

Хроническая боль в шее и сочетанная головная боль напряжения: единый эффективный подход к лечению



Головачева В.А., Головачева А.А.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Описан клинический случай пациента с хронической скелетно-мышечной болью в шее (БШ) в сочетании с головной болью напряжения (ГБН) и повышенной тревожностью. Сочетание данных расстройств распространено в неврологической практике. Перечисленные нарушения патогенетически взаимосвязаны и отягощают влияние друг друга. В связи с этим для успешного ведения пациентов данной категории необходим единый комплексный подход, который продемонстрирован на клиническом случае из собственной практики. Показаны факторы развития и хронизации БШ, ГБН: неправильные представления о заболевании, катастрофизация боли, повышенная тревожность, стресс, малоподвижный образ жизни, длительное пребывание за компьютером, длительные статические позы. До обращения в Клинику нервных болезней Сеченовского Университета (КНБ) не отмечалось эффекта от проводимой терапии, так как не оценивались и не корректировались факторы развития и хронизации боли, использовалась фармакотерапия (обезболивающие препараты, витамины группы В) в сочетании с неэффективными нелекарственными методами лечения (массажем, физиотерапией), не проводилась образовательная беседа о причинах заболевания и прогнозе, пациенту не рекомендовались занятия по лечебной гимнастике, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), пациент не получал рекомендаций по эргономике и двигательной активности в течение дня. В КНБ пациенту был предложен комплексный подход к лечению, включающий образовательные беседы, КПТ, кинезиотерапию, тейпирование, курс препарата Нимесил (нимесулид). КПТ — доказанно эффективный психологический метод лечения БШ и ГБН, направленный на формирование у пациента правильных, реалистичных представлений о заболевании и адаптивного поведения, на обучение навыкам преодоления боли и повышенной тревоги. При лечении хронической БШ рекомендуется сочетать КПТ с кинезиотерапией — научно доказанным, эффективным нелекарственным методом лечения. Кинезиотерапия включает лечебную гимнастику, тренинг правильных поз, рекомендации по эргономике и образу жизни. В качестве фармакотерапии препаратом выбора стал Нимесил (нимесулид) — нестероидное противовоспалительное средство, широко применяемое в российской неврологической практике и обладающее доказанной эффективностью и безопасностью в терапии скелетно-мышечных болей. Важно отметить, что нимесулид был назначен пациенту с первых дней лечения одновременно с началом занятий по кинезиотерапии и КПТ. На фоне фармакотерапии у пациента наблюдалось быстрое облегчение болевого синдрома, что способствовало формированию приверженности рекомендациям по повышению физической активности, эргономике и занятиям по лечебной гимнастике, КПТ. В результате комплексного лечения удалось относительно быстро и эффективно помочь пациенту. Через 10 дней лечения он сообщил о снижении болевого синдрома на 50% и повышении функциональной активности. Через 2 мес боль полностью регрессировала, повысились повседневная активность и качество жизни. Наблюдение за пациентом в течение 6 мес показало устойчивость достигнутых терапевтических результатов.

Ключевые слова: боль в шее; головная боль напряжения; скелетно-мышечная боль; тревога; факторы хронизации; желтые флаги; лечение; кинезиотерапия; лечебная гимнастика; эргономика; тейпирование; когнитивно-поведенческая терапия; фармакотерапия; нимесулид.

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

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА. Хроническая боль в шее и сочетанная головная боль напряжения: единый эффективный подход к лечению. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(4):76–84. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-4-76-84

Chronic neck pain and combined tension headache: a unified effective treatment approach

Golovacheva V.A., Golovacheva A.A.

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine,
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia

A clinical case of a patient with chronic musculoskeletal neck pain (CNP) in combination with tension headache (TH) and increased anxiety is described. The combination of these conditions is common in neurological practice. The disorders mentioned are pathogenetically related and mutually reinforce each other. In this respect, a unified comprehensive approach is required for the successful treatment of patients of this category, which is demonstrated using a clinical case from our own practice. The factors for the development and chronicity of CNP, TH are shown: misconceptions about the disease, catastrophizing the pain, increased anxiety, stress, a sedentary lifestyle, prolonged time spent at the computer, long static postures. Before contacting the Clinic for Nervous Diseases of Sechenov University (CNB), no effect of the therapy was observed,

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(4):76–84

as the factors for the development and chronicity of the pain were not assessed and not corrected, pharmacotherapy (painkillers, group B vitamins) was used in combination with ineffective non-drug treatment methods (massage, physiotherapy). An educational programme for the patient about the causes of the disease and its prognosis was not implemented, and the patient was not suggested to undergo a course of therapeutic exercise or cognitive behavioural therapy (CBT), the patient was not given any recommendations on ergonomics and physical activity during the day. In the CNB, the patient was offered a comprehensive treatment approach that included educational talks, CBT, kinesiotherapy, taping and Nimesil (nimesulide) administration. CBT is a proven effective psychological method for the treatment of CNP and TH that aims to develop accurate, realistic beliefs about the disease and adaptive behaviour in a patient, as well as skills to overcome pain and increased anxiety. In the treatment of chronic NP, it is recommended to combine CBT with kinesiotherapy, a scientifically proven effective non-pharmacological treatment method. Kinesiotherapy includes therapeutic exercises, education on correct posture and recommendations on ergonomics and lifestyle. Nimesil (nimesulide), a non-steroidal anti-inflammatory drug that is widely used in Russian neurological practice and has proven efficacy and safety in the treatment of musculoskeletal pain, was chosen as pharmacotherapy. It is important to mention that nimesulide was prescribed to the patient from the first days of treatment simultaneously with the start of kinesiotherapy and CBT. Against the background of pharmacotherapy, the patient experienced rapid pain relief, which contributed to adherence to recommendations to increase physical activity, ergonomics and therapeutic exercise, as well as CBT. The complex treatment helped the patient relatively quickly and effectively. After 10 days of treatment, he reported a 50% reduction in pain and an increase in functional activity. After 2 months, the pain had completely subsided and daily activity and quality of life increased. Six months of follow-up showed the sustainability of therapeutic results achieved.

Keywords: neck pain; tension headache; musculoskeletal pain; anxiety; chronicity factors; yellow flags; treatment; kinesiotherapy; therapeutic exercises; ergonomics; taping; cognitive behavioural therapy; pharmacotherapy; nimesulide.

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

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Chronic neck pain and combined tension headache: a unified effective treatment approach. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika* = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(4):76–84. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-4-76-84

Распространенность боли в шее (БШ) среди взрослого населения варьирует от 5,9 до 38,7%; БШ является четвертой по значимости причиной инвалидизации [1]. Возрастает заболеваемость БШ среди лиц молодого возраста (от 18 до 29 лет) [2]. БШ распространена у людей с малоактивным образом жизни, длительно находящихся в статических позах. Ей подвержены офисные работники, которые много времени проводят за компьютером [3]. Повышенная тревога, стресс способствуют хронизации БШ [4]. В общей популяции БШ чаще встречается у людей с головной болью напряжения (ГБН), чем у людей без ГБН (88,4 и 56,7% соответственно) [5]. Такой феномен объясняется тем, что из-за БШ возникает частое и длительное возбуждение болевых путей на уровне шейного отдела спинного мозга. Это в свою очередь формирует периферическую сенситизацию болевых рецепторов во всех мышцах головы и шеи, а также центральную сенситизацию болевых путей в центральной нервной системе, что способствует развитию и хронизации ГБН [6–8]. Становится очевидным, что БШ, ГБН и повышенная тревога — это взаимосвязанные нарушения, для лечения которых необходим единый, системный, комплексный подход. В соответствии с современными рекомендациями ведущих мировых экспертов, для лечения БШ, сочетающейся с ГБН и повышенной тревогой, эффективны лечебная гимнастика, соблюдение правил эргономики, рациональная двигательная активность в течение дня (кинезиотерапия), а также когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), образовательные беседы о причинах, прогнозе боли и образе жизни, оптимальная фармакотерапия [9–12].

Представляем собственный опыт ведения пациента с хронической скелетно-мышечной БШ в сочетании с ГБН и повышенной тревогой с помощью эффективного комплексного подхода, включающего образовательные беседы, КПТ, кинезиотерапию и оптимальную фармакотерапию нimesулидом.

Клиническое наблюдение

Пациент К., 27 лет, обратился за амбулаторной консультацией в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета (КНБ) с жалобами на БШ, головную боль (ГБ), тревожность, повышенную утомляемость, сниженную работоспособность, общую слабость.

Из анамнеза известно, что с последнего курса обучения в институте (на степень бакалавра) — с возраста 21 года — у пациента появились эпизодическая ГБ и эпизоды БШ. ГБ по характеру сжимающая и давящая, умеренной интенсивности (5–6 баллов по числовой рейтинговой шкале — ЧРШ), височнотемпально-затылочной локализации, двусторонняя, с частотой 3–4 дня в месяц, продолжительностью от нескольких часов до 2 сут, купируется безрецептурным комбинированным анальгетиком или нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП). БШ тупого, ноющего характера, умеренной интенсивности (5–6 баллов по ЧРШ), продолжительностью от 3 до 7 дней, обострения БШ возникали с частотой 2–4 раза в год. Пациент отмечает, что ГБ и БШ провоцируются длительной работой за компьютером, эмоциональным и физическим перенапряжением. Для купирования ГБН и облегчения БШ пациент применял безрецептурные комбинированные анальгетики или НПВП. Последнее обострение БШ возникло 6 мес назад, она продолжает беспокоить ежедневно. За последние 6 мес описанные выше приступы ГБ участились и стали возникать с частотой 6–7 раз в месяц.

Важно отметить, что хронизация БШ и учащение приступов ГБ возникли на фоне актуальной стрессовой ситуации, повышенной тревоги. На момент обращения в КНБ пациент совмещал заочную учебу в магистратуре и работу в офисе. Пациент работает инженером, 5 дней в неделю по 8 ч в день — в течение всего рабочего дня — сидит за компьютером. Дома в нерабочие часы по будням и в выходные дни пациент продолжает проводить время за компьютером: выполняет рабочие задачи, которые не успел сделать на работе, смотрит фильмы

и видео, общается в социальных сетях. В течение последних 6 мес ищет информацию в интернете о причинах боли, методах диагностики, лечении и прогнозе. При работе за компьютером пациент часто сидит в неправильной позе: с «согнутой» спиной и наклоненной вперед головой. Из-за повышенной утомляемости на работе, недостаточной дисциплинированности в распределении времени в течение дня у пациента образовались задолженности по зачетам в магистратуре и не получалось написать магистерскую диссертацию, хотя сроки ее сдачи истекали. Пациент сообщает, что в течение последних нескольких месяцев испытывает повышенную тревогу, сниженную работоспособность, общую слабость.

В течение последних 6 мес по поводу боли в шее и спине пациент обращался в поликлинику по месту жительства и в частную клинику. Был консультирован врачом-неврологом и врачом-терапевтом, выполнялись исследования крови для исключения ревматологической патологии, рентгенография и магнитно-резонансная томография (МРТ) головы и шейного отдела позвоночника. Был поставлен диагноз «остеохондроз позвоночника». В качестве лечения пациенту ранее предлагалась фармакотерапия (безрецептурные обезболивающие препараты, витамины группы В), массаж и физиотерапия, не были рекомендованы занятия лечебной гимнастикой, пациент не получал рекомендаций по эргономике и двигательной активности в течение дня. У пациента сложились неправильные представления о причинах БШ и ГБ, он считал, что болевой синдром связан с «необратимой», «возрастной» органической патологией позвоночника. Неправильные представления о боли значительно повысили уровень тревоги у пациента; в свою очередь, тревога негативно влияла на работоспособность и общее самочувствие в течение дня.

На амбулаторной консультации в КНБ с пациентом была проведена подробная клиническая беседа, в ходе которой были обнаружены факторы развития и хронизации болевого синдрома — длительные статические позы в течение дня, неправильная организация рабочего места, неправильные позы при работе за компьютером, малоподвижный образ жизни, тревога, катастрофизация боли. При осмотре в соматическом и неврологическом статусе пациента патологии не обнаружено. При нейроортопедическом осмотре выявлены напряжение и болезненность при пальпации перикраниальных мышц, в частности верхней и средней части трапецевидной мышцы, поднимающей лопатку, задней группы мышц шеи. По результатам тестирования выявлены выраженная катастрофизация боли (29 баллов по Шкале катастрофизации боли), выраженная тревога (24 балла по Шкале тревоги Бека).

Учитывая хронический характер течения болевого синдрома, для исключения специфических причин боли в шее («красных флажков») были оценены результаты уже проведенных ранее МРТ головы и шейного отдела позвоночника, рентгенографии шейного отдела позвоночника, общего анализа крови, анализа крови на С-реактивный белок, ревматоидный фактор. По данным обследований специфической патологии не выявлено. У пациента отсутствовали «красные флаги» по ГБ, поэтому дополнительных методов исследования для установления диагноза ГБ не требовалось. На основании жалоб, клинической картины заболевания, данных осмотра, отсутствия «красных флажков» (симптомов и признаков специфической боли), российских рекомендаций по БШ пациенту поставлен диагноз «хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) БШ» [9]. В соответствии с диагностическими

критериями Международной классификации головных болей 3-го пересмотра ГБ пациента соответствовала диагнозу «эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц» [13].

Клинический диагноз пациента К.: основное заболевание — хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) БШ; сочетанные заболевания — эпизодическая ГБН с вовлечением перикраниальных мышц, тревожно-астенический синдром.

На основании российских рекомендаций по БШ [9] и ГБН [10] с учетом наличия тревожно-астенического синдрома был составлен план лечения пациента, включающий лекарственные и нелекарственные методы:

1) образовательная беседа о причинах боли, факторах ее хронизации, методах лечения и прогнозе, роли КПТ и лечебной гимнастики в лечении боли;

2) лекарственная терапия — Нимесил (нимесулид) по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней;

3) индивидуальные сессии по КПТ, направленные на формирование правильных представлений о состоянии пациента, коррекцию тревоги и катастрофизации боли, на формирование адаптивного поведения в отношении боли, на обучение эффективным навыкам преодоления боли. Также сессии КПТ были направлены на решение текущих актуальных проблем в учебной и профессиональной сферах жизни пациента: создание оптимальных условий, разработка эффективного подхода для подготовки к зачетам и экзаменам, для написания магистерской диссертации. Сессии по КПТ проводились со специалистом в клинике с частотой 1 раз в неделю в течение 10 нед. Между сессиями со специалистом пациент выполнял домашние задания, направленные на преодоление боли, тревоги и проблем с организацией учебной и рабочей деятельности;

4) индивидуальные занятия по кинезиотерапии, включающей эргономику, рекомендации по организации рабочего места, тренинг правильных поз, рекомендации по физической активности в течение дня, лечебную гимнастику, кинезиотерапию шейного отдела позвоночника. Занятия по кинезиотерапии проводились со специалистом в клинике с частотой 1 раз в неделю в течение 10 нед. Между занятиями со специалистом пациент занимался лечебной гимнастикой дома самостоятельно по 15 мин 3 раза в день и придерживался рекомендаций по эргономике, физической активности, соблюдал правильные позы при работе за компьютером, делал перерывы в работе за компьютером каждые 30 мин.

Перечисленные методы лечения применялись комплексно с первого дня терапии пациента. Пациент сообщил о страхе усиления боли при занятиях лечебной гимнастикой и при повышении физической активности. Данный страх обсуждался с пациентом на сессии по КПТ. Пациенту было разъяснено, что в краткосрочной перспективе риск усиления боли от лечебной гимнастики минимален, так как на занятиях по кинезиотерапии будут применяться индивидуально подобранные специальные «щадящие» упражнения (стрейчинг, пилатес и йога) в сочетании с НПВП — Нимесилом (нимесулидом). Такой подход позволил уже в первые дни облегчить пациенту БШ, ГБН в покое и при движениях. Пациент был информирован, что в долгосрочной перспективе приверженность вышеперечисленным методам лечения позволит ему справиться с болевым синдромом, нормализовать эмоциональное состояние и повысить работоспособность.

По данным нейроортопедического обследования у пациента К. определялись болезненность и напряжение при пальпа-

ции подзатылочных мышц (рис. 1), трапецевидной мышцы (рис. 2), мышцы, поднимающей лопатку (рис. 3). Именно с мышечно-тоническим синдромом данных мышц были связаны БШ и ГБН у пациента. Нормализация состояния данных мышц была одной из ключевых задач кинезиотерапии. Поэтому упражнения по лечебной гимнастике были направлены на расслабление перечисленных мышц (рис. 4–6). Упражнения для улучшения осанки проводились на специальном гладком ролле (валике; рис. 7, 8).

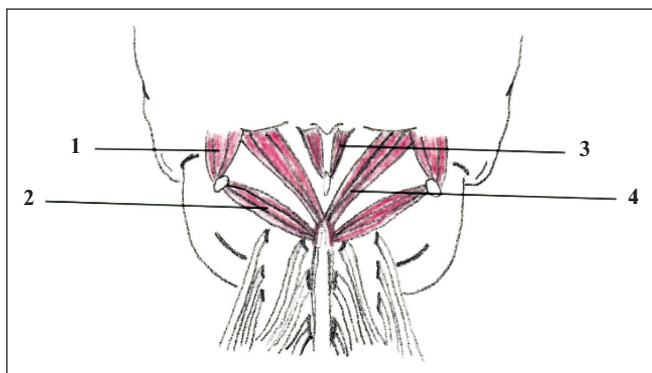


Рис. 1. Подзатылочные мышцы.

1 – верхняя косая мышца головы; 2 – нижняя косая мышца головы; 3 – малая задняя прямая мышца головы; 4 – большая задняя прямая мышца головы

Fig. 1. Suboccipital muscles.

1 – obliquus capitis superior muscle; 2 – obliquus capitis inferior muscle; 3 – rectus capitis posterior minor; 4 – rectus capitis posterior major

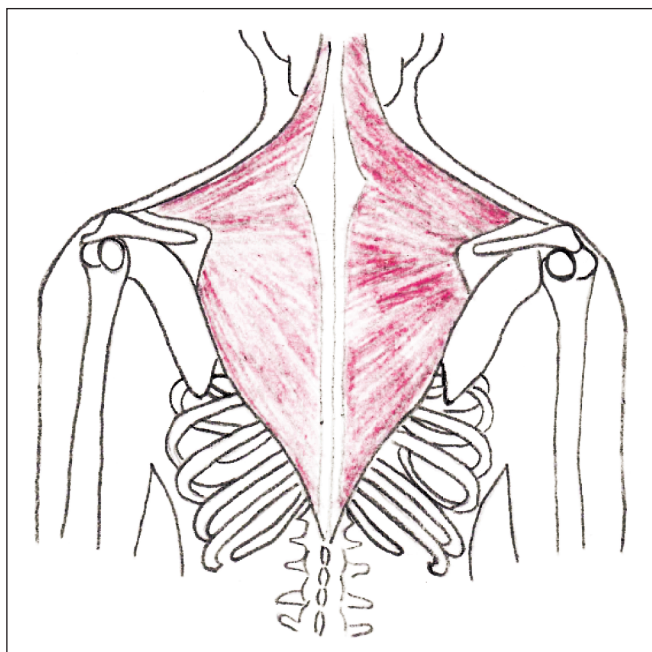


Рис. 2. Трапецевидная мышца

Fig. 2. Trapezius muscle

Через 10 дней курсового приема препарата Нимесил (нимесулид), занятий по кинезиотерапии и КПТ у пациента уменьшилась интенсивность БШ и ГБН с 6 до 2–3 баллов по

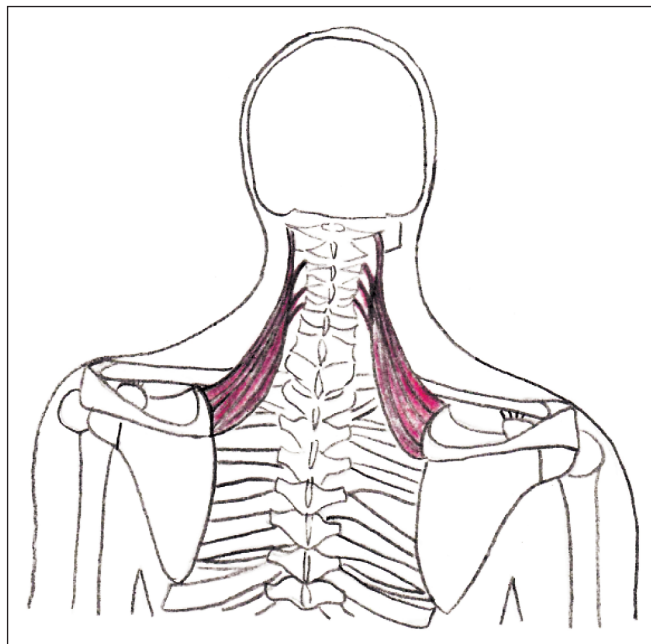


Рис. 3. Мышца, поднимающая лопатку

Fig. 3. Levator scapulae muscle

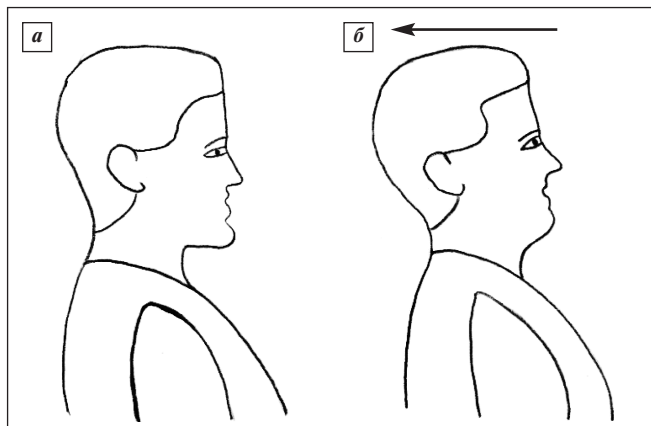


Рис. 4. Упражнение на растяжение подзатылочных мышц.

Исходное положение: пациент сидит или стоит, голова находится в срединном положении, уши располагаются над плечами, грудь направлена вперед, плечи расправлены (а). Не поворачивая головы и не запрокидывая ее, пациент тянет затылок назад (б). В таком положении пациент находится 3–5 с. Затем возвращается в исходное положение (а).

Пациент выполняет данное упражнение 10 раз

Fig. 4. Stretching exercise of the suboccipital muscle.

Starting position: a patient is sitting or standing, the head is in the middle position, the ears are above the shoulders, the chest is facing forwards, the shoulders are stretched (a). Without turning the head or throwing it back, a patient pulls the back of the head backwards (b). A patient remains in this position for 3–5 seconds. Then returns to the starting position (a). Patient performs this exercise 10 times

ЧРШ. Пациент отметил хорошую переносимость проводимого лечения, улучшение функциональной активности в течение дня: повысилась физическая и умственная активность. Благодаря снижению болевого синдрома на фоне терапии нимесулидом пациенту стало легче заниматься лечебной гимнастикой и выполнять врачебные рекомендации по повседневной активности. У пациента сформировались правильные представления о БШ и ГБ, их связи с тревогой и малоподвижным образом жизни. Через 2 мес лечения у пациента регрессировали БШ и ГБН, нормализовалось эмоциональное состояние (отсутствовала тревога по данным Шкалы тревоги Бека), повысилась работоспособность, пациент сумел эффективно организовать деятельность в течение дня и смог подготовиться и успешно сдать зачеты и экзамены, написал магистерскую диссертацию. К 3-му месяцу от начала лечения он успешно защитил магистерскую диссертацию. Наблюдение в течение 6 мес показало устойчивость достигнутых терапевтических результатов.

Обсуждение

Пациенты молодого, трудоспособного возраста с сочетанием скелетно-мышечной боли и тревоги часто встречаются в неврологической практике [14–18]. За по-

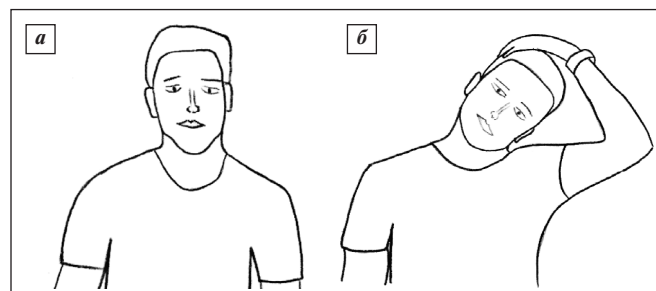


Рис. 5. Упражнение на растяжение трапецевидной мышцы.

Исходное положение: пациент сидит или стоит, голова находится в срединном положении, уши располагаются над плечами, грудь направлена вперед, плечи расправлены (а). Пациент наклоняет голову влево к левому плечу, левой рукой обхватывает голову (ладонь левой руки располагает у правого виска), при этом правую руку заводит за спину, располагая тыльную сторону ладони на уровне поясницы (б). В таком положении пациент находится 20 с. Затем пациент возвращается в исходное положение (а). Пациент повторяет те же самые движения, но уже с наклоном головы вправо, с правой рукой и правым плечом. Данное упражнение пациент выполняет по 3 раза с каждой стороны

Fig. 5. Stretching exercise for the trapezius muscle.

Starting position: a patient is sitting or standing, the head is in the middle position, the ears are above the shoulders, the chest is facing forwards and the shoulders are stretched (a). The patient tilts the head to the left towards the left shoulder, clasps the head with the left hand (the palm of the left hand is placed on the right temple), while the right hand is placed behind the back, with the back of the palm at the level of the lower back (b).

The patient remains in this position for 20 seconds.

Then the patient returns to the starting position (a). The patient repeats the same movements, tilting the head to the right with the right hand and the right shoulder. The patient performs this exercise 3 times on each side

следние 30 лет эксперты отмечают возрастающее увеличение заболеваемости и распространенности скелетно-мышечной боли в общей популяции в связи с нарастанием уровня тревоги и стресса в обществе, чрезмерным использованием гаджетов и компьютеров и форматов малоподвижного образа жизни [19]. Во многих случаях при обращении за медицинской помощью пациенты с хронической скелетно-мышечной БШ, болью в спине, первичной головной болью (ГБН, мигрень) не получают устойчивого терапевтического эффекта от проводимого лечения [14–20]. Поэтому представление и обсуждение клинического примера эффективного лечения пациента К. со скелетно-мышечной БШ и ГБН актуально и практически значимо.

Продемонстрирован клинический случай эффективного лечения пациента молодого, трудоспособного возраста, работающего за компьютером в офисе, с хронической БШ и сочетанной эпизодической ГБН с вовлечением перикраниальных мышц, тревожно-астеническим синдромом. До обращения в КНБ пациенту был поставлен ошибочный диагноз «остеохондроз позвоночника» и применялся неэффективный подход к лечению, при котором не учитывалась тревога, не применялись правила эргономики и не была рекомендована лечебная гимнастика. В представленном клиническом случае ранее не уделялось внимание факторам развития БШ и «желтым флажкам» — факторам хронизации БШ, что распространено в отечественной

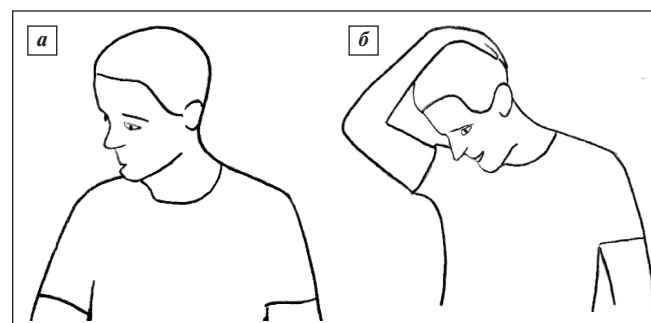


Рис. 6. Упражнение на растяжение мышцы, поднимающей лопатку.

Исходное положение: пациент сидит, из срединного положения поворачивает голову на 45° вправо, наклоняет голову вниз, подбородок приближается к латеральному краю правой ключицы, нос направлен к правой подмышечной ямке (а). Пациент обхватывает голову правой рукой, ладонь располагает на затылке (б). В таком положении пациент находится 20 с. Пациент повторяет те же самые движения, но уже с наклоном головы влево, с левой рукой. Данное упражнение пациент выполняет по 3 раза с каждой стороны

Fig. 6. Stretching exercise for the levator scapula muscle.

Starting position: a patient sits, turns the head 45° to the right from the middle position, tilts the head downwards, the chin approaches the lateral edge of the right collarbone, the nose is directed towards the right armpit (a). The patient clasps the head with the right hand, the palm of the hand is placed on the back of the head (b). The patient remains in this position for 20 seconds.

The patient repeats the same movements with the left hand, tilting the head to the left. The patient performs this exercise 3 times on each side

медицинской практике, по данным других публикаций [14–18]. В КНБ с пациентом проводилась клиническая беседа, направленная на выявление и оценку степени тяжести факторов развития и хронизации БШ, ГБ. Выявление и коррекция данных факторов — важные составляющие эффективного лечения хронического болевого синдрома [9, 12, 14–20].

В КНБ лечение пациента К. проводилось с использованием комплексного подхода, включающего лекарственную терапию, образовательные беседы, КПТ и кинезиотерапию. Все перечисленные методы являются патогенетически и научно обоснованными, рекомендуются ведущими экспертами для лечения БШ и ГБН [9, 12]. КПТ была показана данному пациенту, так как наблюда-

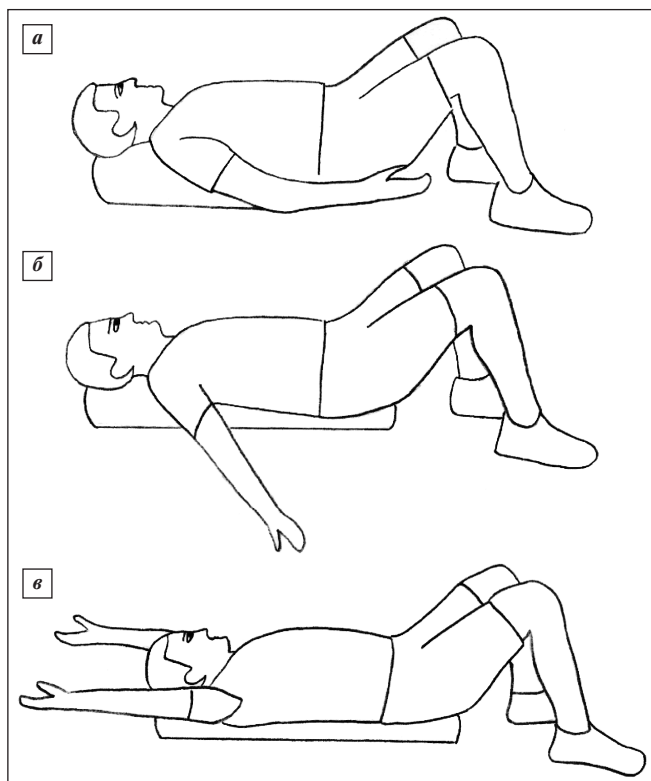


Рис. 7. Упражнение на улучшение осанки, вариант 1. Исходное положение: пациент лежит на фитнес-валике (фитнес-ролле) диаметром 15 см и длиной 60–90 см (в зависимости от роста пациента), фитнес-ролл располагается между лопатками, руки расположены вдоль туловища, ноги согнуты в коленях (а). Пациент совершает двумя руками одновременно плавные круговые движения в плоскости, параллельной полу (б), и завершает круговое движение руками, вытянув обе руки за головой (в). Затем пациент снова совершает круговое движение руками, но уже в обратную сторону до исходной позиции (а). Пациент повторяет данный цикл движений несколько раз в течение 1 мин

Fig. 7. Exercise to improve posture, variation 1. Starting position: a patient lies on a fitness roller with a diameter of 15 cm and a length of 60–90 cm (depending on the patient's height), the fitness roller is between the shoulder blades, the arms are along the body, the legs are bent at the knees (a). The patient performs gentle circular movements with both hands simultaneously in a plane parallel to the floor (б) and completes the circular movement with the hands, stretching both hands behind the head (в). The patient then performs another circular movement with the hands, but in the opposite direction to the starting position (a). The patient repeats this movement cycle several times for 1 minute

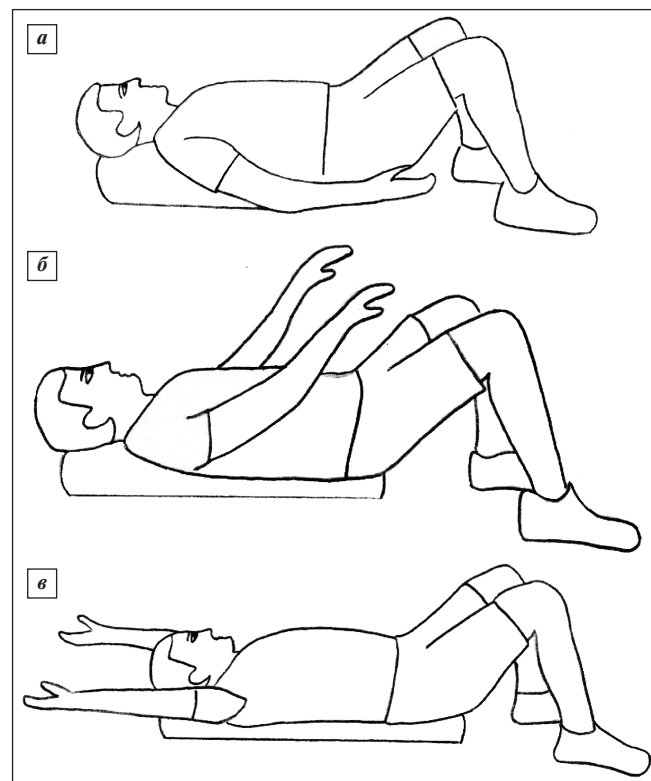


Рис. 8. Упражнение на улучшение осанки, вариант 2. Исходное положение: пациент лежит на фитнес-валике (фитнес-ролле) диаметром 15 см и длиной 60–90 см (в зависимости от роста пациента), фитнес-ролл располагается между лопатками, руки расположены вдоль туловища, ноги согнуты в коленях (а). Пациент совершает двумя руками одновременно плавные круговые движения в плоскости, перпендикулярной полу, описывая полукруг (б), и завершает круговое движение руками, вытянув обе руки за головой (в). Затем пациент снова совершает круговое движение руками, но уже в обратную сторону до исходной позиции (а). Пациент повторяет данный цикл движений несколько раз в течение 1 мин

Fig. 8. Exercise to improve posture, variation 2. Starting position: a patient lies on a fitness roller with a diameter of 15 cm and a length of 60–90 cm (depending on the patient's height), the fitness roller is between the shoulder blades, the arms are along the body, the legs are bent at the knees (a). The patient performs gentle circular movements with both hands simultaneously in a plane perpendicular to the floor, describing a semicircle (б), and completes the circular movement with the hands, extending both arms behind the head (в). The patient then performs another circular movement with the hands, but in the opposite direction to the starting position (a). The patient repeats this movement cycle several times for 1 minute

лись хроническое течение боли, неправильные представления о боли, катастрофизация боли, высокий уровень тревоги. КПТ включает когнитивные методы, направленные на нормализацию представлений пациента о причинах боли, способах ее преодоления, и поведенческие методы, направленные на нормализацию образа жизни и повседневной активности. С помощью КПТ удается снизить интенсивность боли, повысить функциональную активность и улучшить эмоциональное состояние. Составители российских рекомендаций по БШ, а также авторы зарубежных систематических обзоров и метаанализов сообщают о необходимости сочетания образовательных бесед, психологических методов с кинезиотерапией / лечебной гимнастикой для эффективного лечения пациентов со скелетно-мышечной БШ [9, 11]. Так, авторы систематического обзора 17 европейских руководств по скелетно-мышечной боли заключили, что образовательные беседы с пациентом о причинах и прогнозе заболевания и рекомендации по образу жизни, по физической активности в сочетании с лечебной гимнастикой эффективны в лечении БШ, боли в нижней части спины [11]. Авторы подчеркивают, что для специфической подгруппы пациентов (с хронической болью, частыми рецидивами, катастрофизацией, кинезиофобией, симптомами тревоги и депрессии) эффективно добавление психологических методов — КПТ. Пациенту ранее не предлагались и не назначались данные методы лечения. При этом до обращения в КНБ пациенту назначались физиотерапия и массаж, которые не имеют доказанной эффективности в лечении скелетно-мышечной БШ и боли в нижней части спины. К другим методам, не имеющим доказанной эффективности в лечении данных расстройств, относят акупунктуру и мануальную терапию. Категорически не рекомендуются ношение ортеза и тракции при БШ и боли в нижней части спины [11]. Важно отметить, что имеющаяся у пациента К. сочетанная ГБН также эффективно лечилась с помощью КПТ и лечебной гимнастики [10, 12].

Для пациента К. был составлен индивидуальный план лечебной гимнастики, направленной на лечение БШ и ГБН с вовлечением перикраниальных мышц. Использовались ведущие методики, доказавшие свою эффективность в лечении БШ и ГБН: упражнения на растяжение, упражнения по методу пилатес, упражнения на цервикальную стабилизацию, сгибательные упражнения для шеи, упражнения с отягощением, упражнения с элементами йоги, постизометрическая релаксация [10, 12, 21–27]. Выяснено, что у пациентов с хронической БШ и ГБН определяются болезненность при пальпации и напряжение подзатылочных мышц, трапециевидной мышцы, мышцы, поднимающей лопатку [27–29]. Поэтому для лечения данной категории пациентов необходимо использовать упражнения, направленные на расслабление этих мышц, что и было учтено при планировании кинезиотерапии с пациентом К. В сочетании с лечебной гимнастикой пациенту проводилось тейпирование — наклеивание тейпов на болезненные мышцы по специальным техникам. Тейпирование рекомендуется как дополнительный метод лечения скелетно-мышечной БШ, который целесообразно сочетать с лечебной гимнастикой [9, 30, 31].

Среди факторов, провоцирующих БШ, у пациента К. были выявлены длительные статические позы, малоподвижный образ жизни и неправильно организованное рабочее место с компьютером. В связи с этим при ведении пациента большое внимание уделялось коррекции физической активности в течение дня и правилам эргономики. Авторы исследования, включившего 96 офисных работников с хронической БШ, показали, что сочетание правил эргономики и упражнений на растяжение мышц шеи значительно эффективнее, чем только соблюдение правил эргономики. Авторы подчеркнули важность регулярности выполнения упражнений по лечебной гимнастике. Значимое снижение интенсивности БШ и повышение функциональной активности достигаются в тех случаях, когда офисные работники занимаются лечебной гимнастикой по 2 раза в день более 3 дней в неделю (желательно не менее 5 дней в неделю) в течение 4 нед [22]. В исследовании, в котором приняли участие 740 офисных работников с БШ, также оценивалась эффективность эргономики и лечебных упражнений. Значимые улучшения были в группе, которая соблюдала правила эргономики и выполняла специализированные упражнения для шеи, чем в группе, которая получала рекомендации по эргономике, образовательные беседы о здоровом образе жизни без упражнений для шеи. Комплекс состоял из упражнений для улучшения осанки, упражнения на сгибание верхней части шеи (разминка для каждого занятия) и пяти основных упражнений с отягощением, выполняемых в циклах по три упражнения на занятия в течение 20 мин 3 раза в неделю на протяжении 12 нед [3].

Препаратом выбора для лечения пациента К. стал Нимесил (нимесулид). НПВП являются препаратами выбора для лечения скелетно-мышечной БШ [9]. Нимесулид входит в число препаратов, которые наиболее часто и успешно назначаются для купирования болевого синдрома различной локализации [32]. Он назначается при умеренной или выраженной скелетно-мышечной боли перорально, в форме таблеток или порошка для разведения по 100 мг 2 раза в день в течение 7–14 дней. Препарат широко используется в медицинской практике и зарегистрирован более чем в 50 странах мира. Нимесулид относится к селективным ингибиторам циклооксигеназы 2, благодаря чему обладает хорошим профилем безопасности как для сердечно-сосудистой системы, так и для желудочно-кишечного тракта. По результатам многоцентрового контролируемого исследования, риск кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта оказался минимальным на фоне приема нимесулида, ибупрофена и ацеклофенака по сравнению с другими НПВП [33]. Преимущества нимесулида продемонстрированы в эпидемиологическом исследовании, в котором было проанализировано 10 608 сообщений о серьезных нежелательных явлениях при применении НПВП в период с 1988 по 2000 г. в одном из регионов Италии [34]. Авторы обнаружили, что нимесулид оказался самым назначаемым НПВП. Количество желудочно-кишечных осложнений на фоне приема нимесулида было в два раза меньше (10,4%), чем при назначении диклофенака (21,2%), кетопрофена (21,7%) и пироксикама (18,6%). Кроме того, у пожилых пациентов диклофенак и пироксикам демонстрировали высокую токсичность, что не обнаружилось при применении нимесулида.

Заключение

Как показывает приведенное клиническое наблюдение, формирование у пациента правильных представлений о причинах и прогнозе хронической скелетно-мышечной БШ и ГБН, применение оптимальной и безопасной фармакотерапии (Нимесил), обучение правилам эргономики, рациональной физической активности в течение дня, упражнения по лечебной гимнастике в сочетании с тейпировани-

ем, КПТ, приверженность пациента соблюдению врачебных рекомендаций позволили успешно справиться с болевыми синдромами. Важно отметить, что снижение интенсивности боли на 50% и повышение функциональной активности было достигнуто уже через 10 дней от начала лечения, полный регресс произошел через 2 мес лечения. Наблюдение за пациентом в течение 6 мес показало устойчивость достигнутых терапевтических результатов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Popescu A, Lee H. Neck Pain and Lower Back Pain. *Med Clin North Am*. 2020 Mar;104(2):279-92. doi: 10.1016/j.mcna.2019.11.003. Epub 2019 Dec 20.
2. Jahre H, Grotle M, Smedbraten K, et al. Risk factors for non-specific neck pain in young adults. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020 Jun 9;21(1):366. doi: 10.1186/s12891-020-03379-y
3. Johnston V, Chen X, Welch A, et al. A cluster-randomized trial of workplace ergonomics and neck-specific exercise versus ergonomics and health promotion for office workers to manage neck pain – a secondary outcome analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021 Jan 12;22(1):68. doi: 10.1186/s12891-021-03945-y
4. Elbinoune I, Amine B, Shyen S, et al. Chronic neck pain and anxiety-depression: prevalence and associated risk factors. *Pan Afr Med J*. 2016 May 27;24:89. doi: 10.11604/pamj.2016.24.89.8831
5. Kalmanson OA, Khayatzadeh S, Germanwala A, et al. Anatomic considerations in headaches associated with cervical sagittal imbalance: A cadaveric biomechanical study. *J Clin Neurosci*. 2019 Jul;65:140-4. doi: 10.1016/j.jocn.2019.02.003. Epub 2019 Mar 12.
6. Liang Z, Galea O, Thomas L, et al. Cervical musculoskeletal impairments in migraine and tension type headache: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019 Jul;42:67-83. doi: 10.1016/j.msksp.2019.04.007. Epub 2019 Apr 25.
7. Pickar JG, Bolton PS. Spinal manipulative therapy and somatosensory activation. *J Electromyogr Kinesiol*. 2012 Oct;22(5):785-94. doi: 10.1016/j.jelekin.2012.01.015. Epub 2012 Feb 19.
8. Corum M, Aydin T, Medin Ceylan C, Kesiktas FN. The comparative effects of spinal manipulation, myofascial release and exercise in tension-type headache patients with neck pain: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2021 May;43:101319. doi: 10.1016/j.ctcp.2021.101319. Epub 2021 Jan 24.
9. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Неспецифическая боль в шее (цервикалия). Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12
10. [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Non-specific neck pain (cervicalgia). Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12 (In Russ.)].
11. Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010 Nov;17(11):1318-25. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x
12. Corp N, Mansell G, Stynes S, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021 Feb;25(2):275-95. doi: 10.1002/ejp.1679. Epub 2020 Nov 12.
13. Азимова ЮЭ, Алферова ВВ, Амелин АВ и др. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2022;122(2-3):4-28. doi: 10.17116/jnevro20221220234
14. [Azimova YuE, Alferova VV, Amelin AV, et al. Clinical Guidelines for Headache Stress (HBS). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(2-3):4-28. doi: 10.17116/jnevro20221220234 (In Russ.)].
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalgia*. 2018;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
16. Головачева ВА, Головачева АА. 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
17. [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.)].
18. 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
19. [Golovacheva VA, Tabeeva GR, Fateeva TG. Management of patients with musculoskeletal back pain and comorbid anxiety. *Medsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(23):60-6. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-23-60-66 (In Russ.)].
20. 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
21. [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Golubev VL. Practical guidelines for the treatment of chronic nonspecific low back pain and comorbid chronic insomnia: clinical observation. *Medsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(10):164-70. doi: 10.21518/2079-701X-2021-10-164-170 (In Russ.)].
22. 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
23. [Golovacheva VA, Tabeeva GR, Golovacheva AA. Non-specific low back pain: principles and algorithms for successful management of patients in real clinical practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 (In Russ.)].
24. 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
25. [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.)].

19. Головачева ВА. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский Совет*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 [Golovacheva VA. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 (In Russ.)].
20. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskii arkhiv*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 (In Russ.)].
21. Rasmussen-Barr E, Halvorsen M, Bohman T, et al. Summarizing the effects of different exercise types in chronic neck pain — a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023 Oct 12;24(1):806. doi: 10.1186/s12891-023-06930-9
22. Khan ZK, Ahmed SI, Baig AAM, Farooqui WA. Effect of post-isometric relaxation versus myofascial release therapy on pain, functional disability, rom and qol in the management of non-specific neck pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Jun 13;23(1):567. doi: 10.1186/s12891-022-05516-1
23. Akodu AK, Nwanne CA, Fapojuwo OA. Efficacy of neck stabilization and Pilates exercises on pain, sleep disturbance and kinesiophobia in patients with non-specific chronic neck pain: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2021 Apr;26:411-9. doi: 10.1016/j.jbmt.2020.09.008. Epub 2020 Oct 3.
24. Leite A, Matignon A, Marlot L, et al. The Impact of Clinical Pilates Exercises on Tension-Type Headaches: A Case Series. *Behav Sci (Basel)*. 2023 Jan 27;13(2):105. doi: 10.3390/bs13020105
25. Varangot-Reille C, Suso-Marti L, Romero-Palau M, et al. Effects of Different Therapeutic Exercise Modalities on Migraine or Tension-Type Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis with a Replicability Analysis. *J Pain*. 2022 Jul;23(7):1099-122. doi: 10.1016/j.jpain.2021.12.003. Epub 2021 Dec 18.
26. Martin-Vera D, Sanchez-Sierra A, Gonzalez-de-la-Flor A, et al. Efficacy of a strength-based exercise program in patients with chronic tension type headache: a randomized controlled trial. *Front Neurol*. 2023 Sep 18;14:1256303. doi: 10.3389/fneur.2023.1256303
27. Cho SH. The effect of suboccipital muscle inhibition and posture correction exercises on chronic tension-type headaches. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(6):989-96. doi: 10.3233/BMR-191667
28. Brandt M, Sundstrup E, Jakobsen MD, et al. Association between Neck/Shoulder Pain and Trapezius Muscle Tenderness in Office Workers. *Pain Res Treat*. 2014;2014:352735. doi: 10.1155/2014/352735. Epub 2014 Mar 27.
29. Varol U, Valera-Calero JA, Sanchez-Jimenez E, et al. Levator Scapulae Stiffness Measurement Reliability in Individuals with and without Chronic Neck Pain by Experienced and Novel Examiners. *Sensors (Basel)*. 2024 Jan 3;24(1):277. doi: 10.3390/s24010277
30. Toprak Celenay S, Mete O, Sari A, Ozer Kaya D. A comparison of kinesio taping and classical massage in addition to cervical stabilization exercise in patients with chronic neck pain. *Complement Ther Clin Pract*. 2021 May;43:101381. doi: 10.1016/j.ctcp.2021.101381. Epub 2021 Apr 2.
31. Ay S, Konak HE, Evcik D, Kibar S. The effectiveness of Kinesio Taping on pain and disability in cervical myofascial pain syndrome. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2017 Mar-Apr;57(2):93-9. doi: 10.1016/j.rbre.2016.03.012. Epub 2016 May 10.
32. Алексеева ЛИ, Каратеев АЕ, Попкова ТВ и др. Эффективность и безопасность длительного применения нимесулида у больных остеоартрозом: результаты 12-и месячного открытого контролируемого исследования ДИНАМО (Длительное Использование Нимесулида при Артрозе Многофакторная Оценка). *Научно-практическая ревматология*. 2009;47(4):64-72. doi: 10.14412/1995-4484-2009-1152 [Alexeeva LI, Karateev AE, Popkova TV, et al. Efficacy and safety of nimesulide long term administration in patients with osteoarthritis: results of 12-months open controlled study DINAMO (long term administration of nimesulide in osteoarthritis multifactor assessment). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2009;47(4):64-72. doi: 10.14412/1995-4484-2009-1152 (In Russ.)].
33. Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, et al. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. *Drug Saf*. 2004;27(6):411-20. doi: 10.2165/00002018-200427060-00005
34. Conforti A, Leone R, Moretti U, et al. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area. *Drug Saf*. 2001;24(14):1081-90. doi: 10.2165/00002018-200124140-00006

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

29.04.2024/24.07.2024/25.07.2024

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>