление квадратной мышцы поясницы, а в дальнейшем – упражнения на укрепление этой мышцы. По данным исследования электрофизиологической активности квадратной мышцы поясницы в упражнениях на «тазовый мостик», в упражнениях с прямым и боковым наклоном зарегистрирована высокая активность этой мышцы. Соответственно, данные виды упражнений способствуют укреплению квадратной мышцы поясницы, поясничного отдела позвоночника и предотвращению боли в пояснице [27, 28].

Препаратом выбора для лечения пациентки стал декскетопрофен из группы НПВП. В соответствии с российскими и зарубежными рекомендациями, НПВП – препараты выбора в лечении ХСБС [4, 29]. Пациентке была назначена ступенчатая терапия декскетопрофеном: 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 3 раза в день с 3-го по 5-й день лечения [30]. На фоне приема декскетопрофена отмечалось значимое облегчение боли, повышение функциональной активности.

Декскетопрофен – это неселективный ингибитор циклооксигеназы, правовращающий (S(+)) изомер кетопрофена [31]. Кетопрофен представляет собой смесь двух стереоизомеров – правовращающего и левовращающего. Правовращающий стереоизомер обладает сильно выраженным антиноцицептивным эффектом. У левовращающего стереоизомера этот эффект выражен слабо, но при этом значительно увеличивается частота развития побочных эффек-

тов. Для обеспечения высокой терапевтической эффективности и повышения безопасности из рацемической смеси был выделен правовращающий (S(+)) изомер, синтезирована водорастворимая треметамоловая соль декскетопрофена и созданы оригинальные препараты Дексалгин и Дексалгин 25.

Рандомизированные контролируемые исследования подтверждают эффективность и безопасность терапии декскетопрофеном при болевых синдромах. R.A. Mooge и J. Barden [32] провели систематический обзор 35 исследований по применению декскетопрофена при острых и хронических болях различной этиологии, включавших в общей сложности 6380 пациентов. Авторы сделали вывод, что декскетопрофен не уступает по своей эффективности другим НПВП и комбинированным опиоид- или парацетамол-содержащим препаратам. На фоне приема декскетопрофена не наблюдалось серьезных нежелательных явлений. В сравнительном исследовании эффективности декскетопрофена и диклофенака у 185 пациентов с хронической БНЧС декскетопрофен показал значимое превосходство в отношении обезболивающего эффекта и снижения степени инвалидизации по шкале Освестри с первой недели терапии и до конца наблюдения [33]. Показано, что на фоне терапии декскетопрофеном пациенты быстрее восстанавливали привычную физическую активность, быстрее возвращались к работе. В исследовании Э. Соловьевой и соавт. [30] была показана эффективность и безопасность применения ступенчатой схемы назначения препаратов Дексалгин, Дексалгин 25 (в течение 5 дней) с последующим назначением Нимесила (с 6-го по 19-й день) у пациентов с длительным обострением боли в спине.

Заключение

Таким образом, продемонстрированы распространенные в неврологической практике ошибки при ведении пациентов с ХСБС и эффективный подход к ведению таких пациентов. Клинический диагноз ХСБС устанавливался на основании клинической картины, данных неврологического статуса и исключения «красных флагов». Лечение пациентки включало несколько этапов: 1) определение и коррекция всех факторов, которые способствовали развитию и хронизации боли; 2) проведение образовательной беседы с пациенткой о скелетно-мышечной природе боли и выявленных факторах хронизации, комплексном подходе к лечению и благоприятном прогнозе; 3) курс приема НПВП декскетопрофена в течение 5 дней; 4) кинезиотерапия. С помощью проведенного лечения удалось помочь пациентке, при этом достигнутый эффект стабильно сохранялся, рецидивы болевого синдрома отсутствовали.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Парфенов ВА. Лечение острой неспецифической боли в спине, применение витаминов группы В. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(6):98-102. doi: 10.14412/2074-2711-2022-6-98-102 [Parfenov VA. Treatment of acute non-specific back pain, the use of group B vitamins. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(6):98-102. doi: 10.14412/2074-2711-2022-6-98-102 (In Russ.)].
2. Bento TPF, Genebra CVDS, Maciel NM, et al. Low back pain and some associated factors: is there any difference between genders? *Braz J Phys Ther*. 2020 Jan-Feb;24(1):79-87. doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.012. Epub 2019 Feb 13.
3. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:1. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005874. Epub 2015 Oct 20.

4. Парфенов ВА, Яхно НН, Давыдов ОС и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 [Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 (In Russ.)].
5. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Ведение пациентов с подростковой болью в спине: как эффективно предупредить хронизацию. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(4):62-7. doi: 10.14412/2074-2711-2022-4-62-67 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Management of patients with subacute back pain: how to effectively prevent chronicity. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(4):62-7. doi: 10.14412/2074-2711-2022-4-62-67 (In Russ.)].
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
7. Головачева ВА, Табеева ГР, Фатеева ТГ. Ведение пациентов со скелетно-мышечной болью в спине и коморбидной тревогой. *Медицинский Совет*. 2022;(23):60-6. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-60-66 [Golovacheva VA, Tabeeva GR, Fateeva TG. Management of patients with musculoskeletal back pain and comorbid anxiety. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(23):60-6. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-60-66 (In Russ.)].
8. Головачева ВА, Головачева АА, Голубев ВЛ. Практические принципы лечения хронической неспецифической боли в нижней части спины и коморбидной хронической инсомнии: клиническое наблюдение. *Медицинский Совет*. 2021;(10):164-70. doi: 10.21518/2079-701X-2021-10-164-170 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Golubev VL. Practical guidelines for the treatment of chronic nonspecific low back pain and comorbid chronic insomnia: clinical observation. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(10):164-70. doi: 10.21518/2079-701X-2021-10-164-170 (In Russ.)].
9. Головачева ВА, Табеева ГР, Головачева АА. Неспецифическая боль в нижней части спины: принципы и алгоритмы успешного ведения пациентов в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 [Golovacheva VA, Tabeeva GR, Golovacheva AA. Non-specific low back pain: principles and algorithms for successful management of patients in real clinical practice. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 (In Russ.)].
10. Головачева ВА, Головачева АА. Успешные комбинации лекарственной и нелекарственной терапии при болях в нижней части спины. *Российский журнал боли*. 2024;22(1):57-67. doi: 10.17116/pain20242201157 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Successful combinations of drug and non-drug therapy for low back pain. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian Journal of Pain*. 2024;22(1):57-67. doi: 10.17116/pain20242201157 (In Russ.)].
11. Yamada AS, Simon D, Antunes FTT, et al. Psychosocial factors associated with disability in patients with non-specific chronic low back pain: A cross-sectional study. *Rehabilitacion (Madr)*. 2023 Apr-Jun;57(2):100750. doi: 10.1016/j.rh.2022.06.002
12. Зиновьева ОЕ, Головачева АА. Когнитивно-функциональная терапия и нестероидные противовоспалительные средства в лечении боли в нижней части спины. *Медицинский Совет*. 2022;(23):78-85. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-78-85 [Zinovyeva OE, Golovacheva AA. Cognitive functional therapy and non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(23):78-85. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-78-85 (In Russ.)].
13. Sadler SG, Spink MJ, Ho A, et al. Restriction in lateral bending range of motion, lumbar lordosis, and hamstring flexibility predicts the development of low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 May 5;18(1):179. doi: 10.1186/s12891-017-1534-0.
14. Fatemi R, Javid M, Najafabadi EM. Effects of William training on lumbosacral muscles function, lumbar curve and pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2015;28(3):591-7. doi: 10.3233/BMR-150585
15. Kim HJ, Chung S, Kim S, et al. Influences of trunk muscles on lumbar lordosis and sacral angle. *Eur Spine J*. 2006;15(4):409-14. doi: 10.1007/s00586-005-0976-5
16. Roussouly P, Golligly S, Berthonnaud E, Dimnet J. Classification of the normal variation in the sagittal alignment of the human lumbar spine and pelvis in the standing position. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(3):346-53. doi: 10.1097/01.brs.0000152379.54463.65
17. Le Huec JC, Thompson W, Mohsinaly Y, et al. Sagittal balance of the spine. *Eur Spine J*. 2019 Sep;28(9):1889-905. doi: 10.1007/s00586-019-06083-1. Epub 2019 Jul 22. Erratum in: *Eur Spine J*. 2019 Aug 26.
18. Choi JH, Jang JS, Kim HS, Jang IT. What Is the More Appropriate Proximal Fusion Level for Adult Lumbar Degenerative Flat Back? *World Neurosurg*. 2017 Oct;106:827-35. doi: 10.1016/j.wneu.2017.03.051. Epub 2017 Mar 22.
19. Czaprowski D, Stolinski L, Tyrakowski M, et al. Non-structural misalignments of body posture in the sagittal plane. *Scoliosis Spinal Disord*. 2018 Mar 5;13:6. doi: 10.1186/s13013-018-0151-5
20. Bergmark A. Stability of the lumbar spine. A study in mechanical engineering. *Acta Orthop Scand Suppl*. 1989;230:1-54. doi: 10.3109/17453678909154177
21. Stuge B. Evidence of stabilizing exercises for low back- and pelvic girdle pain – a critical review. *Braz J Phys Ther*. 2019;23(2):181-6. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.11.006
22. Головачева АА, Головачева ВА. Кинезиотерапия при хронической боли в спине и сочетанной головной боли напряжения. *Российский неврологический журнал*. 2023;28(3):61-8. doi: 10.30629/2658-7947-2023-28-3-61-68 [Golovacheva AA, Golovacheva VA. Kinesiotherapy in chronic back pain and combined tension type headache. *Rossiyskiy neurologicheskiy zhurnal = Russian Neurological Journal*. 2023;28(3):61-8. doi: 10.30629/2658-7947-2023-28-3-61-68 (In Russ.)].
23. Головачева АА, Головачева ВА, Парфенов ВА. Кинезиотерапия и нестероидные противовоспалительные препараты при неспецифической лумбалгии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):89-96. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-89-96 [Golovacheva AA, Golovacheva VA, Parfenov VA. Kinesiotherapy and non-steroidal anti-inflammatory drugs for nonspecific lumbago. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):89-96. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-89-96 (In Russ.)].
24. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother*. 2021 Oct;67(4):252-62. doi: 10.1016/j.jphys.2021.09.004. Epub 2021 Sep 16.
25. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil*. 2015 Dec;29(12):1155-67. doi: 10.1177/0269215515570379. Epub 2015 Feb 13.
26. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 28;9(9):CD009790. doi: 10.1002/14651858.CD009790.pub2
27. Oshikawa T, Adachi G, Akuzawa H, et al. Change in Regional Activity of the Quadratus Lumborum During Bridge Exercises. *J Sport Rehabil*. 2020 Apr 22;30(2):226-34. doi: 10.1123/jsr.2019-0225

28. Oshikawa T, Adachi G, Akuzawa H, et al. Activity of the Quadratus Lumborum and Trunk Muscles Relates to Pelvic Tilt Angle During Pelvic Tilt Exercises. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020 Dec;99(12):1109-15. doi: 10.1097/PHM.0000000000001496
29. 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 Nov;27(11):2894-7. doi: 10.1007/s00586-018-5789-4. Epub 2018 Oct 15.
30. Соловьева Э, Карнеев А, Федин А. Сочетанное применение Дексалгина и Нимесила в стадии обострения дорсопатии. *Врач.* 2007;(3):67-71. Доступно по ссылке: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12974322> [Soloveva E, Karneev A, Fedin A. Combined use of Dexamolgin and Nimesil in the stage of exacerbation of dorsopathy. *Vrach.* 2007;(3):67-71. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12974322> (In Russ.)].
31. Соловьева ЭЮ, Карнеев АН, Иваноков АН, Джутова ЭД. Декскетопрофен в лечении острой боли в спине. *Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия.* 2012;(5):36-40. Доступно по ссылке: <https://www.umedp.ru/upload/iblock/8c1/8c182cde09801d0367615e2c18fb49a1.pdf> [Soloveva EYu, Karneev AN, Ivanokov AN, Dzhutova ED. Dexketoprofen in the treatment of acute back pain. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psihiatriya = Effective Pharmacotherapy. Neurology and Psychiatry.* 2012;(5):36-40. Available at: <https://www.umedp.ru/upload/iblock/8c1/8c182cde09801d0367615e2c18fb49a1.pdf> (In Russ.)].
32. Moore RA, Barden J. Systematic review of dexketoprofen in acute and chronic pain. *BMC Clin Pharmacol.* 2008 Oct 31;8:11. doi: 10.1186/1472-6904-8-11
33. Rainsford KD. Current status of the therapeutic uses and actions of the preferential cyclo-oxygenase-2 NSAID, nimesulide. *Inflammopharmacology.* 2006 Aug;14(3-4):120-37. doi: 10.1007/s10787-006-1505-9

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

02.03.2024/20.05.2024/21.05.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. 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.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Головачева В.А. <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>

Головачева А.А. <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>

Таршилова А.Р. <https://orcid.org/0009-0002-3286-3436>