

Хроническая неспецифическая боль в спине в сочетании с головной болью напряжения, вопросы оптимизации терапии



Головачева А.А., Табеева Г.Р.

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

Описан клинический случай успешного лечения пациентки 46 лет с хронической скелетно-мышечной болью в нижней части спины и сочетанной головной болью напряжения, у которой не отмечалось эффекта от различных методов терапии. При ведении пациентки использован комплексный подход, направленный на факторы хронизации боли, коморбидные нарушения, повышение повседневной физической активности и качества жизни. Показано, как формирование у пациентки правильных представлений о причинах и факторах, поддерживающих боль, коррекция нарушений в образе жизни (низкой физической активности, длительных статических поз в течение дня) в сочетании с индивидуальной кинезиотерапией и оптимальной фармакотерапией препаратом Нимесил (нимесулид) позволили относительно быстро и устойчиво уменьшить боль, нормализовать сон и настроение. Препаратом выбора стал Нимесил (нимесулид) — нестероидное противовоспалительное средство, широко применяемое в российской неврологической практике и обладающее доказанной эффективностью и безопасностью в терапии скелетно-мышечной боли. Большое значение при ведении пациентки имела кинезиотерапия, которая включала лечебные упражнения, тренинг правильных поз, рекомендации по эргономике и образу жизни. Важно отметить, что все компоненты комплексной терапии были назначены одновременно, с первого дня лечения. В результате комплексного лечения удалось относительно быстро достичь эффекта в краткосрочной и долгосрочной перспективе (срок наблюдения — 6 мес), тогда как лечение, проводимое ранее, без комплексного подхода, не имело стойкого клинического эффекта. Обсуждаются вопросы оптимизации ведения пациентов с хронической скелетно-мышечной болью.

Ключевые слова: боль в нижней части спины; люмбашиалгия; головная боль напряжения; инсомния; боль в шее; скелетно-мышечная боль; факторы хронизации; лечение; кинезиотерапия; лечебная гимнастика; фармакотерапия; нимесулид; нестероидные противовоспалительные препараты.

Контакты: Анжелика Александровна Головачева; angelika.golovacheva@gmail.com

Для ссылки: Головачева АА, Табеева ГР. Хроническая неспецифическая боль в спине в сочетании с головной болью напряжения, вопросы оптимизации терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2025;17(2):55–62. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-55-62

Chronic non-specific low back pain in combination with tension-type headache, issues of therapy optimization Golovacheva A.A., Tabeeva G.R.

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

We describe a clinical case of a successful treatment of a 46-year-old female patient with chronic musculoskeletal low back pain combined with a tension-type headache, who did not observe the effect of various methods of therapy. A comprehensive approach to the patient's care was applied, targeting the factors of pain chronification, comorbid disorders, an increase in daily physical activity and improvement of quality of life. It is shown how the formation of the patient's correct perception about the causes and factors contributing to the pain, lifestyle correction (avoidance of low physical activity, prolonged static postures during the day) in combination with individual kinesiotherapy and optimal pharmacotherapy with the drug Nimesil (nimesulide) made it possible to reduce the pain relatively quickly and steadily, normalize sleep and mood. The drug of choice was Nimesil (nimesulide) — a non-steroidal anti-inflammatory drug that is widely used in Russian neurological practice and has proven to be effective and safe in the treatment of musculoskeletal pain. Of great importance in the patient's treatment was kinesiotherapy, which included therapeutic exercises, training of the correct postures and recommendations on ergonomics and lifestyle. It is important to mention that all components of the complex therapy were prescribed simultaneously from the first days of treatment, so that comprehensive treatment made it possible to achieve a short and long-term effect relatively quickly (6 month follow-up), while the earlier treatment without an integrative approach did not have a lasting clinical effect. The issues of optimizing of treatment of patients with chronic musculoskeletal pain are discussed.

Keywords: low back pain; sciatica; tension-type headache; insomnia; neck pain; musculoskeletal pain; chronic factors; treatment; kinesiotherapy; medical gymnastics; pharmacotherapy; nimesulide; non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Contact: Anzhelika Aleksandrovna Golovacheva; angelika.golovacheva@gmail.com

For reference: Golovacheva AA, Tabeeva GR. Chronic non-specific low back pain in combination with tension-type headache, issues of therapy optimization. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(2):55–62.

DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-55-62

Распространенность боли в нижней части спины (БНЧС) достигает 54,0% среди взрослого населения России [1]. БНЧС относится к основным причинам снижения трудоспособности во всем мире и основным причинам инвалидизации в 126 странах [2]. В 90–95% случаев БНЧС является неспецифической (скелетно-мышечной) [3]. У 10% пациентов БНЧС приобретает хроническую форму [3]. Высокая распространенность хронической БНЧС (ХБНЧС) наблюдается у лиц трудоспособного возраста. Так, распространенность ХБНЧС в возрасте от 20 до 59 лет составляет 19,6% [4]. По данным эпидемиологических исследований, БНЧС встречается в 80% случаев при эпизодической головной боли напряжения (ГБН) и в 82% при хронической ГБН [5]. Риск частых обострений боли в спине 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 [6].

Факторы риска и факторы хронизации скелетно-мышечной БНЧС и ГБН сходны. К развитию БНЧС приводят длительные статические позы, гиподинамия, чрезмерные физические нагрузки, неловкие движения [3]. Эмоциональное напряжение, неудовлетворенность жизнью и проблемы со сном относятся к ведущим предикторам БНЧС в возрасте от 40 до 49 лет [7]. К провоцирующим факторам ГБН относятся эмоциональный стресс и длительные статические позы [8]. Под действием «желтых флагов» происходит хронизация БНЧС. К «желтым флагам» относятся: тревога, депрессия, неправильные представления о боли, катастрофизация боли, гиподинамия, длительные статические позы, кинезиофобия [3]. В 42,5% случаев у пациентов с ХБНЧС диагностируется тревога, в 51,5% случаев — депрессия [9]. Выявлена статистически значимая связь между ГБН и симптомами тревоги. Распространенность тревоги у пациентов с эпизодической ГБН составляет 13,1%, с хронической ГБН — 21,4% [10]. Инсомния у пациентов с хронической неспецифической болью в спине наблюдается в 55% случаев. У пациентов с инсомнией в 1,4 раза выше вероятность развития боли в спине и головной боли (ГБ), чем у пациентов без инсомнии [11]. Избегание активного образа жизни, снижение физической активности препятствуют нормальному функционированию скелетно-мышечного аппарата. Эмоциональная составляющая, тревога, депрессия, кинезиофобия подкрепляют «ограничительное», «болевое» поведение [3, 12]. В соответствии с современными рекомендациями ведущих мировых экспертов, для лечения ХБНЧС и ГБН эффективны кинезиотерапия, обучение правилам эргономики, образовательные беседы о причинах, прогнозе боли и образе жизни, оптимальная фармакотерапия [3, 13, 14].

К сожалению, при ведении пациентов с ХБНЧС и ГБН редко используется комплексный подход. Представляют собственный опыт ведения пациентки с ХБНЧС в сочетании с ГБН, скелетно-мышечной болью в шее (БШ),

повышенной тревогой и инсомнией с помощью эффективного комплексного подхода, включающего образовательные беседы, кинезиотерапию и оптимальную фармакотерапию препаратом нимесулид (Нимесил).

Клиническое наблюдение

Пациентка О., 46 лет, обратилась в Клинику нервных болезней (КНБ) Сеченовского Университета с жалобами на ежедневную ноющую БНЧС интенсивностью до 7 баллов по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), на ГБ до 5 баллов по ЧРШ давящего характера в затылочной области без тошноты, фото- и фонофобии, на боль в шее и межлопаточной области ноющего характера до 4 баллов по ЧРШ, повышенную утомляемость, сниженную работоспособность, нарушение сна, тревожность к своему состоянию.

Из анамнеза известно, что пациентку БНЧС беспокоит на протяжении 3 лет, в последние 6 мес боль стала ежедневной. ГБ по типу ГБН беспокоит эпизодически в течение года, за последние 3 мес ГБ участились (до 15 дней в месяце), а также стали беспокоить боли в шее и межлопаточной области. Плохой сон отмечает в течение 6 мес.

Пациентка замужем, имеет двоих детей. Работает юристом, много времени проводит сидя за компьютером, иногда по 3–4 ч без перерывов. БНЧС появляется и усиливается при длительных статических позах в течение рабочего дня. По утрам после сна пациентка не чувствует себя отдохнувшей, утром нарастает ощущение тяжести в шее, пояснице, отмечаются частые ночные пробуждения, ранние подъемы и трудности при засыпании. Вечером, когда ложится спать, проводит в кровати много времени, прежде чем уснуть, ищет удобную позу для сна из-за ощущений дискомфорта в шее и пояснице. ГБ и эпизоды боли в шее и межлопаточной области появляются и усиливаются после длительных статических поз за компьютером, телефоном, эмоционального перенапряжения. Неоднократно пациентка обращалась к неврологам и терапевтам в поликлиники по месту жительства и частные клиники: назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, витамины группы В курсовым приемом с временным положительным эффектом в виде снижения интенсивности боли, но не регрессом. У пациентки сформировались страхи и тревога к своему состоянию.

При осмотре в соматическом и неврологическом статусе пациентки патологии не обнаружено. При нейроортопедическом осмотре выявлены физиологический поясничный лордоз; напряжение и болезненность при пальпации паравертебральных мышц спины на поясничном уровне, квадратной мышцы спины, преимущественно справа; дисфункция крестцово-подвздошных сочленений, преимущественно справа; мышечно-тонический синдром квадратной мышцы поясницы, преимущественно справа, перикраниальных мышц головы и шеи. Уровень инвалидизации из-за БНЧС по опроснику Освестри составил 54%. Определялась гиподинамия — 9 баллов по Опроснику определения физической активности. У паци-

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

ентки сформировались неправильное представление о причинах боли, прогнозе, выраженная катастрофизация боли – 28 баллов по Шкале катастрофизации боли, страх движений (кинезиофобия) – 48 балла по Шкале кинезиофобии Тампа, выраженная тревога – 22 балла по Шкале тревоги Бека. Индекс ограничения жизнедеятельности по БШ составил 50%, индекс тяжести инсомнии – 12 баллов.

Учитывая хронический характер течения болевого синдрома, для исключения специфических причин боли в спине проведены дополнительные обследования. При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлены несколько сглаженный физиологический поясничный лордоз, незначительно выраженные дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, остеохондроз, дископатия, спондилоартрит, протрузия межпозвоночных дисков. Компрессий невралгических структур и стеноза позвоночного канала нет. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлены дегенеративно-дистрофические изменения, остеохондроз. На рентгенограммах пояснично-крестцового и шейного отделов позвоночника с функциональными пробами нестабильности позвонков не выявлено. По результатам общего анализа крови, анализа крови на С-реактивный белок, ревматоидный фактор патологических изменений не выявлено. У пациентки отсутствовали «красные флаги» по ГБ, поэтому дополнительных методов исследования для установления диагноза ГБ не требовалось.

На основании жалоб, клинической картины заболевания, данных осмотра, после исключения специфических причин боли в спине, на основании российских рекомендаций по боли в спине [3], БШ [15] пациентке поставлен диагноз «хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в нижней части спины. Хроническая скелетно-мышечная боль в шее».

В соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головных болей 3-го издания, ГБ пациентки соответствовала диагнозу «эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц» [16].

Учитывая жалобы пациентки на нарушения сна и их клиническую картину, клинические рекомендации экспертов Российского общества сомнологов по диагностике и лечению хронической инсомнии [13], пациентке был поставлен сочетанный диагноз «хроническая инсомния».

Клинический диагноз: «Основное заболевание: Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в нижней части спины. Сочетанное заболевание: Эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в шее. Хроническая инсомния. Тревожно-астенический синдром».

На основании российских рекомендаций по боли в спине [3], рекомендаций по БШ [15] и ГБН [14], с учетом наличия инсомнии и тревожно-астенического синдрома был составлен план лечения пациентки, включающий лекарственные и нелекарственные методы:

- 1) образовательная беседа о причинах боли, факторах хронизации боли, методах лечения и прогнозе;
- 2) рекомендации по гигиене сна;
- 3) лекарственная терапия препаратом нимесулид (Нимесил) в дозе 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней, которая проводилась с первого дня занятий по кинезиотерапии;
- 4) индивидуальные занятия по кинезиотерапии, включающие рекомендации по физической активности, тренинг правильных поз, эргономику, лечебную гимнастику, кинезиотейпирование поясничного и шейного отделов позвоночника.

Занятия по кинезиотерапии проводились со специалистом в клинике, с частотой 1 раз в неделю по 45 мин, в течение 10 нед. Между занятиями со специалистом пациентка занималась лечебной гимнастикой дома самостоятельно по 15 мин 3 раза в день и придерживалась рекомендаций по физической активности, соблюдала правильные позы при ходьбе, в положении сидя, стоя, при работе за компьютером, делала перерывы в работе за компьютером каждые 20–30 мин на 5–7 мин, в перерывах вставала, ходила, делала лечебные упражнения.

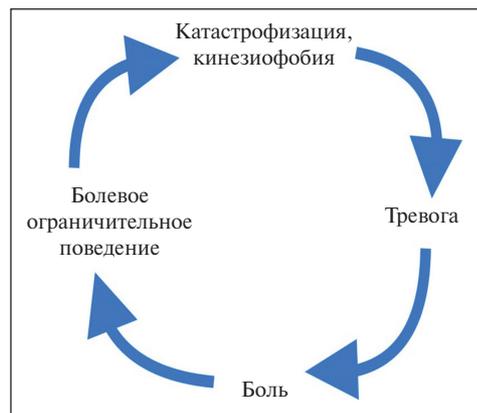


Рис. 1. «Порочный круг боли» у пациентки О.

Fig. 1. "Vicious circle of pain" in the patient O.

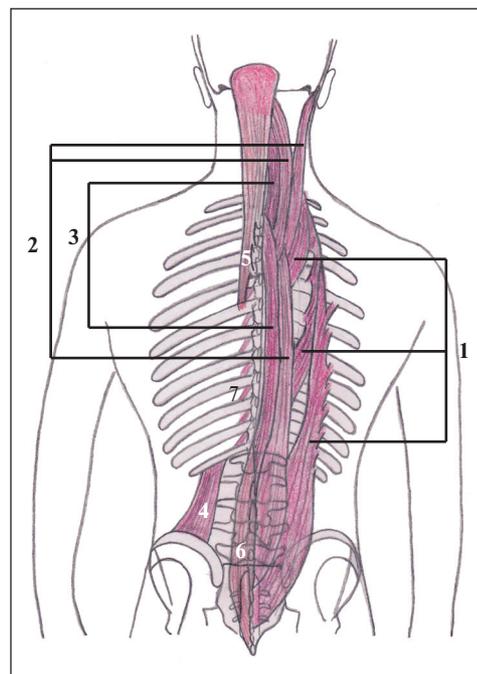


Рис. 2. Глубокие мышцы спины:

1 – подвздошно-реберная мышца (шеи, груди, поясницы); 2 – длинейшая мышца (головы, шеи, груди); 3 – остистая мышца (головы и шеи, груди); 4 – квадратная мышца поясницы; 5 – полустовчатая мышца (головы); 6 – многораздельные мышцы (в поясничном отделе); 7 – мышцы, поднимающие ребра

Fig. 2. Deep muscles of the back:

1 – iliocostalis muscle (of the neck, chest, lower back); 2 – longissimus muscle (of the head, neck, chest); 3 – spinalis muscle (of the head and neck, chest); 4 – quadratus lumborum muscle; 5 – semispinalis muscle (of the head); 6 – multifidus muscles (in the lumbar spine); 7 – levatores costarum muscles

В процессе образовательных бесед с пациенткой особое внимание уделялось «желтым флагам» — факторам хронизации боли в спине. Пациентка была проинформирована о наличии у нее нескольких факторов хронизации (рис. 1).

На занятиях по кинезиотерапии пациентке были разъяснены причины и источники боли. Упражнения по кинезиотерапии были направлены на расслабление и укрепление глубоких мышц спины (рис. 2).

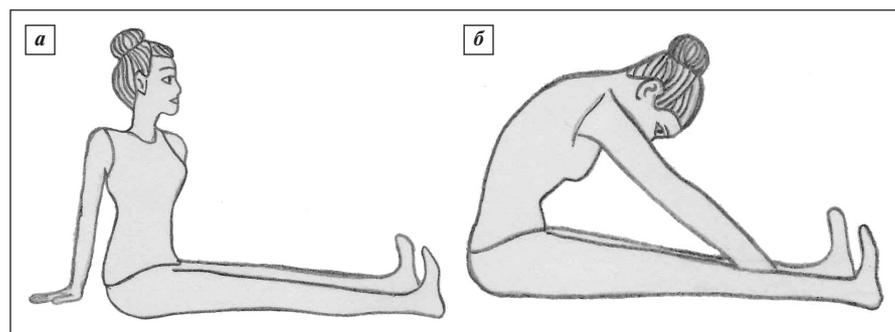


Рис. 3. Упражнение «складка».

а — исходное положение: сядьте на седалищные бугры, выпрямите спину и голову, плечи опущены, лопатки сведены; *б* — сделайте вдох. На выдохе медленно, позвонок за позвонком, наклонитесь вперед, сохраняя колени не согнутыми.

Продолжайте дышать. В данном положении задержитесь на 10 с.

На вдохе вернитесь в исходное положение. Повторите упражнение 5 раз

Fig. 3. “Fold” exercise.

а — starting position: sit on the ischial tuberosities, straighten your back and head, shoulders are lowered, shoulder blades are together; *б* — inhale. As you exhale, slowly lean the vertebra after vertebra, leaning forwards without bending your knees. Continue breathing. Remain in this position for 10 seconds.

Inhale and return to the starting position. Repeat the exercise 5 times

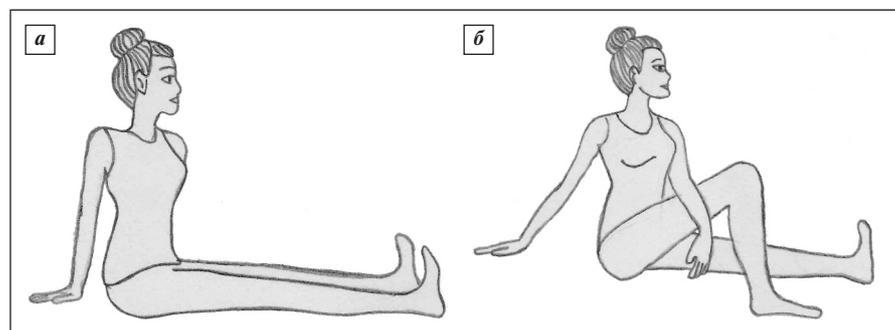


Рис. 4. Упражнение на растяжку квадратной мышцы поясницы.

а — исходное положение: сядьте на седалищные бугры, выпрямите спину и голову, плечи опущены, лопатки сведены; *б* — согните правую ногу в колене. На выдохе медленно поверните голову и туловище вправо, левую руку положите на бедро.

Вращение происходит в области поясницы. Лопатки сведены. Продолжайте дышать. В данном положении задержитесь на 10 с. Повторите упражнение в противоположную сторону. Выполните упражнение по 5 раз в каждую сторону

Fig. 4. Exercise for quadratus lumborum muscle stretching

а — starting position: sit on the ischial tuberosities, straighten your back and head, lower your shoulders, lower your shoulder blades; *б* — bend your right leg at the knee.

As you exhale, slowly turn your head and body to the right and place your left hand on your thigh. The twist is performed in the lower back. The shoulder blades are lowered. Continue to breathe. Stay in this position for 10 seconds. Repeat the exercise in the other direction. Perform the exercise 5 times in each direction

Все перечисленные методы лечения применялись одновременно, с первого дня лечения. Назначение лекарственной терапии препаратом Нимесил позволило уже в первые дни лечения уменьшить интенсивность боли в покое и при движении, тем самым повысив функциональную активность пациентки. У пациентки сформировались правильные представления о причинах боли, мотивация к выполнению лечебных упражнений и соблюдению медицинских рекомендаций по физической активности, эргономики и правильных поз

в течение дня. Лечебные упражнения, проводимые на первых занятиях по кинезиотерапии, были направлены на снижение напряжения с мышц спины методом растяжения мышц спины на шейном, грудном и поясничном уровне. К таким упражнениям относится упражнение «складка» (рис. 3). Также для пациентки были подобраны упражнения на расслабление определенных мышц, напряжение которых было выявлено при нейроортопедическом осмотре, например упражнение на растяжку квадратной мышцы поясницы (рис. 4). В дальнейшем в программу по кинезиотерапии были добавлены лечебные упражнения для укрепления глубоких мышц спины — упражнения по методу Пилатеса, например упражнение «Мостик с подъемом рук» (рис. 5).

Через 10 дней курсового приема препарата Нимесил и занятий по кинезиотерапии у пациентки уменьшилась интенсивность боли и улучшилась функциональная активность: наблюдалась снижение интенсивности боли по ЧРШ с 7 до 2 баллов, улучшение двигательной активности по опроснику определения физической активности, снижение уровня инвалидизации из-за БНЧС по опроснику Освестри с 54 до 20%. Благодаря снижению болевого синдрома на фоне терапии препаратом Нимесил пациентке стало легче заниматься лечебной гимнастикой, выполнять медицинские рекомендации по двигательной активности. К 3-му месяцу лечения у пациентки регрессировала БНЧС, БШ и боль в межлопаточной области, повысилась работоспособность, число дней с ГБ уменьшилось до одного-двух в месяц. Нормализовалось эмоциональное состояние (по данным Шкалы тревоги Бека), улучшился сон. Достигнутые улучшения сохранились к 6-му месяцу наблюдения, а ГБ не отмечалась. Пациентка продолжала ежедневно выполнять упражнения по лечебной гимнастике и вести активный образ жизни.

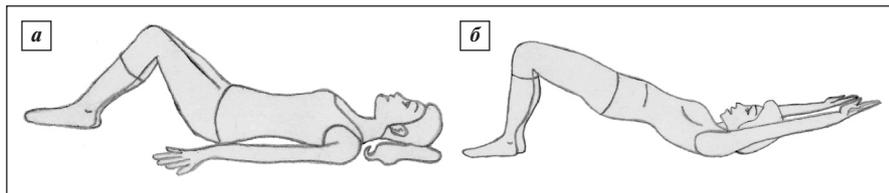


Рис. 5. Упражнение «мостик с подъемом рук».

а – исходное положение: лягте на спину, согните ноги, стопы разведите на ширину таза, таз в нейтральном положении, поясница прижата к твердой поверхности, шея и плечи расслаблены; *б* – на выдохе напрягите мышцы живота и тазового дна, затем медленно, позвонок за позвонком, поднимите таз, поясницу и среднюю часть спины до лопаток, выстраивая плечи, таз и колени в одну линию. На вдохе поднимите руки и заведите их за голову. На выдохе медленно вернитесь в исходное положение, сокращая мышцы живота, опуская спину вниз позвонок за позвонком. На вдохе верните руки в исходное положение. Повторите 10 раз

Fig. 5. “Bridge with raised hands” exercise.

а – starting position: lie on the back, bend the legs, spread the feet to the width of the pelvis, the pelvis in a neutral position, the lower back is pressed to the hard surface, the neck and shoulders are relaxed; *б* – while exhaling, tense the muscles of the abdomen and pelvic floor, then slowly, lift vertebra after vertebra, the pelvis, the lower back and the middle part of the back up to the shoulder blades, forming the shoulders, pelvis and knees in one line. As you inhale, raise your hands and bring them towards your head. As you exhale, slowly return to the starting position by tensing the abdominal muscles and lowering the back down vertebra by vertebra. As you inhale, bring your hands back to the starting position. Repeat 10 times

Обсуждение

В представленном наблюдении продемонстрирован эффективный подход к лечению пациентки с хронической скелетно-мышечной БНЧС, сочетанными болевыми синдромами других локализаций – хронической скелетно-мышечной БШ, эпизодической ГБН с вовлечением перикраниальных мышц, тревожно-астеническим синдромом и хронической инсомнией. Показано, что формирование у пациентки правильных представлений о причинах и факторах, поддерживающих боль, коррекция нарушений в образе жизни (низкой физической активности, длительных статических поз в течение дня) в сочетании с упражнениями по лечебной гимнастике, оптимальной фармакотерапией позволили относительно быстро и устойчиво справиться с болью, нормализовать сон и настроение.

До обращения в КНБ пациентке был поставлен ошибочный диагноз «остеохондроз позвоночника», а назначаемое лечение не давало устойчивого терапевтического эффекта, потому что предлагаемый ранее терапевтический подход не включал изменения в образе жизни, повышение физической активности пациентки. Из-за ошибочной диагностики и негативного опыта преодоления боли у пациентки сформировалось неправильное представление о причинах боли, методах лечения, а также развилась катастрофизация боли. Важно отметить, что ранее с пациенткой не проводилось образовательных бесед о необходимости физической активности в течение дня и об эффективности лечебных упражнений. Известно, что пациенты с хронической скелетно-мышечной БНЧС ограничивают свою активность в течение дня, предпочитают больше отдыхать и лежать, из-за чего боль усиливается, появляются детренированность скелетной

мускулатуры и повышенная утомляемость, что ведет к развитию кинезиофобии, которая наблюдалась у представленной пациентки [17–24]. У пациентки ранее не оценивались эмоциональное состояние и качество сна, не были диагностированы имеющиеся у нее тревожный синдром и инсомния – факторы хронизации БНЧС, поддерживающие «порочный круг боли» [17–24].

В лечении представленной пациентки применен комплексный подход, включающий кинезиотерапию и фармакотерапию. Кинезиотерапия – это эффективный нелекарственный метод лечения боли в спине, включающий не только лечебные упражнения, но и тренинг правильных поз, образовательные беседы, рекомендации по физической активности и эргономике, кинезиотейпирование [3, 15, 14]. Систематический обзор с метаанализом 2021 г., включивший 217 рандомизированных контролируемых исследований с 20 969 участниками, показал высокую эффективность гимнастики по

методу Пилатеса, гимнастики МакКензи, восстановительной функциональной гимнастики и упражнений на растяжение (стрейчинг) в отношении снижения интенсивности боли и повышения функциональной активности пациентов с ХБНЧС [25]. Исследование 2023 г. с участием 36 пациентов с ХБНЧС показало, что пилатес не только снижает интенсивность боли, но также эффективен в отношении снижения тревоги и депрессии [26]. Пилатес доказал свою эффективность в отношении снижения катастрофизации боли и кинезиофобии у пациентов с ХБНЧС [27]. Опубликовано описание серии случаев, свидетельствующее об эффективности пилатеса в лечении ГБН. Пилатес улучшает качество жизни и повышает работоспособность пациентов с ГБН, оказывает положительное влияние на эмоциональный фон и снижает инвалидизацию при сочетанной БШ [28]. Исследование эффективности упражнений на сгибание шеи, в которых задействованы глубокие мышцы шеи, показало, что регулярные занятия снижают напряжение подзатылочных мышц, уменьшают частоту ГБ, улучшают сон, качество жизни и повседневную активность пациентов с ГБН [29].

В КНБ для пациентки был составлен индивидуальный комплекс лечебных упражнений с учетом ее нейроортопедического статуса. Были выбраны упражнения по методу стрейчинга, направленные на расслабление глубоких мышц спины: мышц, выпрямляющих позвоночник (подвздошно-реберной мышцы, длинной мышцы, остистой мышцы), квадратной мышцы поясницы, многораздельной мышцы, полустистой мышцы (головы, шеи, груди). Для укрепления глубоких мышц спины были выбраны упражнения по методу Пилатеса. Данные упражнения обеспечивают активацию и стабилизацию мышц кора. Мышцы, выпрямляющие позвоночник, и многораздельная мышца (основная

масса которой развита в поясничном отделе) относятся к локальным стабилизаторам мышц кора и играют важную роль в статической и динамической стабильности мышц позвоночника [25–28].

Согласно российским рекомендациям и обзорам 15 зарубежных руководств, препаратами выбора при ХБНЧС являются НПВП [1, 30]. В лечении пациентки О. применялся препарат Нимесил (нимесулид). Нимесил – это НПВП, который эффективен для лечения всех имеющихся у пациента болевых синдромов: БНЧС, БШ, а также для купирования ГБН [31]. Нимесулид зарегистрирован более чем в 50 странах мира, широко применяется в зарубежной и российской неврологической практике и относится к числу самых назначаемых и безопасных препаратов для лечения скелетно-мышечной боли. Он выпускается в форме таблеток и гранул для приготовления суспензии и назначается в терапевтической дозе по 100 мг 2 раза в день на 7–14 дней. Продолжительность приема зависит от скорости и устойчивости снижения интенсивности болевого синдрома и увеличения функциональной активности пациента на фоне лечения. По степени селективности в отношении изоформ циклооксигеназы (ЦОГ) нимесулид относится к препаратам, ингибирующим преимущественно ЦОГ-2 [32]. В исследованиях *in vivo* при применении нимесулида в терапевтической дозе было продемонстрировано значительное снижение концентрации простагландина E₂ в плазме крови [33]. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 ассоциируются с меньшим риском развития язв, кровотечений и других осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта [34]. Анализ 10 608 случаев не-

желательных явлений при применении НПВП по результатам популяционного исследования, проведенного в Италии, показал, что неблагоприятные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта при приеме нимесулида развивались в только в 10,4% случаев, что значительно меньше, чем при приеме других НПВП [35].

Безусловно актуальной остается задача широкого обучения неврологов и терапевтов принципам диагностики и ведения пациентов с хронической болью [17–24]. Для повышения качества оказания медицинской помощи таким пациентам необходимо создание в нашей стране государственных специализированных центров боли.

Заключение

Таким образом, формирование у пациента правильных представлений о причинах и факторах, поддерживающих боль, коррекция нарушений в образе жизни (низкой физической активности, длительных статических поз в течение дня) в сочетании с упражнениями по лечебной гимнастике, оптимальной и безопасной фармакотерапией (нимесулид в течение 10 дней в начале лечения) позволили относительно быстро и устойчиво справиться с болью, нормализовать сон и настроение пациентки. Важно отметить, что значимое снижение боли и повышение функциональной активности отмечалось уже через 10 дней от начала лечения, полный регресс скелетно-мышечной боли в спине и шее произошел через 3 мес лечения, а наблюдение за пациенткой в течение 6 мес показало устойчивость достигнутых терапевтических результатов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Bikbov MM, Kazakbaeva GM, Zainullin RM, et al. Prevalence of and factors associated with low Back pain, thoracic spine pain and neck pain in Bashkortostan, Russia: the Ural Eye and Medical Study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020 Feb 1;21(1):64. doi: 10.1186/s12891-020-3080-4
2. 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
3. Парфенов ВА, Яхно НН, Давыдов ОС и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(2S):7–16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 [Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019;11(2S):7–16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16
4. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Publica.* 2015;49:1. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005874. Epub 2015 Oct 20.
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;22(5):904–14. doi: 10.1002/ejp.1176. Epub 2018 Jan 19.
6. 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.
7. Miranda H, Viikari-Juntura E, Punnett L, Riihimäki H. Occupational loading, health behavior and sleep disturbance as predictors of low-back pain. *Scand J Work Environ Health.* 2008 Dec;34(6):411–9. doi: 10.5271/sjweh.1290
8. Осипова ВВ. Диагностика и лечение головной боли напряжения в амбулаторной практике врача-терапевта. *Consilium Medicum.* 2020;22(9):57–64. doi: 10.26442/20751753.2020.9.200175 [Osipova VV. Tension type headache diagnosis and treatment in general practitioner outpatient practice. *Consilium Medicum.* 2020;22(9):57–64. doi: 10.26442/20751753.2020.9.200175 (In Russ.).]
9. Hong JH, Kim HD, Shin HH, Huh B. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean J Anesthesiol.* 2014 Jun;66(6):444–50. doi: 10.4097/kjae.2014.66.6.444. Epub 2014 Jun 26.
10. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, et al. Anxiety and Depression in Tension-Type Headache: A Population-Based Study. *PLoS One.* 2016 Oct 26;11(10):e0165316. doi: 10.1371/journal.pone.0165316
11. Полуэктов МГ, Шухахина НА, Ламкова ИА. Взаимоотношения боли и сна в клинической практике. *РМЖ.* 2019;(9):56–60. Доступно по ссылке: <https://www.rusmedreview.com/upload/iblock/da9/56-60.pdf> [Poluektov MG, Shuvakhina NA, Lamkova IA. Association of pain and sleep in clinical practice. *RMJ.* 2019;(9):56–60. Available at: <https://www.rusmedreview.com/upload/iblock/da9/56-60.pdf> (In Russ.).]

12. Hodges PW, Danneels L. Changes in Structure and Function of the Back Muscles in Low Back Pain: Different Time Points, Observations, and Mechanisms. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2019 Jun;49(6):464-76. doi: 10.2519/jospt.2019.8827
13. Полуэктов МГ, Бузунов РВ, Авербух ВМ и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. *Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.)*. 2016;(2):41-51. Доступно по ссылке: <https://rossleep.ru/wp-content/uploads/2016/11/KLINICHESKIE-REKOMENDATSII-PO-INSOMNII-v.1.2.pdf>. [Poluektov MG, Buzunov RV, Averbukh VM, et al. Project of clinical recommendations on diagnosis and treatment of chronic insomnia in adults. *Consilium Medicum. Neurology and Rheumatology (Suppl.)*. 2016;(2):41-51. Available at: <https://rossleep.ru/wp-content/uploads/2016/11/KLINICHESKIE-REKOMENDATSII-PO-INSOMNII-v.1.2.pdf> (In Russ.)].
14. 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
15. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Неспецифическая боль в шее (цервикалгия). Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):4-12. doi:10.14412/2074-27112023-5-4-12 [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Non-specific neck pain (cervicalgia). Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12 (In Russ.)].
16. 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
17. 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. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2024;(3):108-16. doi: 10.21518/ms2024-139 (In Russ.)].
18. 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. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3):103-9. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3-103-109 (In Russ.)].
19. 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.)].
20. 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.)].
21. Головачева ВА, Табеева ГР, Головачева АА. Неспецифическая боль в нижней части спины: принципы и алгоритмы успешного ведения пациентов в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 [Golovacheva VA, Tabeeva GR, Golovacheva AA. Non-specific low back pain: principles and algorithms for successful management of patients in real clinical practice. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 (In Russ.)].
22. 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 [Golovacheva AA, Golovacheva VA. Typical tactics of treatment of patients with chronic non-specific back pain and tension-type headaches. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(5):9-16. doi: 10.14412/2074-2711-2024-5-9-16 (In Russ.)].
23. Головачева АА, Головачева ВА. Комплексное лечение пациентов с хронической неспецифической болью в спине и комор-
- бидными нарушениями: проспективное клиническое исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(6):45-52. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-45-52 [Golovacheva AA, Golovacheva VA. Complex treatment of patients with chronic non-specific back pain and comorbid disorders: a prospective clinical study. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(6):45-52. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-45-52 (In Russ.)].
24. Головачева АА, Головачева ВА, Фатеева ТГ. Эффективность кинезиотерапии при головной боли напряжения и хронической неспецифической боли в спине: проспективное рандомизированное исследование. *Медицинский Совет*. 2024;(22):72-9. doi: 10.21518/ms2024-525 [Golovacheva AA, Golovacheva VA, Fateeva TG. Effectiveness of kinesiotherapy for tension-type headache and chronic non-specific back pain: A prospective randomized study. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2024;(22):72-9. doi: 10.21518/ms2024-525 (In Russ.)].
25. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother.* 2021 Oct;67(4):252-62. doi: 10.1016/j.jphys.2021.09.004. Epub 2021 Sep 16.
26. Amaral S, Passaro AC, Casarotto RA. Effect of the association of continuous short-wave diathermy and Pilates-based exercises on pain, depression, and anxiety in chronic non-specific low back pain: a randomized clinical trial. *Braz J Med Biol Res.* 2023 Mar 17;56:e12338. doi: 10.1590/1414-431X2023e12338
27. Wood L, Bejarano G, Csiernik B, et al. Pain catastrophising and kinesiophobia mediate pain and physical function improvements with Pilates exercise in chronic low back pain: a mediation analysis of a randomised controlled trial. *J Physiother.* 2023 Jul;69(3):168-74. doi: 10.1016/j.jphys.2023.05.008. Epub 2023 Jun 3.
28. 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
29. Choi W. Effect of 4 Weeks of Cervical Deep Muscle Flexion Exercise on Headache and Sleep Disorder in Patients with Tension Headache and Forward Head Posture. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 25;18(7):3410. doi: 10.3390/ijerph18073410
30. 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. Epub 2018 Jul 3.

31. Котова ОВ, Акарачкова ЕС. Нимесулид: эффективность и безопасность применения. *Consilium Medicum*. 2016;18(2):100-3. Доступно по ссылке: <https://cyberleninka.ru/article/n/nimesulid-effektivnost-i-bezopasnost-primeneniya> [Kotova OV, Akarachkova ES. Nimesulide: efficacy and safety. *Consilium Medicum*. 2016;18(2):100-3. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/nimesulid-effektivnost-i-bezopasnost-primeneniya> (In Russ.)].
32. Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, et al. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: a full *in vitro* analysis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999 Jun 22;96(13):7563-8. doi: 10.1073/pnas.96.13.7563. Erratum in: *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999 Aug 17;96(17):9666.
33. Shah AA, Thjodleifsson B, Murray FE, et al. Selective inhibition of COX-2 in humans is associated with less gastrointestinal injury: a comparison of nimesulide and naproxen. *Gut*. 2001 Mar;48(3):339-46. doi: 10.1136/gut.48.3.339
34. Rostom A, Muir K, Dube C, et al. Prevention of NSAID-related upper gastrointestinal toxicity: a meta-analysis of traditional NSAIDs with gastroprotection and COX-2 inhibitors. *Drug Healthc Patient Saf*. 2009;1:47-71. doi: 10.2147/dhps.s4334. Epub 2009 Oct 28.
35. 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

16.01.2025 / 11.03.2025 / 12.03.2025

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>

Табеева Г.Р. <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>