

Калимеева Е.Ю., Парфенов В.А.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

Оптимизация ведения пациентов с хронической неспецифической люмбалгией

Ведение пациентов с хронической (более 3 мес) неспецифической болью в поясничной области (люмбалгией) — актуальная проблема современной медицины. Во многих странах отмечается эффективность комплексного подхода к лечению таких пациентов, однако этот подход пока не используется в нашей стране.

Цель исследования — выяснение эффективности комплексного лечения с использованием когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), лечебной гимнастики у пациентов с хронической неспецифической люмбалгией (ХНЛ).

Пациенты и методы. Проведено комплексное клиническое, неврологическое, психологическое обследование и лечение 60 пациентов (19 мужчин и 41 женщина, средний возраст — $50,3 \pm 1,97$ года), страдающих ХНЛ, с последующим наблюдением в течение 1 года.

Результаты. Выявлены высокая частота ошибочных представлений пациентов с ХНЛ о боли в спине, отрицательное влияние этих представлений, а также сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств, нарушений сна, головной боли на результаты лечения. Отмечена эффективность комплексного подхода с использованием лечебной гимнастики, КПТ как в ближайшем (через 1 мес), так и отдаленном (через 1 год) периоде. За время наблюдения значительно возросла часть пациентов, выполняющих лечебную гимнастику (с 28 до 85% через 3 мес), приверженность лечебной гимнастике сохранилась у большинства (71,7%) пациентов.

Заключение. При ведении пациентов с ХНЛ важно использовать лечебную гимнастику, КПТ (выяснение представлений пациентов, разъяснение истинных причин и благоприятного прогноза ХНЛ), а также выявлять и лечить сопутствующие тревожно-депрессивные расстройства, головную боль и нарушения сна.

Ключевые слова: хроническая неспецифическая люмбалгия; мультидисциплинарный подход к терапии; когнитивная терапия; лечебная гимнастика.

Контакты: Елена Юрьевна Калимеева; suslic@list.ru

Для ссылки: Калимеева ЕЮ, Парфенов ВА. Оптимизация ведения пациентов с хронической неспецифической люмбалгией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(2):25–29.

Optimization of the management of patients with nonspecific chronic low back pain

Kalimeeva E. Yu., Parfenov V. A.

Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Moscow 119021

The management of patients with chronic (>3-month) nonspecific pain in the lumbar region (low back pain (LBP)) is an actual problem of modern medicine. It is noted in many countries that an integrated approach to treating these patients is effective; however, this approach is not yet applied in our country.

Objective: to clarify the efficiency of combination treatment using cognitive behavioral therapy (CBT), therapeutic exercises in patients with nonspecific chronic LBP (NCLBP).

Patients and methods. Sixty patients (19 men and 41 women; their mean age was 50.3 ± 1.97 years) with NCLP underwent a comprehensive clinical, neurological, and psychological examination and treatment and were followed up for 1 year.

Results. It was ascertained that the frequency of erroneous beliefs about back pain was high in patients with NCLBP and these ideas and concomitant anxiety and depressive disorders, sleep disorders, and headache had a negative impact on treatment outcomes. The integrated approach using therapeutic exercises, CBT was noted to be effective in both the immediate (within 1 month) and late (after 1 year) period. During the follow-up, there was a considerable increase in the proportion of patients performing therapeutic exercises (from 28 to 85% after 3 months); adherence to the latter remained in most (71.7%) patients.

Conclusion. When patients with NCLP are managed, it is important to use therapeutic exercises, CBT (to clarify patients' ideas, to explain the true causes of this disease and its favorable outcome), and to identify and treat concomitant anxiety and depressive disorders, headache, and sleep disorders.

Keywords: nonspecific chronic low back pain; multidisciplinary approach to therapy; cognitive therapy; therapeutic exercises.

Contact: Elena Yuryevna Kalimeeva; suslic@list.ru

For reference: Kalimeeva EYu, Parfenov VA. Optimization of the management of patients with nonspecific chronic low back pain. Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2017;9(2):25–29.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2017-2-25-29>

Люмбалгия (боль в нижней части спины) — одна из важнейших причин обращения за медицинской помощью и временной нетрудоспособности пациентов [1, 2]. Наиболее часто боль вызвана неспецифическими причинами — патологией мышц, связок, фасеточных, реберно-поперечных или крестцово-подвздошных сочленений [1, 3–5]. В странах Западной Европы пациенты с жалобами на боль в спине обычно обращаются к врачу общей практики, который на основе расспроса и осмотра исключает специфическую причину боли и назначает лечение при неспецифической боли [6]. Пациентов с хронической неспецифической люмбалгией (ХНЛ), как правило, направляют в специализированные центры, в которых применяется комплексный (мультидисциплинарный) подход: рациональная фармакотерапия, лечебная гимнастика, при необходимости коррекция рабочего места и двигательных стереотипов, а также когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [5, 7–9].

В нашей стране нет подобных специализированных центров, поэтому ранее не проводилось исследований, оценивающих эффективность комплексного подхода к терапии ХНЛ, а также факторы, влияющие на отдаленные результаты лечения.

Цель исследования — выяснение эффективности комплексного лечения ХНЛ с использованием КПТ и лечебной гимнастики.

Пациенты и методы. 60 пациентов (19 мужчин и 41 женщина, средний возраст — $50,3 \pm 1,97$ года) с ХНЛ (средняя длительность боли — $5,57 \pm 0,68$ года) обследованы исходно и в течение 1 года после курса стационарного лечения.

Обследование включало анкетирование по следующим шкалам: вербальная ранговая шкала (ВРШ), шкала инвалидизации Освестри (ШИО), шкала тревоги Спилберга–Ханина (ШТСХ), госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД), шкала депрессии Бэка (ШДБ), комплексный болевой опросник, оценивающий влияние хронической боли на различные аспекты качества жизни пациента. Также пациентам предлагалось заполнить анкету для выявления их представлений о причинах, прогнозе и правильной тактике при боли в спине. Под «правильными» подразумевались представления о скелетно-мышеч-

ном (мышечном, суставном, связочном) генезе боли, неправильными считали такие формулировки, как «грыжа диска», «зашемление нерва».

Всем пациентам проводилось комплексное стационарное лечение: оптимизация фармакотерапии (назначение нестероидных противовоспалительных препаратов — НПВП — и миорелаксантов с целью купирования обострения, при необходимости также антидепрессантов и/или противотревожных препаратов), 3–5 групповых или индивидуальных занятий лечебной гимнастикой, 3–4 индивидуальные беседы с применением КПТ. После курса стационарного лечения пациентов наблюдали в течение года, при показаниях осуществляли коррекцию лечения (дозу и длительность приема антидепрессантов), повторно разясняли возникшие вопросы.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 23 посредством следующих методов: дисперсионный анализ, χ^2 , парный критерий Стьюдента, тесты Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни. Доверительные границы для частоты рассчитывали с помощью биномиального распределения. Данные для непрерывных переменных были представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, а m — статистическая погрешность. Для описания категориальных переменных использовали частоты. Различия считали достоверными (статистически значимыми) при $p < 0,05$.

Результаты. До начала лечения у пациентов выявлена значительная степень дезадаптации в связи с болью в спине, подтвержденная оценкой по различным шкалам (табл. 1).

После лечения в стационаре (в среднем 14 дней) интенсивность боли уменьшилась на $1,48 \pm 0,17$ балла ($p < 0,001$), а степень инвалидизации — на $5,07 \pm 0,69\%$ ($p < 0,001$).

В течение года отмечено дальнейшее уменьшение боли и связанной с ней инвалидизации. Снижение индекса ШИО на $\geq 15\%$ по сравнению с исходным значением отмечено у 30% пациентов после курса лечения и у 58,3% через 12 мес.

Только у 41,7% пациентов с ХНЛ болевой синдром ограничивался поясничной локализацией, у остальных отмечалась боль в грудном и/или шейном отделах позвоночника.

Таблица 1. Характеристика степени тяжести состояния у пациентов с ХНЛ ($n = 60$)

Характеристика состояния пациентов	Исходно	После стационарного лечения (в среднем через 14 дней)	Через 12 мес
Интенсивность боли по ВРШ, баллы	$5,68 \pm 0,275$	$4,2 \pm 0,256^*$	$3,73 \pm 0,352^*$
Доля пациентов с интенсивной болью (≥ 5 баллов по ВРШ), %	71,7	38,3*	40*
Степень инвалидизации по ШИО, %	$42,65 \pm 2,145$	$37,58 \pm 2,11^*$	$30,53 \pm 2,2^*$
Доля пациентов с высокой степенью инвалидизации ($> 40\%$ по ШИО), %	46,7	38,3*	28,3*
Доля пациентов с высоким уровнем личностной тревожности, %	61,7	—	53,3
Доля пациентов с выраженной депрессией, %	23,3	—	18,3*

Примечание. Здесь и в табл. 2: различия достоверны по сравнению с исходным значением. * — $p < 0,001$.

ка. У большей части пациентов (63,3%) боль иррадиировала в конечности.

Выявлена высокая частота неверных представлений пациентов о причинах и прогнозе боли в спине, которая уменьшилась после проведения образовательной программы и КПТ (табл. 2, рис. 1).

Только небольшая часть пациентов (20%) правильно понимали причины боли в спине. После комплексного лечения доля пациентов, считавших причиной боли в спине грыжу диска и/или защемление нерва, уменьшилась с 63,3 до 43,3% ($p=0,001$). После проведения бесед с применением элементов КПТ значительно возросло количество пациентов, занимающихся лечебной гимнастикой (с 28,3 до 85% через 3 мес), при этом приверженность занятиям лечебной гимнастикой сохранилась у большинства пациентов в течение всего периода наблюдения (71,7% через 12 мес).

Ошибочные представления о причинах и прогнозе заболевания, опасности двигательной активности усиливали инвалидизацию. Индекс ШИО был выше при наличии сопутствующих заболеваний крупных суставов, ожирения, нарушений сна, значимых сердечно-сосудистых заболеваний, актуальной стрессовой ситуации, иррадиации боли в ногу, высоких показателей депрессии. Описанные взаимосвязи представлены на рис. 2 в виде диаграммы с указанием коэффициентов корреляции и степени достоверности при госпитализации и выписке.

Положительные результаты комплексного лечения сохранялись у половины пациентов в течение 12 мес наблюдения, при этом они не зависели от сопутствующих заболеваний суставов, значимой сердечно-сосудистой патологии. Менее выраженный эффект лечения отмечался у пациентов с головной болью, нарушениями сна, тревожно-депрессивными расстройствами, а также при распространении болевого синдрома на шейную область и/или нижнюю конечность. Положительные результаты лечения ХНЛ в отдаленном периоде во многом были связаны с изменением представлений о причине и прогнозе заболевания и увеличением доли пациентов, регулярно или эпизодически занимающихся лечебной гимнастикой.

В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Пациент А., 22 лет, при поступлении предъявлял жалобы на интенсивные тянущие боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, иррадирующие по передненаружной поверхности бедер до уровня коленных суставов, скованность по утрам, нарушения сна по типу ночных пробуждений. Из анамнеза известно, что около 5 лет назад появилась боль в правом

Таблица 2. Распространенность и динамика неверных представлений пациентов о прогнозе и тактике поведения при ХНЛ ($n=60$)

Представление	Доля пациентов, %		
	при госпитализации	через 3 мес	через 12 мес
Ожидание инвалидности и/или невозможности ходить	55	41,7**	41,7**
Ожидание невозможности самообслуживания	41,7	23,3*	21,7*
Опасность ходьбы	31,7	18,3**	20**
Опасность работы по дому	35	25**	28,3
Опасность трудовой деятельности	26,7	18,3	18,3

** – $p<0,05$.

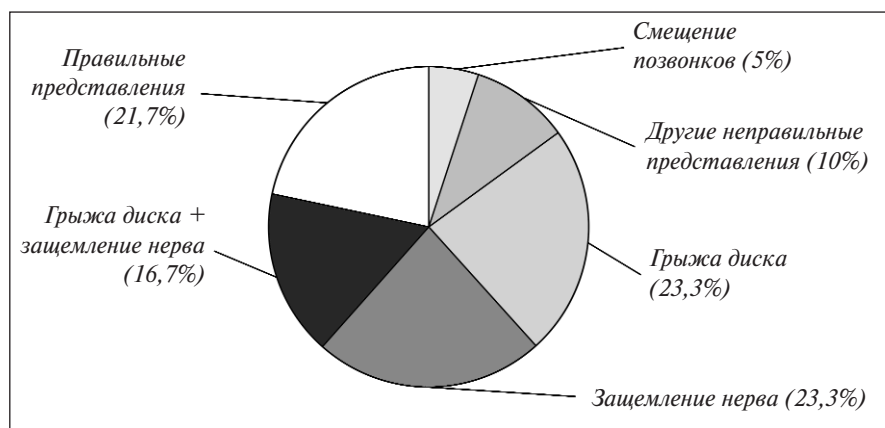


Рис. 1. Структура неверных представлений пациентов о причинах боли в спине ($n=60$)

колени, при обследовании выявлено сужение суставной щели. Проведено рентгенологическое исследование крестцово-подвздошного сочленения (КПС), на основании которого заподозрен двусторонний сакроилиит. Анализ на HLA-B27 отрицательный. Был поставлен диагноз серонегативного анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева). При назначении различных НПВП отмечался кратковременный эффект. При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) КПС признаков сакроилиита не обнаружено. При осмотре выявлены дисфункция КПС с двух сторон, умеренный мышечно-тонический синдром паравerteбральных мышц на поясничном уровне, очаговой неврологической симптоматики не наблюдалось. Интенсивность боли по ВРШ – 10 баллов, степень инвалидизации по ШИО – 50%, показатель по ШДБ – 15 баллов, по ШТСХ: ситуационная тревожность – 41 балл, личностная тревожность – 52 балла. Пациенту назначен amitriptilin с постепенным повышением дозы до 50 мг/сут, подробно разъяснен скелетно-мышечный характер боли, рекомендованы занятия лечебной гимнастикой, повышение двигательной и социальной активности, соблюдение правил гигиены сна. Через 3 мес терапии отмечена явная положительная динамика в виде практически полного регресса болевого синдрома по ВРШ до 0–1 балла, снижения индекса ШИО до 8%, показателей ШДБ (тревога и депрессия) до 5 баллов, а также значений ШТСХ (ситуационная тревожность – до 25 баллов, личностная тре-

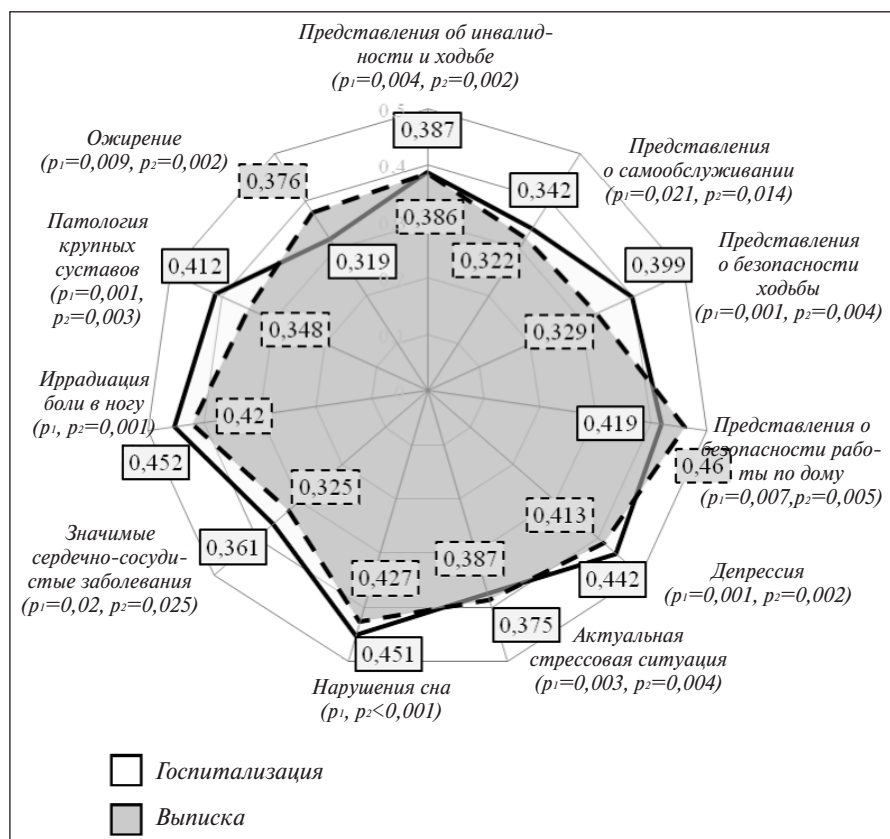


Рис. 2. Влияние представлений пациентов, сопутствующих заболеваний и состояний на степень инвалидизации по ШИО в начале и в конце госпитализации. Указаны коэффициенты корреляции при госпитализации и выписке, r_1 – степень достоверности при госпитализации, r_2 – степень достоверности при выписке

возможность – до 28 баллов). Через 1 год интенсивность боли по ВРШ составила 0–2 балла, индекс ШИО – 10%, показатель по ШДБ – 2 балла, по ШТСХ: ситуационная тревожность – 15 баллов, личностная тревожность – 33 балла; пациент регулярно занимается лечебной гимнастикой.

Обсуждение. Результаты исследования показали, что пациенты с ХНЛ имеют высокую частоту неправильных (пессимистичных) представлений о прогнозе и причинах заболевания, а также о поведении при боли в спине, что согласуется с данными других авторов [10, 11]. Представления пациентов о том, что причина боли неясна и что боль может сохраняться длительное время, вызывают катастрофизацию и снижают настрой на активные действия для преодоления и контроля боли [7, 12].

У наших пациентов преобладало ошибочное представление о грыже межпозвоночного диска и/или защемлении спинномозгового нерва как причине боли в спине. Во многом это связано с тем, что результаты МРТ позвоночника неправильно разъяснялись пациентам, и это негативно влияло на течение заболевания. Пациент с болью в спине, получив заключение о наличии «протрузий и грыж», связывал боль с этими изменениями, опасался их прогрессирования, компрессии спинного мозга и парализации. Информация о выявленных грыжах дисков способствует катастрофизации

[13], снижению двигательной активности, «болевому поведению» [7]. Значительная часть пациентов с ХНЛ считали ходьбу, работу по дому и трудовую деятельность потенциально опасными и способными привести к ухудшению состояния и прогрессированию болезни (см. табл. 2).

Лечение пациентов с ХНЛ должно включать выявление неправильных и пессимистичных представлений, разъяснение истинных причин и механизмов формирования боли в спине, важности сохранения физической и социальной активности, регулярных занятий лечебной гимнастикой, пеших прогулок. У значительной части пациентов, как показывают результаты нашего исследования, это достигается только путем повторных разъяснений в течение длительного периода наблюдения.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют об эффективности выяснения представлений пациентов с ХНЛ о причинах и прогнозе болевого синдрома, выявления и коррекции сопутствующих заболеваний и состояний, которые могут отрицательно сказываться на результатах лечения. У пациентов с ХНЛ обнаружена высокая частота сочетанных заболеваний – болезни крупных суставов, нарушения сна, ожирение, что отмечают и другие авторы [14–16]. Диагностика и эффективное лечение этих заболеваний, способствующих утяжелению ХНЛ, являются важным направлением ведения пациентов и обосновывают мультидисциплинарный подход к терапии ХНЛ.

Основное значение при ведении пациентов с ХНЛ имеют лечебная гимнастика, сохранение двигательной и социальной активности, профилактика чрезмерных физических и статических нагрузок. Существенную роль играют проведение образовательной школы по боли в спине и консультирование пациентов после стационарного лечения на амбулаторном приеме с целью поддержания и повышения приверженности регулярным занятиям лечебной гимнастикой и высокой двигательной активности. Полученные данные согласуются с результатами других исследований, в которых отмечается эффективность комплексного подхода при ведении пациентов с ХНЛ [5, 17].

Таким образом, показаны высокая частота ошибочных представлений пациентов с ХНЛ о боли в спине и их отрицательное влияние на течение заболевания. Отмечена эффективность комплексного лечения, включающего лечебную гимнастику и КПТ. Широкое использование комплексного лечения способно существенно улучшить помощь пациентам с ХНЛ в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боли в спине и конечностях. В кн.: Яхно НН, Штульман ДР, редакторы. *Болезни нервной системы*. Москва: Медицина; 2005. Т. 2. С. 306-31. [Podchufarova EV, Yakhno NN. Pain in the back and limbs. In: Yakhno NN, Shtul'man DR, editors. *Bolezni nervnoy sistemy* [Diseases of the nervous system]. Moscow: Meditsina; 2005. Vol. 2. P. 306-31.]
2. Парфенов ВА. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009;1(1):19-22. [Parfenov VA. Low back pain: causes, diagnosis, and treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(1):19-22. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2009-17
3. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010 Dec;19(12):2075-94. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y. Epub 2010 Jul 3.
4. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192-300. doi: 10.1007/s00586-006-1072-1
5. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S169-91. doi: 10.1007/s00586-006-1071-2
6. Ramond-Roquin A, Bouton C, Begue C, et al. Psychosocial Risk Factors, Interventions, and Comorbidity in Patients with Non-Specific Low Back Pain in Primary Care: Need for Comprehensive and Patient-Centered Care. *Front Med (Lausanne)*. 2015 Oct 8;2:73. doi: 10.3389/fmed.2015.00073. eCollection 2015.
7. Подчуфарова ЕВ. Боль в спине: механизмы развития и лечение. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012;(3):47-54. [Podchufarova EV. Back pain: mechanisms of development and treatment. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii*. 2012;(3):47-54. (In Russ.)].
8. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007;147(7):492-504. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00007
9. Butchart A, Kerr EA, Heisler M, et al. Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *Clin J Pain*. 2009;25(4):293-8. doi: 10.1097/AJP.0b013e31818bf574
10. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 2010;303(13):1295-302. doi: 10.1001/jama.2010.344
11. Williams DA, Keefe FJ. Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*. 1991;(46):185-90. doi: 10.1016/0304-3959(91)90074-8
12. Matthew J, Jingwei Wu, Teresa M, et al. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Med*. 2008;70(8):890-7. doi: 10.1097/psy.0b013e318185c510
13. Kelly GA, Blake C, Power CK, et al. The association between chronic low back pain and sleep: a systematic review. *Clin J Pain*. 2011;27(2):169-81. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181f3bdd5.
14. Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, et al. Relationship between body weight gain and significant knee, hip, and back pain in older Americans. *Obes Res*. 2003;11(10):1159-62. doi: 10.1038/oby.2003.159
15. Ramond-Roquin A, Pecquenard F, Schers H, et al. Psychosocial, musculoskeletal and somatoform comorbidity in patients with chronic low back pain: original results from the Dutch Transition Project. *Fam Pract*. 2015;32(3):297-304. doi: 10.1093/fampra/cmz027. Epub 2015 Apr 24.
16. Ferrell B, Argoff CE, Epplin J, et al. Pharmacological management of persistent pain in older persons. American geriatrics society panel on the pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;(57):1331-46. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00699.x

Поступила 12.03.2017

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. 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.