

Типичная тактика ведения пациентов с хронической неспецифической болью в спине и головной болью напряжения



Головачева А.А., Головачева В.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
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в спине (НБС) и головная боль напряжения (ГБН) — одни из самых распространенных заболеваний в неврологической практике, которые значимо снижают трудоспособность пациентов. Недостаточно изучена типичная практика ведения пациентов с НБС и ГБН, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования — оценить качество диагностики и лечения хронической НБС и ГБН в реальной неврологической практике.

Материал и методы. В исследование включено 120 пациентов с хронической НБС и сочетанной ГБН различной частоты (32 мужчины и 88 женщин, средний возраст — $38,4 \pm 9,6$ года), которые обратились за консультацией в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожневникова (КНБ) Сеченовского Университета с жалобами на боль в спине и головную боль, а ранее обследовались и получали лечение у неврологов, терапевтов в других медицинских учреждениях в амбулаторных и/или стационарных условиях. Со всеми пациентами проводились клиническая беседа, направленная на установление диагноза и анализ предшествующего ведения пациентов, неврологический и нейроортопедический осмотр, а также тестирование с использованием психометрических методик для оценки симптомов тревоги и депрессии.

Результаты. До обращения в КНБ диагноз хронической НБС был установлен лишь 10% пациентов, диагноз ГБН — только 7%, у остальных пациентов были другие, ошибочные диагнозы. Всем пациентам ранее назначались дополнительные обследования, преимущественно с использованием методов нейровизуализации позвоночника и головного мозга, ультразвукового исследования сосудов шеи даже при отсутствии «красных флагов» — симптомов опасности при боли в спине и головной боли. Ни у одного из пациентов ранее не оценивали эмоциональное состояние, при этом у 75% пациентов присутствовали симптомы депрессии разной степени выраженности и у всех пациентов была тревога разной степени выраженности. Нейроортопедический осмотр проводился только у 10% пациентов. Все пациенты получали нестероидные противовоспалительные средства по поводу боли в спине и большинство пациентов — сосудистые, ноотропные препараты для лечения головной боли. Из нелекарственных методов чаще всего назначались массаж и методы пассивной физиотерапии. Только 9% пациентов рекомендовалась кинезиотерапия, при этом ее проводили лишь 5% пациентов.

Заключение. В реальной медицинской практике наблюдаются низкий уровень диагностики хронической НБС и ГБН, чрезмерное необоснованное назначение дополнительных исследований, неудовлетворительный уровень лечения, низкая частота назначения кинезиотерапии пациентам с хронической НБС и ГБН.

Ключевые слова: хроническая неспецифическая боль в спине; люмбагия; головная боль напряжения; диагностика; ошибочные диагнозы; лечение.

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

Для ссылки: Головачева АА, Головачева ВА. Типичная тактика ведения пациентов с хронической неспецифической болью в спине и головной болью напряжения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(5):9–16. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-5-9-16

Typical tactics of treatment of patients with chronic non-specific back pain and tension-type headaches

Golovacheva A.A., Golovacheva V.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

Non-specific (musculoskeletal) back pain (NBP) and tension-type headache (THA) are among the most common conditions in neurological practice that significantly impair patients' ability to work. The typical practice of treating patients with NBP and THA has not been sufficiently investigated, which formed the basis for conducting this study.

Objective: to evaluate the quality of diagnosis and treatment of chronic NBP and THA in real-life neurological practice.

Material and methods. The study included 120 patients with chronic NBP and combined THA of different frequency (32 men and 88 women, mean age 38.4 ± 9.6 years) who were treated in A.Ya. Kozhevnikov Clinic of Neurologic Diseases (CND) of Sechenov University with complaints of back pain and headache and who had previously been examined and treated by neurologists and therapists in other medical institutions on an outpatient and/or inpatient basis. All patients underwent a clinical interview to establish a diagnosis and analyze previous treatment, a neurological and neuro-orthopedic examination and a psychometric examination to assess anxiety and depression symptoms.

Results. Prior to contacting CND, only 10% of patients had a diagnosis of chronic NBS, only 7% had a diagnosis of THA and the remaining patients had other misdiagnoses. All patients had previously undergone additional examinations, mainly neuroimaging of the spine and brain, ultrasound examination of the neck vessels, even if there were no "red flags" — signs of danger in back pain and headache. None of the patients had previously had their emotional state assessed, while 75% of patients had symptoms of depression of varying severity and all patients suffered from anxiety of varying severity. Neuro-orthopaedic examination was performed in only 10% of patients. All patients received nonsteroidal anti-inflammatory drugs for back pain, and most patients received vascular and nootropic medication for headaches. Of the non-pharmacological methods, massage and passive physiotherapy were most frequently prescribed. Only 9% of patients were recommended kinesiotherapy, and only 5% of patients performed it.

Conclusion. In real-life medical practice, chronic NBP and THA are inadequately diagnosed, excessive and unjustified additional examinations are prescribed, unsatisfactory level of treatment, and patients with chronic NBP and THA are rarely prescribed kinesiotherapy.

Keywords: chronic non-specific back pain; lumbago; tension headache; diagnosis; misdiagnosis; treatment.

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

For reference: Golovacheva AA, Golovacheva VA. Typical tactics of treatment of patients with chronic non-specific back pain and tension-type headaches. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(5):9–16. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-5-9-16

Неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в спине (НБС) и головная боль напряжения (ГБН) — одни из самых распространенных заболеваний в неврологической практике [1–3]. По данным исследования МЕРИДИАН, проведенного в 61 городе России, практически каждый второй пациент приходит в поликлинику с жалобой на боль, причем в половине случаев пациенты жалуются именно на боль в спине (БС). У 10% пациентов с острой НБС происходит ее хронизация [1]. НБС — основная причина снижения трудоспособности во всем мире и основная причина инвалидизации среди взрослого населения [4]. По данным эпидемиологических исследований, НБС встречается в 82% случаев при хронической ГБН и в 80% при эпизодической ГБН [5]. Распространенность ГБН в общей популяции составляет 86% [6]. Риск частых обострений БС в 2,7 раза выше среди людей с эпизодической ГБН и в 18,3 раза — среди людей с хронической ГБН, чем среди лиц без ГБН [7]. Факторы хронизации ГБН и НБС сходны. В хронизации большое значение имеют неправильные негативные представления пациента о причинах и прогнозе боли, симптомы тревоги и депрессии, болевое (ограничительное) поведение с формированием стереотипных болевых поз и кинезиофобия [1, 6]. Мало изучена типичная практика диагностики и лечения хронической НБС и сочетанной ГБН.

Цель исследования — оценить качество установления диагноза и лечения пациентов с хронической НБС и сочетанной ГБН в реальной неврологической практике.

Материал и методы. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета. В исследование включались пациенты, соответствующие критериям включения и не соответствующие критериям исключения.

Критерии включения в исследование: 1) наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; 2) возраст от 18 до 65 лет; 3) наличие хронической НБС в сочетании с эпизодической или хронической ГБН; 4) пациент проходит амбулаторное лечение в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (КНБ) Сеченовского Университета; 5) до обращения в КНБ пациент обследовался и получал лечение в других медицинских учреждениях.

Критерии исключения в исследование: 1) возраст младше 18 лет и старше 65 лет; 2) беременность, кормление грудью; 3) специфические причины БС; 4) вторичные формы головной боли (ГБ), кроме лекарственно-индуцированной ГБ (ЛИГБ); 5) перенесенные операции на позвоночнике, спинном мозге или головном мозге; 6) наличие соматического, другого неврологического или эндокринного заболевания в стадии декомпенсации или обострения либо превосходящего по своей выраженности НБС и ГБН; 7) тяжелые инфекционные, онкологические и психические заболевания; 8) отсутствие данных об обследовании пациентов по поводу ГБ и отсутствие информации о лечении ГБ в других медицинских учреждениях.

Диагноз хронической НБС устанавливался в соответствии с диагностическими критериями клинических рекомендаций российских экспертов [1]. Диагноз ГБН ставился на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей третьего пересмотра (МКГБ-3) [8]. Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, всем выполнялось тестирование. В ходе беседы оценивались социально-демографические и клиничко-психологические характеристики пациентов. Выяснялось наличие «красных флагов» — симптомов «опасности»,стораживающих в отношении специфической причины БС и вторичной природы ГБ. На основании имевшихся у пациентов медицинских документов анализировались ранее выставленные диагнозы и предшествующая тактика ведения пациентов: назначавшиеся инструментальные, лабораторные исследования, лечение. Тестирование проводилось с помощью специальных методик. Для оценки интенсивности боли использовалась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [9]. Эмоциональное состояние оценивалось с помощью Шкалы тревоги Бека [10] и Шкалы депрессии Бека [11].

В исследование было включено 120 пациентов (32 мужчины и 88 женщин, средний возраст — 38,4±9,6 года) с диагнозом хронической НБС и сочетанной ГБН различной частоты. У большинства пациентов (n=97; 80,8%) материальное положение было не ниже среднего; 86 (71,6%) имели высшее образование; 91 пациент (75,8%) работал или учился с полной или неполной занятостью на момент включения в исследование. При этом 20 (16,6%) уволились с рабо-

ты или прекратили учебу из-за болевого синдрома до включения в исследования. У 95 (79,2%) пациентов, которые продолжали работать или уволились, были факторы риска болевого синдрома, связанные с профессией. Практически у всех пациентов отмечались гиподинамия ($n=106$; 88,3%) и длительные статические позы ($n=118$; 98,3%). У большинства пациентов ($n=67$; 55,8%) была нормальная масса тела, у 35 (29,2%) — избыточная, у 12 (10%) — ожирение, у 6 (5%) — дефицит массы тела.

Средняя продолжительность анамнеза НБС (от появления первого эпизода НБС до момента включения в исследование) составила $82,9 \pm 54,1$ мес ($6,9 \pm 4,5$ года), средняя продолжительность хронической НБС (от начала хронизации, которая определялась как наличие боли свыше 12 нед, до момента включения в исследование) — $15,1 \pm 11$ мес ($1,3 \pm 0,9$ года). Среднее число дней с БС в месяц составляло $28,6 \pm 2,2$, средняя интенсивность НБС по ЧРШ — $5,6 \pm 1,3$ балла.

Средняя продолжительность анамнеза ГБН (от появления первых приступов до момента включения в исследование) — $91,8 \pm 73,4$ мес ($7,7 \pm 6,1$ года). У 52 (43,3%) пациентов была хроническая ГБН, у 66 (55%) — частая эпизодическая ГБН, у двух (1,7%) — нечастая эпизодическая ГБН. Средняя продолжительность хронической ГБН составляла $17,8 \pm 12,9$ мес ($1,5 \pm 1,1$ года), средняя продолжительность эпизодической ГБН — $26,3 \pm 22,5$ мес ($2,2 \pm 1,9$ года), среднее число дней с ГБ в месяц — $16,3 \pm 9,5$, средняя интенсивность ГБ по ЧРШ — $5,3 \pm 1,3$ балла.

Статистический анализ данных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию Холмогорова–Смирнова (d) и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению.

Результаты. При нейроортопедическом осмотре у всех пациентов ($n=120$; 100%) отмечались напряжение и болезненность при пальпации перикраниальных мышц, поверхностных и глубоких мышц спины. У 113 (94%) пациентов определялась дисфункция крестцово-подвздошного сочленения, причем наиболее часто — с двух сторон ($n=82$; 68%). У большинства пациентов ($n=110$; 92%) определялась дисфункция фасеточных суставов на поясничном уровне, причем наиболее часто ($n=50$; 42%) — дисфункция двух фасеточных суставов. Анализ документов из других медицинских учреждений показал, что ранее нейроортопедический осмотр проводился только 12 пациентам (10%).

Как видно из данных, представленных на рисунке, у 90 (75%) пациентов присутствовали симптомы депрессии разной степени выраженности и у всех пациентов была тревога разной степени выраженности. Наиболее часто у пациентов определялись легкая депрессия ($n=53$; 44%) и тревога средней степени выраженности ($n=61$; 51%). Анализ документов из других

медицинских учреждений показал, что ранее эмоциональное состояние ни у кого из пациентов не оценивалось.

В связи с ведущей жалобой на БС и ГБ всем пациентам в других лечебных учреждениях назначались дополнительные исследования (табл. 1).

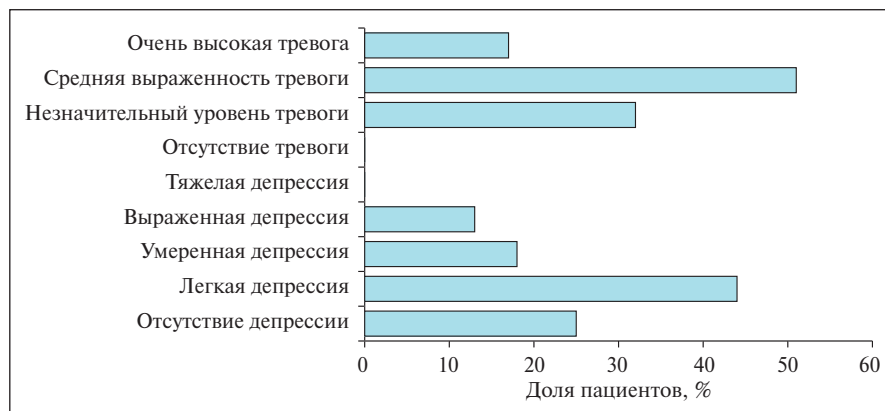
Только 8 (7%) пациентов с БС и 6 (5%) пациентов с ГБ имели нетипичное течение боли или «красные флаги», т. е. показания для проведения дополнительных исследований. По результатам ранее проведенных исследований (МРТ головы, позвоночника) органические причины БС и ГБ были нами исключены, поскольку выявленные при них отклонения имели неспецифический характер.

Диагноз НБС ранее был установлен лишь 12 (10%) пациентов, остальные 108 (90%) имели другие ошибочные диагнозы (табл. 2).

Диагноз ГБН ранее был установлен лишь 8 (7%) пациентов, остальные 112 (93%) имели другие ошибочные диагнозы (табл. 3).

Как видно из данных, представленных в табл. 4, по поводу болевого синдрома все пациенты получали фармакотерапию и большинство пациентов — массаж и методы пассивной физиотерапии (без кинезиотерапии).

Рекомендации по занятию кинезиотерапией получали только 11 (9%) пациентов, отмечался низкий уровень приверженности пациентов данной рекомендации: только 6 (5%) последовали ей. Пациенты выбирали различные варианты занятий по кинезиотерапии, но кратковременно, на нерегулярной основе и не в полном объеме. Так, три пациента (2,5%) занимались упражнениями дома и в фитнес-зале самостоятельно по видео из интернета и допускали много ошибок при выполнении упражнений (например, сразу приступали к силовым упражнениям, занимались на тренажерах с подъемом веса более 10 кг). Еще двое (1,7%) пошли на групповые занятия со специалистом по лечебной физкультуре в поликлинике по месту жительства. Один пациент (0,8%) обратился к специалисту по кинезиотерапии и занимался индивидуально. Все пациенты занимались упражнениями всего один-два раза в неделю, продолжали находиться в длительных статических позах в повседневной жизни (например, смотрели фильмы по телефону, лежали в постели; работали за компьютером без перерыва в течение нескольких часов в условиях неправильно организованного с точки зрения эргономики рабочего



Симптомы тревоги и депрессии у пациентов с хронической НБС и сочетанной ГБН
Symptoms of anxiety and depression in patients with chronic NBS and combined THA

места). Никто из пациентов не получал значимого улучшения состояния на фоне проводимых занятий, в связи с чем пациенты прекращали заниматься. Продолжительность занятий ни у кого из пациентов не превышала 4 нед. До обращения в КНБ никто из пациентов не получал рекомендаций по эргономике, образу жизни, физической активности.

Обсуждение. В исследовании продемонстрирована типичная практика ведения пациентов с НБС и ГБН в различных медицинских учреждениях в амбулаторных и стационарных условиях. Хроническая НБС и ГБН редко диагностируются. До обращения в КНБ диагноз хронической НБС был установлен только 10% пациентов, а диаг-

Таблица 1. *Дополнительные исследования, которые ранее назначались пациентам с хронической НБС и сочетанной ГБН по поводу БС и ГБ*
Table 1. *Additional examinations previously prescribed to patients with chronic NBS and combined THA for back pain and headache*

Исследование	Число пациентов, прошедших исследование, n (%)
Лабораторные исследования	120 (100)
Общий анализ крови	72 (60)
Биохимический анализ крови	72 (60)
Анализ крови на маркеры системных воспалительных заболеваний	26 (22)
Инструментальные исследования	120 (100)
МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника	114 (95)
МРТ головы	105 (87,5)
УЗИ сосудов шеи	87 (72,5)
МРТ шейного отдела позвоночника	78 (65)
Рентгенография поясничного отдела позвоночника	75 (45)
ЭЭГ	43 (36)
Рентгенография шейного отдела позвоночника	40 (33)
МР-ангиография	27 (22,5)
Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника	25 (21)
КТ тазобедренного сустава	19 (16)
Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника	18 (15)
КТ головы	14 (12)

Примечание. МРТ — магнитно-резонансная томография; УЗИ — ультразвуковое исследование; ЭЭГ — электроэнцефалография; МР-ангиография — магнитно-резонансная ангиография; КТ — компьютерная томография.

ноз ГБН — лишь 7%. Всем остальным пациентам ставились ошибочные диагнозы. У преобладающего большинства пациентов БС врачи ошибочно связывали с остеохондрозом. Полученные данные согласуются с результатами других исследований [12–19]. Анализ амбулаторных обращений к врачам первичного звена в поликлиниках из 10 городов Российской Федерации показал, что пациентам с БС обычно ставятся ошибочные диагнозы «остеохондроз» или «протрузия, грыжа межпозвоночного диска», назначается неэффективное лечение; поликлинические врачи обладают слабыми знаниями алгоритмов диагностики и лечения НБС [12]. В соответствии с современными представлениями, остеохондроз — это естественный процесс дегенерации (старения) структур позвоночника, который наблюдается в разной степени у всех людей, су-

Таблица 2. *Ошибочные диагнозы, устанавливаемые пациентам с хронической НБС и сочетанной ГБН в различных медицинских учреждениях по поводу БС*
Table 2. *Misdiagnosis of patients with chronic NBS and combined THA for backpain in different medical centers*

Диагноз	Число пациентов с данным диагнозом, n (%)
Остеохондроз поясничного отдела позвоночника и межпозвоночные грыжи поясничного отдела позвоночника	60 (50)
Остеохондроз поясничного отдела позвоночника	38 (32)
Межпозвоночные грыжи поясничного отдела позвоночника	10 (8)

Таблица 3. *Ошибочные диагнозы, устанавливаемые пациентам с хронической НБС и сочетанной ГБН в различных медицинских учреждениях по поводу ГБ*
Table 3. *Misdiagnosis of patients with chronic NBS and combined THA for headache in different medical centers*

Диагноз	Число пациентов с данным диагнозом, n (%)
Остеохондроз шейного отдела позвоночника	52 (43)
Синдром вегетативной дистонии	30 (25)
Хроническая ишемия головного мозга или дисциркуляторная энцефалопатия	18 (15)
Межпозвоночные грыжи шейного отдела позвоночника	8 (7)
ГБ, связанная с внутричерепной гипертензией	4 (3)

шественно нарастая с возрастом, и не расценивается как основная причина хронической НБС [1].

До обращения в КНБ у преобладающего большинства пациентов врачи расценивали ГБ как вторичную, симптоматическую, связанную с органическими нарушениями: патологией шейного отдела позвоночника, цереброваскулярными заболеваниями, внутричерепной гипертензией. Как показало данное исследование, ошибочная трактовка природы ГБ, а именно — установление вместо ГБН диагноза вторичной ГБ, до сих пор остается широко распространенной проблемой в российской неврологической практике [20, 21].

Пациентам с хронической болью различной локализации, включая БС, неправильные диагнозы устанавливаются в 40–80% случаев, это связано с тем, что: 1) врачи не выделяют достаточное количество времени на детальное выяснение анамнеза заболевания; 2) врачи назначают чрезмерное количество исследований; 3) полученные неспецифические изменения связывают с органическими причинами боли [22]. В нашем исследовании также было выявлено чрезмерное и необоснованное назначение лабораторных и инструментальных методов исследования. Хотя «красные флаги» были выявлены лишь у 7% пациентов с БС и 5% пациентов с ГБ, рекомендации провести дополнительные инструментальные и лабораторные обследования получали все обратившиеся к неврологу или терапевту

пациенты. Было показано, что обнаруженные в результате этих исследований неспецифические изменения поясничного и шейного отдела позвоночника (в виде дегенеративно-дистрофических изменений, протрузий, грыж), артерий и вен головы и шеи (в виде асимметрии, извитости, гипоплазии) ошибочно расценивались как органические причины БС и ГБ.

Согласно российским клиническим рекомендациям по НБС и ГБН, дополнительные методы обследования проводятся только при подозрении на специфическую причину БС, вторичный (симптоматический) генез ГБ и при наличии симптомов опасности — «красных флагов» [1–3]. Диагноз НБС ставится на основании анамнеза заболевания, неврологического и нейроортопедического осмотра и исключения «красных флагов» [1]. В соответствии с российскими клиническими рекомендациями и МКГБ-3 диагноз ГБН также устанавливается на основании анамнеза заболевания, осмотра, исключения «красных флагов» и диагностических критериев ГБ [2, 3, 8]. Важно отметить, что нейроортопедический осмотр — важный этап в диагностике НБС и ГБН — до обращения в КНБ проводился только 10% пациентов.

Симптомы тревоги и депрессии — это факторы хронизации («желтые флаги») НБС и ГБН, которые важно оценивать у всех пациентов с БС и ГБ [1–3]. У преобладающего большинства пациентов, включенных в исследование, мы выявили симптомы тревоги и депрессии, но ранее эмоциональное состояние ни у кого из пациентов не оценивалось.

В проведенном исследовании продемонстрировано неудовлетворительное качество лечения пациентов с хронической НБС и ГБН в отечественной медицинской практике. Всем пациентам назначались лекарственные препараты по поводу БС, среди которых лишь нестероидные противовоспалительные средства имеют высокую доказанную эффективность в лечении НБС [1, 23]. Для достижения клинического эффекта применения только лекарственных препаратов при хронической НБС недостаточно. В лечении хронической НБС рекомендуется комплексное лечение, включающее фармакотерапию и нелекарственные методы с доказанной эффективностью [1]. До обращения в КНБ по поводу БС из нелекарственных методов большинству пациентов назначались пассивная физиотерапия и массаж и только 9% — кинезиотерапия (лечебная гимнастика). Пассивные физиотерапевтические методы и массаж остаются самыми часто назначаемыми методами лечения НБС в нашей стране. Но, в соответствии с российскими и зарубежными клиническими рекомендациями по НБС, пассивная физиотерапия не эффективна и не рекомендуется в лечении НБС [1, 23]. Массаж имеет низкий уровень доказанной эффективности, обладает минимальным эффектом, дает кратковременное облегчение боли, но не улучшает функциональную активность у пациентов с хронической НБС [1, 24].

Кинезиотерапия расценивается как наиболее эффективный способ лечения пациентов с хронической НБС, с помощью которого удастся значительно уменьшить боль и повысить функциональную активность пациентов в краткосрочной и долгосрочной перспективе [1, 23, 25]. В настоящем исследовании показано, что лишь 5% пациентов ранее пробовали заниматься кинезиотерапией,

Таблица 4. Предшествующая лекарственная и нелекарственная терапия, назначенная пациентам с хронической НБС и сочетанной ГБН в различных медицинских учреждениях

Table 4. Previous drug and non-drug therapies in patients with chronic NBS and combined THA in different medical centers

Методы лечения	Число пациентов, получавших данное лечение, n (%)
Нестероидные противовоспалительные средства	120 (100)
Миорелаксанты	114 (95)
Массаж	99 (82,5)
Физиотерапия	82 (68)
Сосудистые, ноотропные препараты	74 (62)
Витамины группы В	72 (60)
Хондропротекторы	55 (46)
Мануальная терапия	49 (41)
Антидепрессанты	39 (32,5)
Блокады	33 (27,5)
Антиконвульсанты	15 (12)
Кинезиотерапия	6 (5)

но кратковременно и на нерегулярной основе. Вероятно, такая низкая приверженность кинезиотерапии связана с неинформированностью пациентов об эффективности данного метода и с непониманием пациентами содержания, целей и задач кинезиотерапии. Так, пациенты не занимались упражнениями ежедневно, продолжали не соблюдать правила эргономики, а виды и последовательность выполняемых упражнений не соответствовали современным эффективным программам упражнений при хронической НБС и ГБН. Для лечения НБС эффективны упражнения по методу стрейчинга, пилатеса, упражнения на стабилизацию туловищной мускулатуры и на скоординированную работу мышц; для лечения ГБН эффективны постизометрическая релаксация, упражнения на укрепление глубоких мышц шеи, координацию, растяжение мышц, коррекцию осанки, дыхательные упражнения, а также аэробные нагрузки, силовые тренировки и занятия йогой. Рекомендуемая продолжительность занятий упражнениями — не менее 10 нед [2, 26, 27].

Ранее ни с кем из пациентов не проводилась образовательная беседа о правилах эргономики и физической активности. Как показывают результаты наших собственных исследований [13–19] и данные других авторов [28, 29], назначение кинезиотерапии должно сопровождаться образовательной беседой с пациентом, с помощью которой формируется приверженность данному методу лечения. Пациентов с НБС важно обучить не только кинезиотерапии, но и правилам эргономики, потому что именно сочетание эргономики и лечебных упражнений показывает высокую эффективность при лечении данной категории пациентов [30, 31].

Всем пациентам по поводу ГБ также назначалась фармакотерапия, большинству пациентов назначались сосудистые и ноотропные препараты, массаж, пассивная физиотерапия. Ни с кем из пациентов не проводилась образовательная беседа по поводу ГБ, не назначалась кинезиотерапия. Такая тактика лечения ГБН ошибочна, неэффективна, но распространена в медицинской практике, что было продемонстрировано и в других ранее опубликованных исследованиях [20, 21]. Эффективный подход к лечению ГБН является комплексным, в первую очередь направлен на

профилактику ГБ и должен включать образовательные беседы, рекомендации по образу жизни, кинезиотерапию, техники релаксации [2, 3].

До обращения в КНБ никому из пациентов не назначались методы психотерапии хронической боли — когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), техники релаксации, биологическая обратная связь (БОС) или майндфулнесс (терапия осознанности или медитация). При НБС добавление КПТ к стандартной фармакотерапии эффективно у пациентов с хроническим течением болевого синдрома, частыми рецидивами, катастрофизацией боли, повышенной тревогой, симптомами депрессии, при отсутствии или недостаточности эффекта от стандартного лечения [32]. С помощью КПТ успешно корректируют факторы, провоцирующие и поддерживающие хроническое течение боли: негативные представления о причинах боли, ее прогнозе и жизненных перспективах пациента, ограничительное (болевое) поведение, тревогу, депрессию [1–3, 13–19]. В соответствии с зарубежными и российскими клиническими рекомендациями, КПТ и майндфулнесс обладают высокой эффективностью в лечении хронической НБС, значимо уменьшают интенсивность боли, повышают функциональную активность, улучшают эмоциональное состояние [1, 23]. КПТ, техники релаксации, БОС, майндфулнесс эффективны в уменьшении ГБ, повышении функциональной активности и улучшении настроения у пациентов с ГБН, по данным российских и зарубежных клинических руководств [2, 3, 33].

Заключение. Хроническая НБС в сочетании с ГБН редко диагностируется, большинство пациентов имеют ошибочные диагнозы, дополнительные методы исследования назначаются при отсутствии «красных флагов», часто используется неэффективное лечение, редко применяется комплексное лечение, включающее кинезиотерапию и психотерапию. В настоящее время при хронической НБС и ГБН предложено эффективное комплексное лечение, включающее нелекарственные методы (кинезиотерапия, эргономика, психотерапия) и фармакотерапию. Использование этих методов существенно повысит эффективность лечения пациентов с хронической НБС и ГБН.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. 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). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(2S):7–16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 (In Russ.)].
2. Головная боль напряжения. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2021. ID: 162. Доступно по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/162> [Tension type headache. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2021. ID: 162. Available at: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/162> (In Russ.)].
3. Азимова ЮЭ, Алферова ВВ, Амелин АВ и др. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(2-3):4–28. doi: 10.17116/jnevro20221220234 [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.)].
4. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
5. Ashina S, Lipton RB, Bendtsen L, et al. Increased pain sensitivity in migraine and tension-type headache coexistent with low back pain: A cross-sectional population study. *Eur J Pain*. 2018 May;22(5):904–14. doi: 10.1002/ejp.1176. Epub 2018 Jan 19.
6. 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). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(2S):7–16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 (In Russ.)].
7. Головная боль напряжения. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2021. ID: 162. Доступно по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/162> [Tension type headache. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2021. ID: 162. Available at: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/162> (In Russ.)].
8. Азимова ЮЭ, Алферова ВВ, Амелин АВ и др. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(2-3):4–28. doi: 10.17116/jnevro20221220234 [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.)].
9. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
10. Ashina S, Lipton RB, Bendtsen L, et al. Increased pain sensitivity in migraine and tension-type headache coexistent with low back pain: A cross-sectional population study. *Eur J Pain*. 2018 May;22(5):904–14. doi: 10.1002/ejp.1176. Epub 2018 Jan 19.

6. Ashina S, Mitsikostas DD, Lee MJ, et al. Tension-type headache. *Nat Rev Dis Primers*. 2021 Mar 25;7(1):24. doi: 10.1038/s41572-021-00257-2
7. Yoon MS, Manack A, Schramm S, et al. Chronic migraine and chronic tension-type headache are associated with concomitant low back pain: results of the German Headache Consortium study. *Pain*. 2013 Mar;154(3):484-92. doi: 10.1016/j.pain.2012.12.010. Epub 2012 Dec 28.
8. 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
9. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, et al; CATWAD Consortium Group. A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain. *Clin J Pain*. 2021 Oct 26;38(2):132-48. doi: 10.1097/AJP.0000000000000999
10. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Nov;63 Suppl 11(0 11):S467-72. doi: 10.1002/acr.20561
11. Richter P, Werner J, Heerlein A, et al. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*. 1998;31(3):160-8. doi: 10.1159/000066239
12. Ахметов БХ, Максимов ЮН, Хайбуллина ДХ, Губеев БЭ. Боли в нижней части спины: нюансы диагностики. *Практическая медицина*. 2014;(2):17-20. Доступно по ссылке: <http://pmarchive.ru/boli-v-nizhnej-chasti-spiny-nyuansy-diagnostiki/> [Ahmetov BKh, Maksimov YuN, Hajbullina DH, Gubeev BE. Pain in the lower back: the nuances of the diagnosis. *Prakticheskaya medicina*. 2014;(2):17-20. Available at: <http://pmarchive.ru/boli-v-nizhnej-chasti-spiny-nyuansy-diagnostiki/> (In Russ.)].
13. Головачева ВА, Головачева АА. Эффективный комплексный подход к ведению пациентов с хронической скелетно-мышечной болью в нижней части спины и болями других локализаций. *Медицинский Совет*. 2024;(3):108-16. doi: 10.21518/ms2024-139 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. An effective complex approach to the management of patients with chronic musculoskeletal low back pain and pains in other body sites. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2024;(3):108-16. doi: 10.21518/ms2024-139 (In Russ.)].
14. 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):103-9. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR. Chronic musculoskeletal low back pain: mistakes in patient management and optimization issues. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3):103-9. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109 (In Russ.)].
15. 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.)].
16. 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.)].
17. 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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 (In Russ.)].
18. 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. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(10):164-70. doi: 10.21518/2079-701X-2021-10-164-170 (In Russ.)].
19. Головачева ВА, Головачева АА. Персонализированный междисциплинарный подход к лечению хронической боли в нижней части спины: клиническое наблюдение. *Медицинский Совет*. 2020;(11):64-9. doi: 10.21518/2079-701X-2020-11-64-69 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Personalized, interdisciplinary approach to the treatment of chronic low back pain: clinical observation. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(11):64-9. doi: 10.21518/2079-701X-2020-11-64-69 (In Russ.)].
20. Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012;6(2):16-21. Доступно по ссылке: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17789105> [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnosis of headaches in Russia and post-Soviet countries: the state of the problem and ways to solve it. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noy neurologii*. 2012;6(2):16-21. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17789105> (In Russ.)].
21. Азимова ЮЭ, Сергеев АВ, Осипова ВВ, Табеева ГР. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Российский журнал боли*. 2010;(3,4):12-7. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> [Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, Tabeeva GR. Diagnosis and treatment of headaches in Russia: results of a questionnaire survey of doctors. *Rossiyskiy zhurnal boli*. 2010;(3,4):12-7. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> (In Russ.)].
22. Hendler N. Why Chronic Pain Patients are Misdiagnosed 40 to 80% of the Time? *J Recent Adv Pain*. 2016;2:94-8. doi: 10.5005/jp-journals-10046-0051
23. 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):2791-803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2
24. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, et al. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 1;2015(9):CD001929. doi: 10.1002/14651858.CD001929.pub3
25. Скелетно-мышечные (неспецифические) боли в нижней части спины. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2023. ID: 778. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/778_1 [Musculoskeletal (non-specific) low back pain. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2023. ID: 778. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/778_1 (In Russ.)].
26. Fernandez-Rodriguez R, Alvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, et al. Best Exercise Options for Reducing Pain and Disability in Adults With Chronic Low Back Pain: Pilates, Strength, Core-Based, and Mind-Body. A Network Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2022 Aug;52(8):505-21.

doi: 10.2519/jospt.2022.10671. Epub 2022 Jun 19.

27. Anheyer D, Klose P, Lauche R, et al. Yoga for Treating Headaches: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2020 Mar;35(3):846-54. doi: 10.1007/s11606-019-05413-9. Epub 2019 Oct 30.

28. Ibrahim AA, Akindele MO, Ganiyu SO. Effectiveness of patient education plus motor control exercise versus patient education alone versus motor control exercise alone for rural community-dwelling adults with chronic low back pain: a randomised clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2023 Feb 23;24(1):142. doi: 10.1186/s12891-022-06108-9

29. Gorji SM, Mohammadi Nia Samakosh H, Watt P, et al. Pain Neuroscience Education and Motor Control Exercises versus Core Stability Exercises on Pain, Disability, and Balance in Women with Chronic Low Back Pain. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 25;19(5):2694. doi: 10.3390/ijerph19052694

30. Shariat A, Cleland JA, Danaee M, et al. Effects of stretching exercise training and ergonomic modifications on musculoskeletal discomforts of office workers: a randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther.* 2018 Mar-Apr;22(2):144-53. doi: 10.1016/j.bjpt.2017.09.003. Epub 2017 Sep 6.

31. Johnston V, Gane EM, Brown W, et al.

Feasibility and impact of sit-stand workstations with and without exercise in office workers at risk of low back pain: A pilot comparative effectiveness trial. *Appl Ergon.* 2019 Apr;76:82-9. doi: 10.1016/j.apergo.2018.12.006. Epub 2018 Dec 14.

32. 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.

33. 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

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

02.06.2024/15.08.2024/16.08.2024

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

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