



МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО
ПО ИЗУЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОМУ
КОНТРОЛЮ СТРЕССА И СВЯЗАННЫХ
С НИМ РАССТРОЙСТВ

Л.В. Климов, Е.С. Акарачкова

БОЛЬ В СПИНЕ У ВЗРОСЛЫХ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Москва 2022



МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО
ПО ИЗУЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОМУ
КОНТРОЛЮ СТРЕССА И СВЯЗАННЫХ
С НИМ РАССТРОЙСТВ

Л.В. Климов, Е.С. Акарачкова

БОЛЬ В СПИНЕ У ВЗРОСЛЫХ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Москва 2022

УДК 616.8
ББК 56.1
К 49

Л.В. Климов, Е.С.Акарачкова

К 49 БОЛЬ В СПИНЕ У ВЗРОСЛЫХ. КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО. –
М.: Издательство «МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВ-
НОМУ КОНТРОЛЮ СТРЕССА И СВЯЗАННЫХ С НИМ РАССТРОЙСТВ», 2022.

ISBN 978-5-6048429-0-4

Пособие предназначено для широкого круга практикующих врачей,
студентов-медицинских ВУЗов, психологов

Рецензент: Клименко А.А., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской терапии
им. академика А.И. Нестерова ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Издательство «МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОМУ
КОНТРОЛЮ СТРЕССА И СВЯЗАННЫХ С НИМ РАССТРОЙСТВ»
115573, г. Москва, ул. Мусы Джалиля, 40-10
stressundercontrol@gmail.com

Подписано к использованию 22.08.2022.
Объем 1 Мбайт. Электрон. текстовые дан. Заказ 268.

Авторы:

Климов Леонид Владимирович

к.м.н., невролог, рефлексотерапевт, Клиника «Интегритас»,
г. Москва

Акарачкова Елена Сергеевна

д.м.н., невролог, Президент Международного общества
по изучению и эффективному контролю стресса и связанных
с ним расстройств

АННОТАЦИЯ

Пациенты с жалобами на боль в спине встречаются достаточно часто в практике любого врача. И каждый специалист понимает, что, например, прозвучавшая жалоба «боль в пояснице» - это абстрактная фраза, которая звучит так же размыто, как, например, и «боль в груди» для кардиолога. По сути это скорее состояние, которое может охватывать различные диагнозы. Поэтому и лечение пациента с болью в спине должно основываться на индивидуальных клинических проявлениях и потребностях пациента с одной стороны и профессиональном суждении, и опыте врача с другой.

Данное руководство предназначено для ведения взрослых пациентов (18 лет и старше) с болью в спине. Про боль в спине у детей мы писали в клинических рекомендациях, представленных на сайте Международного общества «Стресс под контролем» stressundercontrol.ru [1].

Данное руководство посвящено диагностике и лечению как острой, так и повторяющихся эпизодов мышечно-скелетной боли в спине. ЭТО РУКОВОДСТВО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ «СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» и не предназначено в качестве фиксированного протокола лечения. Данное пособие разработано в первую очередь с целью дополнительных рекомендаций и не должно использоваться в качестве единственного алгоритма диагностики и терапии.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ.....	10
СИСТЕМА ФЛАГОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ....	12
Клинический блок	12
«Красные флаги»	12
«Оранжевые флаги»	13
Психосоциальный блок: «желтые», «синие» и «черные флаги».....	13
ТАКТИКА ОЦЕНКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПО СИСТЕМЕ «ФЛАГОВ»	17
На приеме пациент с болью в спине, продолжительность которой 0-4 нед.....	17
Алгоритм «Тактика ведения пациента с болью в спине»	18
На приеме пациент с болью в спине, продолжительность которой 4-12 нед	21
Стратегии ведения пациента с выявленной хронизацией заболевания.....	24
ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЭКСПРЕСС- ТЕСТИРОВАНИЕ	26
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ..	29
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ КАК УСТАНОВИТЬ ВЗАИМОПОНИМАНИЕ С ПАЦИЕНТОМ С БОЛЬЮ В СПИНЕ	33
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»	36
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 «Шкала STarT».....	38

ВВЕДЕНИЕ

Встречая пациента с жалобами на боль в спине, врач в первую очередь старается минимизировать: выраженность боли (обезболить), риск рецидива и возможность хронизации болевого синдрома. Это, безусловно, очень правильно. Но впервые возникнув, острая неспецифическая боль в спине, при наличии определенных факторов, может стать впоследствии рецидивирующей и даже хронической. Выявление этих факторов и должно стать стратегически важным для определения прогноза течения неспецифической боли в спине, последующей трудоспособности и качества жизни пациента.

Крайне важно стремиться к сохранению психосоциальной активности конкретного пациента, потому что боль негативно влияет на человека на разных уровнях: и на его соматическое и психосоциальное функционирование. Боль – это стресс, который изменяет активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси с последующими нарушениями нейроэндокринной регуляции, сна, психовегетивного баланса. Часто боль вызывает кинезиофобию, что резко ограничивает физическую активность пациента и формирует ограничительное поведение человека во всех сферах его жизни.

Таким образом, в краткосрочной перспективе (здесь и сейчас) при обращении пациента с жалобами на боль в спине врач стандартно назначает лечение, основная цель которого – купировать болевой синдром. Но на практике не редко возникает ситуация, когда боль из острой становится рецидивирующей и/или хронической. За «фасадом соматических проблем» врач не видит факторы, наличие которых максимально быстро приведут к хронизации процесса. Ориентированность только на «соматику» без учета влияния самого человека и особенностей его жизни на заболевание не дает врачу полной картины формирования болезни.

Несомненно, биологические факторы очень важны, особенно на этапе знакомства с пациентом, но ориентация только на них не поможет предотвратить переход острой боли в рецидивирующую и т.д. Чтобы понять это необходимо учитывать не только возраст, особенности анатомии и физиологии пациента, но и другие факторы жизни человека: гендер, среда и образ жизни больного, медицинское обеспечение, традиции страны/региона проживания, а также привычные формы поведения и копинг-стратегии преодоления стресса, наличие/отсутствие страха, аффекта от той же боли, наличие ятрогении, тревоги и/или депрессии.

Именно такой подход к пациенту был представлен еще в 1977 году и получил название «Биопсихосоциальная модель болезни». Эта модель помогает

специалисту понять взаимодействие между многочисленными факторами функционирования, которые повышают вероятность длительной нетрудоспособности и возможной потери работы с сопутствующими психоэмоциональными нарушениями и негативными последствиями для пациентов, их семей и общества [2].

Основные принципы этой модели могут быть использованы для целенаправленного эффективного лечения и предотвращения рецидивов боли в спине уже на ранних этапах. И в данном руководстве представлен алгоритм применения биопсихосоциальной модели в рутинной медицинской практике, а также расширенный вариант ее применения при наличии времени и желания у врача.

Следует понимать, что биопсихосоциальная модель предлагает несколько иной концептуальный подход для оценки человека с болью в спине. Это оценка с разных сторон (биологической, социальной, психологической и др.) и этот подход отличается от «нозологического» подхода, представленного в МКБ.

Со «школьной» скамьи мы знаем об особенностях протекания патологических процессов с точки зрения анатомии, физиологии и проч. Но сейчас представляется актуальным знакомство клинициста с новой моделью мышления, которая в определенной степени позволит пересмотреть отношение и тактику ведения как пациентов, так и найти определенные позитивные «моменты» в отличие от общепринятого патерналистического подхода, установить контакт с пациентом, объективизировать возможные проблемы и сделать непосредственно пациента активным участником лечебного процесса.

Нам представляется также актуальным с практической точки зрения сделать «акцент» на важности функциональной оценки двигательного стереотипа, а также «детского и семейного» анамнеза жизни пациента. Функциональное тестирование, при соблюдении определенных условий, позволяет оценить не только возможности ребенка/подростка в настоящий момент времени, но и дать относительный прогноз касательно возможного возникновения «болевых проблем» в будущем, это же относится и ко взрослым. Семейный «болевым» анамнез может позволить спрогнозировать возможное дальнейшее течение заболевания и соотнести с перспективой хирургического вмешательства, а уточнение наличия психоневрологических расстройств в детстве – спрогнозировать возможные причины «хронизации» процесса.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

При адекватной терапии становится рецидивирующим и/или хроническим. Ранее принятый подход, при котором «количество» боли должно быть пропорционально количеству повреждения ткани, «вызывающего» боль, не явился успешным как в долгосрочной перспективе лечения, так и в реабилитации пациентов болевыми синдромами. Тем более, когда боль будучи сочетанием неприятного сенсорного и аффективного переживания тесно связана с этими аффективными факторами.

И в настоящее время есть четкое понимание, что развитие стойкого болевого синдрома значительно увеличивает риск последующего диагноза аффективного расстройства, в то время как психосоциальные факторы, такие как депрессия, тревога и дистресс, являются наиболее надежными предикторами перехода от острой боли к хронической, а значит - и возможной инвалидизации. Но к сожалению, на практике психосоциальным факторам часто приписывается вторичный статус и они рассматриваются в основном как реакции на боль [3].

Поэтому в начале 21-го века в системе лечения и реабилитации возникла необходимость преодолеть старую биомедицинскую модель, основанную только на патологии и биомеханике процессов [4] в пользу новой парадигмы, учитывающей как влияние физиологических процессов, так и социальные факторы [5].

Данная концепция получила название «биопсихосоциальная модель», применение которой:

- 1) смещает акцент с исключительной зависимости от патофизиологии, участвующей в инициировании ноцицепции, на вовлеченность когнитивного и эмоционального состояния пациента или его собственной психологической уязвимости (т. е. предрасположенности к нежелательным исходам),
- 2) а также выделяет реакции индивидуума, которые влияют на его болевые ощущения и последующее поведение.

С этой точки зрения, оценка, диагностика, прогноз и, следовательно, лечение пациента, например, с хронической болью требует включение широкой стратегии, которая исследует и включает спектр психосоциальных и поведенческих факторов в дополнение к биомедицинским, но не исключая их.

В итоге, биопсихосоциальный подход описывает боль и возможную нетрудоспособность как многомерное динамическое взаимодействие между

физиологическими, психологическими и социальными факторами, которые имеют взаимное влияние и могут приводить к хроническим и сложным болевым синдромам.

Модель предполагает, что нетрудоспособность, связанная с болью, вызвана циклической последовательностью когнитивных, аффективных и поведенческих процессов, связанных со страхом. Страх боли при патологии опорно-двигательного аппарата приводит к каскаду отрицательных последствий. При этом, если у пациента развивается поведенческая «конфронтация» (противоборство) к боли, то со временем это приводит к окончательному уменьшению страха и снижению болевого синдрома. Но если возникает патологическая реакция «избегания», которая, напротив, ведет к поддержанию или усилению страха, то это в свою очередь, приводит к нетрудоспособности и/или инвалидности.

В частности, в клинических исследованиях было продемонстрировано, что в когортах пациентов с болью в спине продолжительностью менее 6 месяцев поведение избегания страха было связано с усилением боли и функциональной инвалидностью, более низкими результатами лечения в целом и снижением вероятности возвращения к работе, в то время как уменьшение избегания страха было связано с улучшением клинических результатов. [6].

Таким образом, биопсихосоциальная модель боли в спине предлагает конкретную взаимосвязь между развитием острой ситуации, страхом, депрессией и нетрудоспособностью, связанной с болью, а также показывает роль страха как общего препятствия на пути к выздоровлению. При этом важно то, насколько поведение в виде реакции избегания, катастрофизации своего состояния, страх и депрессия взаимодействуют и куммулируют друг с другом, а также формируют совокупное негативное влияние на исход боли. Следовательно, эти состояния сами являются потенциальными мишенями для терапии. Например, пациенты с более высоким их совокупным влиянием с большей вероятностью будут испытывать болевые ощущения в течение длительного периода боли и, как следствие, станут нетрудоспособными [7].

Для практического применения биопсихосоциальной модели была внедрена система «флагов», которые позволяют определить аспекты личности, ее проблемы и социальный контекст, а также то, как эти факторы влияют на процесс восстановления и возвращения к работе. Концепция «флагов» впервые была представлена в 1997 году Кендаллом и соавторами [8]. Было показано, что такая практическая схема позволяет работать на основе биопсихосоциальной модели и дает основу для оценки терапии и планирования дальнейших действий в режиме реального времени.

И здесь следует понимать, что сами «флаги» не являются диагнозом или симптомом. Они только указывают на то, что кто-то может не восстановиться должным образом и может нуждаться в дополнительной диагностике/поддержке, чтобы вернуться к обычному функционированию. В этом контексте система «флагов» помогает идентифицировать эти факторы, чтобы помочь врачу выбрать соответствующее направление дальнейшего воздействия.

Итак, биопсихосоциальная модель боли в спине и нетрудоспособности подчеркивает взаимодействие между многочисленными факторами, которые удобно оценить на практике по системе «флагов». Данная схема может быть использована для быстрого скрининга большого количества людей. Другими словами, система «флагов» позволяет выявить факторы риска, которые повышают вероятность длительной нетрудоспособности /потери работы с сопутствующими страданиями и негативными последствиями для пациентов, их семей и общества, а также может быть использована для целенаправленного эффективного раннего лечения и предотвращения возникновения этих проблем.

При этом нужно помнить, что, в первую очередь, врач лечит пациента и поэтому интерпретация получаемых результатов проводится в сочетании с историей болезни и клинической картиной. Следует учитывать и принимать во внимание уровень интеллекта пациента и различные культуральные особенности.

СИСТЕМА ФЛАГОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Применение системы флагов позволяет быстро оценить болевой синдром и планировать дальнейшее ведение пациента как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе с оценкой динамики назначаемой терапии.

Клинический блок

Клинический блок включает «красные флаги» и «оранжевые флаги».

«Красные флаги»

При заболеваниях опорно-двигательного аппарата так называемые «красные флаги» являются клиническими признаками:

- структурного повреждения опорно-двигательного аппарата,
- предполагаемых инфекции, опухоли или системного заболевания.

При подозрении на их наличие требуется срочное дальнейшее обследование и, возможно, оперативное вмешательство.

«Оранжевые флаги»

По сути это эквивалент «красных» флагов для психического здоровья. Они предупреждают клинициста о серьезных проблемах, которые могут иметь психогенный характер и, следовательно, требуют направления к специалисту в этой области. «Оранжевые флаги» могут указывать на:

- чрезмерно высокий уровень дистресса,
- серьезные расстройства личности,
- посттравматические стрессовые расстройства,
- злоупотребление наркотиками и алкоголем /т.е. зависимости или клиническую депрессию [9].

Психосоциальный блок

Данный блок включает так называемые «желтые», «синие» и «черные флаги». Психосоциальные «флаги» позволяют:

- идентифицировать различные аспекты личности, проблемы и их социальный контекст, а также то, как эти факторы влияют на процесс выздоровления,
- выявлять пациентов, подверженных риску развития хронической нетрудоспособности [8].

Ниже представлена таблица с «флагами», их значение и трактовка, а также клинические проявления, на которые следует обратить внимание при работе с пациентом [10] (таблица 1). При этом такой критерий как длительность болевого синдрома – это клинически важный фактор, который позволяет определять тактику ведения пациента.

Выделяют две основные временные формы боли и актуальные к ним «флаги»:

- с 0 до 4 недели с момента начала заболевания ориентируемся и работаем с красными и оранжевыми «флагами»;
- с 4 до 12 недели - с желтыми, синими и черными «флагами».

Таблица 1. Система «флагов» в помощь клиницисту при оценке болевого синдрома и определения дальнейшей тактики ведения пациента

Длительность боли	Флаг	Что означает	Клинические признаки
0-4 неделя острый период	Красный	Есть признаки специфической соматической патологии	<ul style="list-style-type: none"> • непрекращающаяся ночная боль, • внезапная потеря веса на 4,5 кг течение 3 месяцев, • недержание мочи и кала, • предыдущий онкоанамнез, • седловидная анестезия • симптомы перелома позвоночника, • синдром поражения конского хвоста
4 -12 неделя (подострый период)	Оранжевый	Есть признаки психического расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • клиническая депрессия, • расстройство личности
		Есть эмоциональные реакции	<ul style="list-style-type: none"> • дистресс, не отвечающий критериям диагностики психического расстройства, • беспокойство, страхи
		Есть эмоциональные реакции	<ul style="list-style-type: none"> • дистресс, не отвечающий критериям диагностики психического расстройства, • беспокойство, страхи
		Есть неадекватное болевое поведение (включая боль и стратегии ее преодоления)	<ul style="list-style-type: none"> • избегание деятельности из-за ожидания боли и возможных повторных травм, • чрезмерная зависимость от пассивного лечения
	Синий	Есть субъективное представления о взаимосвязи между работой и здоровьем	<ul style="list-style-type: none"> • убеждение, что работа слишком обременительна и может привести к дальнейшим травмам, • убеждение, что руководство и сослуживцы не поддерживают пациента

Длительность боли	Флаг	Что означает	Клинические признаки
	Черный	Есть социальные, личные и факторы со стороны закона, которые могут повлиять на возвращение к обычной деятельности.	<ul style="list-style-type: none"> • законодательно ограничивается возможность вернуться к работе, • конфликт со страховой компанией из-за иска о возмещении ущерба, • чрезмерно заботливая семья и поставщики медицинских услуг, тяжелый физический труд, при отсутствии возможности изменить функциональные обязанности

Комментарии к таблице:

Острая боль в спине. Её продолжительность обычно не превышает 3 месяца. Обследования в первые 4-6 недель не несут клинической пользы, если только не присутствуют «красные флаги». В некоторых случаях в основе этого состояния имеется серьезная причина, но обычно боль неспецифична.

Следует отметить, что если боль иррадирует в конечность, то скорее всего имеет место радикулопатия. Ведение таких пациентов проводится в рамках утвержденных методических рекомендаций.

После острого приступа в течение нескольких недель или месяцев может наблюдаться постоянная или флуктуирующая боль.

Даже сильная боль, которая вначале значительно ограничивает активность, на фоне терапии обычно уменьшается, хотя могут быть повторные эпизоды и периодические боли после приступа.

Обезболивание и манипуляции могут обеспечить кратковременный контроль симптомов.

Активный образ жизни оказывает значительный положительный эффект на прогноз заболевания. Это означает, что пациенту необходимо оставаться или стать физически активным и как можно скорее вернуться к обычной деятельности, включая работу, а некоторые виды лечения могут быть вредны, особенно длительный постельный режим и использование анальгетиков или бензодиазепинов.

Острая боль в спине обычно не приводит к длительной потере работоспособности - в отличие от хронической.

Хроническая боль в спине определяется как боль, продолжающаяся более 3 месяцев. Она может привести к значительной нетрудоспособности.

Хроническая боль в спине может быть связана с психосоциальными барьерами на пути к выздоровлению.

Термин «психосоциальный» означает взаимодействие между человеком и его социальным окружением, а также влиянием на его поведение.

Социальное окружение включает членов семьи, друзей, людей на работе, работодателей, систему компенсаций и медицинских работников. Любой из этих людей может повлиять на человека с болью в спине. Каждый из этих людей оказывает на человека с болью в спине своё влияние.

Эти взаимодействия могут повлиять на поведение, уровень дистресса, отношение и убеждения, а также субъективное переживание боли. Даже благонамеренные действия могут непреднамеренно привести к непродуктивным результатам.

Пациенты с симптомами боли, длящимися более 8 недель, имеют плохой прогноз по скорости возвращения к обычной деятельности. Они с трудом возвращаются к работе, часто бывают уволены или увольняются, что еще больше усугубляет их психосоциальную дезадаптацию.

Лечение хронической боли в спине, как будто это новый эпизод острой боли в спине, может привести к сохранению нетрудоспособности в случае, если врач:

- опирается на узкую медицинскую модель боли и делает акцент на краткосрочную паллиативную помощь, не имея долгосрочного плана лечения,
- не поощряет активного участия пациента в лечении и не обучает пациента навыкам самообслуживания,
- одобряет нетрудоспособность и не предоставляет терапию, которая улучшает функционирование,
- проводит чрезмерное обследование и укрепляет веру в «наличие тяжелого заболевания».

Рецидивирующая боль в спине. Это эпизоды острой боли в пояснице продолжительностью менее трех месяцев, но повторяющиеся после некоторого безболевого периода.

ТАКТИКА ОЦЕНКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПО СИСТЕМЕ «ФЛАГОВ»

Пошаговый алгоритм ведения пациента с болью в спине представлен на рисунке 1.

Представляется возможным применение следующей тактики с точки зрения биопсихосоциальной модели и системы флагов для пациента с болью в спине. В данном случае, длительность болевого синдрома (временной фактор) выступает важным клиническим критерием, дополнительно определяющим исходную и последующую тактику оказания медицинской помощи.

Комментарий.

Термин «зеленый свет» в данном контексте используется как рекомендации по увеличению профессиональной и бытовой активности.

Важные факторы, предсказывающие плохой исход, которые можно выявить на любом из этапов ведения пациента с болью в спине:

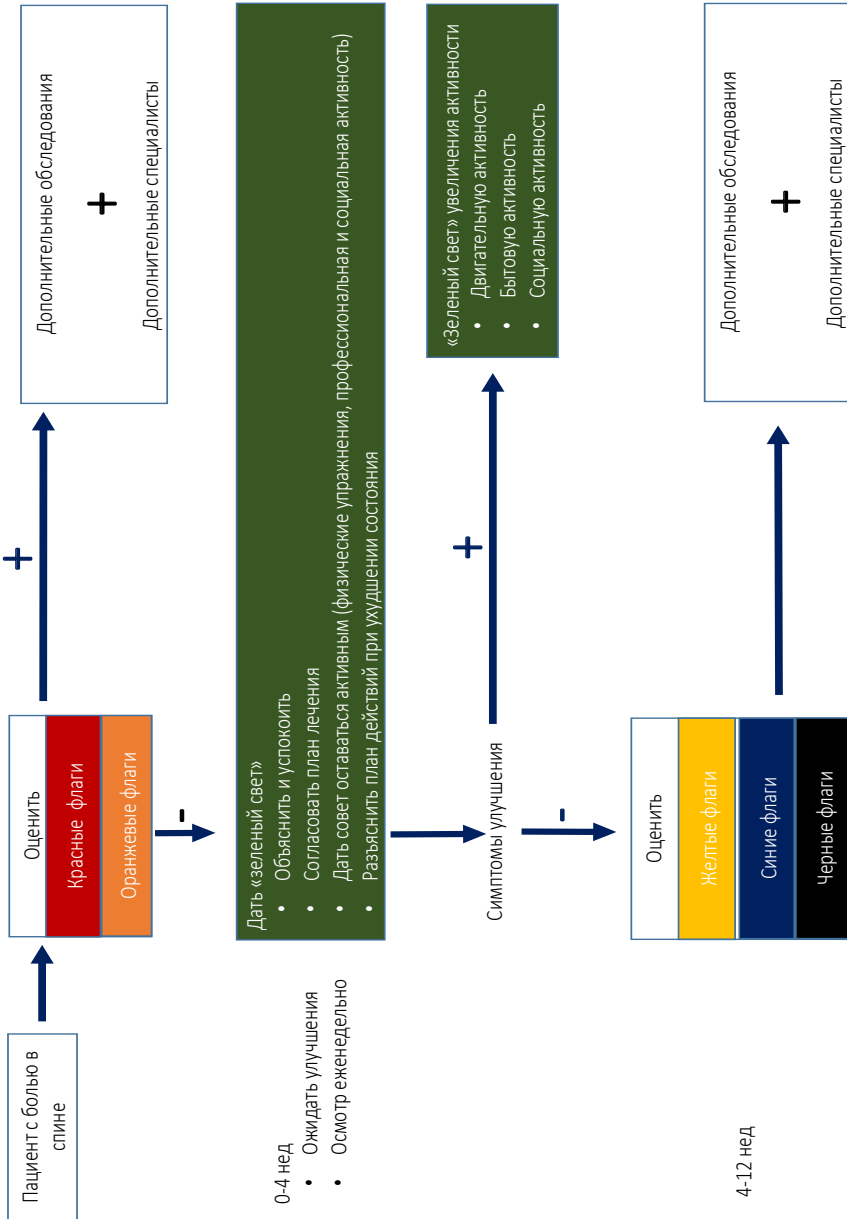
- Наличие убеждения, что боль в спине - это тяжелое заболевание и/или может привести к тяжелой инвалидности
- Избегающее поведение и снижение уровня активности
- Склонность к плохому настроению и отказ от социального взаимодействия
- Пассивное участие в реабилитации и неверие в то, что нужно стать активным участником процесса.

На приеме пациент с болью в спине, продолжительность которой 0-4 нед.

Шаг 1. «Красные флаги» - признаки специфической соматической патологии, позволяют не пропустить сопутствующее заболевание

Термин «красный флаг» изначально ассоциировался с болью в спине. Но на самом деле его применение более широко. Некоторые «красные флаги» носят общий характер и имеют несколько возможных объяснений. Например, необъяснимая потеря веса, в основе которой может быть несколько причин. Другой пример - ситуация, когда у пациента, длительно принимающего НПВП, возникает рвота «цвета кофейной гущи». Это специфический «красный флаг» при кровотечении из верхних отделов желудочно-

Рис 1. Алгоритм «Тактика ведения пациента с болью в спине»



но-кишечного тракта при язвенной болезни. И в таком случае «красные флаги» сигнализируют о достаточно конкретной проблеме у пациента с болью в спине.

Еще один пример, но уже ситуация, когда сочетание общих и слабовыраженных симптомов может указывать на серьезное заболевание. Запор сам по себе не является «красным флагом», но, когда он сочетается с безболезненным кровотечением из прямой кишки, это сочетание становится красным сигналом возможного рака толстой кишки.

Для выявления «красных» флагов необходимы:

- сбор подробного анамнеза; в том числе необходимо учитывать так называемый «детский» анамнез боли в спине, что ассоциировано как с возможными проблемами со стороны опорно-двигательного аппарата, так и наличием психоэмоциональных нарушений в «фоновом» режиме.
- направление на дополнительное диагностическое обследование и консультации специалистов;

Факторы из анамнеза пациента, на которые необходимо обратить внимание:

- 1) онкопроцесс,
- 2) необъяснимая потеря веса,
- 3) иммуносупрессия,
- 4) внутривенное употребление наркотиков,
- 5) инфекция мочевыводящих путей,
- 6) лихорадка,
- 7) обширная тяжелая травма или незначительная травма у пациента старшего возраста,
- 8) недержание мочи и к/или кала,
- 9) задержка мочи (с недержанием мочи при переполнении мочевого пузыря).

Факторы физикального осмотра пациента, на которые необходимо обратить внимание:

- 1) седловидная анестезия,
- 2) потеря тонуса анального сфинктера,
- 3) сильная мышечная слабость в нижних конечностях,
- 4) гипертермия
- 5) неврологическая симптоматика, сохраняющаяся более одного месяца или постепенное ее нарастание [11].

Шаг 2. Выявляем «Оранжевые флаги» - признаки психического заболевания

Это аналоги «красных флагов» в области психического здоровья и предназначены для предупреждения врача о возможном наличии психиатрического заболевания у пациента, и, как следствие, вклада этого состояния в проблему болевых расстройств [9].

Действия врача с целью выявления «оранжевых» флагов:

- при проведении опроса следует уточнить: есть ли у вашего пациента такие расстройства психического здоровья, как тревога, депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство
- при выявлении подобных состояний необходимо привлечение профильного специалиста (психолога, врача – психиатра) с целью коррекции и дальнейшего ведения сопутствующей патологии.

Часто на практике пациенты открыто не сообщают о наличии у них психического расстройства, поэтому можно использовать скрининговую экспресс-оценку с помощью валидированной в России Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Приложение 1). Ее применение позволит выявить тревогу и депрессию, а также степень их выраженности. При сумме баллов по шкале тревоги и/или депрессии от 12 баллов и более пациент должен быть направлен на обязательную консультацию к психиатру, о чем необходимо сделать запись в медицинской документации.

Шаг 3. Дайте своим пациентам «зеленый» свет

Следующие стратегии улучшают результаты лечения для людей с острой болью в спине без «красных» и «оранжевых» флагов, которые обратились к Вам с первично возникшим состоянием:

- Дайте им объяснение настоящей ситуации и постарайтесь успокоить, не пугайте диагнозом;
- Купируйте болевой синдром с помощью НПВП, их сочетанием с коанальгетиками (миорелаксанты, витамины группы В) и другими медикаментозными методами, при необходимости - с помощью манипуляций;
- Дайте рекомендации по организации режима труда и отдыха, что будет способствовать скорейшему возвращению к труду;
- Посоветуйте пациентам оставаться активными и продолжать свою обычную деятельность. Следует постепенно повышать уровень физической активности в соответствии с согласованным планом, а не руководствоваться уровнем боли;
- Постарайтесь один раз в неделю контролировать состояние пациента.

На приеме пациент с болью в спине, продолжительность которой 4-12 нед.

Шаг 1. «Желтые флаги» позволяют выявить психологический стресс, связанный с болью, и оценить прогноз развития и тяжести нетрудоспособности после возникновения скелетно-мышечной боли [12]

Часто психологический стресс, связанный с болью, является предвестником замедленного выздоровления и указывает на необходимость психологически обоснованного вмешательства [13].

Типичные характеристики «желтых» флагов:

- 1) У пациента имеют место субъективные убеждения, представления, оценка и суждения о собственном состоянии
 - не обоснованные представления о боли,
 - указание на не диагностированную травму или травму, последствия которой могут ухудшиться.
 - ожидания плохого результата от терапии (лечения) и отложенного возвращения к работе
- 2) У пациента выявляются такие эмоциональные реакции, как дистресс, не отвечающий критериям диагностики психического расстройства, беспокойство, страхи
- 3) Пациент демонстрирует неадекватное болевое поведение и стратегии преодоления боли в виде избегания деятельности из-за ожидания боли и возможных повторных травм, а также имеет место чрезмерная зависимость от пассивного лечения.

При наличии времени у врача эффективная оценка «желтых флагов» может быть достигнута с помощью многомерных инструментов, способных обеспечить общую оценку психологического стресса, связанного с болью [14]. Например, шкала S-TarT (Приложение 2), которая позволяет определить риск хронизации боли, основанные на психологическом аспекте [15, 16].

Шаг 2. «Синие флаги» для выявления факторов психосоциального риска, связанных с работой

Например, неудовлетворенность работой и / или плохие отношения с коллегой или руководителем [17], а также помогают у пациентов с болью в шее / спине оценить субъективные представления о взаимосвязи между

работой и здоровьем [18], а также для пациентов с симптомами психических расстройств [19].

Стресс на работе [20], социальная поддержка [21], баланс между требованиями и контролем [22] - важные факторы, влияющие на трудоспособность. Поддержка в работе [23] и формализованная поддержка на рабочем месте [24] связаны с уменьшением выраженности боли в спине и сокращением количества дней, проведенных на больничном листе.

Частая боль в шее / спине в сочетании со стрессом связана с высоким риском снижения трудоспособности [25]. Низкий уровень адаптации к работе у пациента с болью в спине способствует тому, что пациент предпочитает находиться на больничном листе [26]. Также психологические факторы также важны для возвращения пациентов к работе после длительного пребывания на больничном листе [27].

По этой причине в обследование пациента стоит также включать оценку связанных с работой психосоциальных факторов риска, которые помогут в прогнозе риска хронической инвалидизирующей боли в спине хотя бы в виде бытового опроса [28].

Шаг 3. «Черные флаги» - признаки психосоциального стресса, ограничивающие или препятствующие реализации адекватной медицинской помощи

В некоторых отношениях они могут совпадать с «синими», но при этом они указывают на факторы, которые не зависят от пациента, например, проблемы, связанные с профессиональной деятельностью, такие как: финансовые проблемы, проблемы с медицинской страховкой, гиперопека со стороны семьи или медицинских работников; эргономически немодифицируемая деятельность; проблемы, связанные с заявлением о нетрудоспособности и инвалидности [29].

Для практикующего врача может быть полезной информация об условиях работы. Ниже представлены 7 вопросов, которые можно использовать, чтобы оценить этот аспект [8]:

1. Тяжелые физические нагрузки: «Обеспокоены ли вы тем, что физические нагрузки на вашей работе могут помешать продолжению трудовой деятельности?»;
2. Невозможность изменить работу: «Ожидаете ли вы, что ваша работа может быть временно изменена?»;
3. Стрессовые ситуации в работе: «Есть ли в вашей работе элементы

- стресса, с которыми вы можете столкнуться при возвращении к труду?»;
4. Отсутствие социальной поддержки на рабочем месте: «Какой реакции вы ожидаете от коллег и руководителей, когда вернетесь?»;
 5. Неудовлетворенность работой: «Вы бы порекомендовали эту работу другу?»;
 6. Негативное ожидание от выздоровления и возвращения к работе: «Обеспокоены ли вы тем, что возвращение к работе может быть трудным в ваших нынешних обстоятельствах?»;
 7. Страх возобновления боли: «Беспокоитесь ли вы о повторных эпизодах боли в спине после того, как вернетесь на работу?»

Дополнительные рекомендации при «положительной» оценке «желтых, синих и черных флагов».

Следующие действия позволят выявить непосредственную проблему, которая связана с тем или иным «флагом» и направить усилия на ее устранение.

1. Выявляем проблему:

- Уточните: понятен ли диагноз пациенту?
- Расскажите пациенту о нормальном течении заболевания и успокойте его.
- Используйте так называемое «активное слушание», чтобы признать наличие проблемы и выяснить опасения пациента. Уточните: считает ли пациент свою боль проблемой и каково его отношение к боли и потенциальному лечению?
- Уточните: изменил ли пациент свое поведение из-за боли? Снизил ли он активность или компенсирует определенные движения в жизни? Есть ли признаки страха и избегания боли?
- Выявите так называемые «бесполезные убеждения» у пациента («катастрофизация состояния») и постарайтесь пересмотреть их.
- Проведите психосоциальный скрининг для оценки риска развития негативных состояний
- Обратите внимание: требует ли пациент дополнительных льгот в

//

связи со своим состоянием? Как считает пациент: в связи с его состоянием, появился ли дополнительной стресс?

- Уточните: как семья пациента реагирует на данную ситуацию? Поддерживают ли они пациента недостаточно или чрезмерно.
- Уточните: работает ли сейчас пациент? Могут ли потенциально возникнуть финансовые проблемы из-за настоящего состояния? Что пациент думает о своей рабочей среде?
- Сообщайте ожидания в отношении выздоровления и работы, например, «Я ожидаю, что через (по возможности укажите сколько дней или недель) у вас будет возможность вернуться к своей прежней работоспособности».

2. Устраняем проблему:

- Рассмотрите вопрос привлечения специалиста по физической реабилитации, возможно - эрготерапевта.
- Рассмотрите возможность краткосрочного направления к специалисту по клинической психологии. Например, к специалисту по когнитивно-поведенческой терапии, чтобы помочь пациенту научиться самоуправлению и работе с так называемыми «бесполезными» мыслями.
- Направьте к психиатру и/или к специалисту по физической реабилитации при необходимости проведения дальнейших реабилитационных мероприятий.

Стратегии ведения пациента с выявленной хронизацией заболевания

Итак, оценка «красных флагов» позволяет выявить небольшое количество пациентов, которым, например, требуется направление для получения срочного хирургического заключения.

Точно так же пациенты с заявленным суицидальным намерением («оранжевые флаги») требуют немедленного направления к психиатру.

С точки зрения выявления тенденций хронизации болевого синдрома, для подавляющего большинства пациентов определение психологических и социальных факторов следует рассматривать как исследование нор-

мального диапазона реакций на боль, а не поиск психопатологии. Данная ситуация становится актуальной примерно через 4 недели после начала заболевания. Крайне важно не «проглядеть» нарастающую психоэмоциональную дисфункцию, которая будет влиять на течение основного процесса и вовремя попытаться принять необходимые меры по дальнейшей коррекции состояния.

Следующие меры помогут сориентироваться в ситуации даже в рамках амбулаторного приема:

1. Определите психологические установки, которые могут способствовать хронизации заболевания

Не забывайте использовать вопросы для выявления потенциальных психосоциальных барьеров на пути к выздоровлению в системе «желтых флагов». Обращайте внимание на ключевые психологические моменты, которые являются признаками хронизации патологического процесса:

- Убеждение, что боль в спине возникает из-за прогрессирующей патологии;
- Убеждение, что боль в спине опасна или может серьезно повлиять на качество жизни;
- Вера в то, что отказ от социальной, бытовой и физической активности поможет выздоровлению;
- Склонность к плохому настроению и уходу от социального взаимодействия;
- Ожидание, что поможет пассивное лечение, а не активный самоконтроль.

2. Скорректируйте дальнейшую тактику лечебно-реабилитационных мероприятий:

- Попробуйте исправить недопонимание в процессе терапии, используя выявленные установки;
- Выявите возможные ятрогенные ошибки, допущенные предыдущими специалистами;
- Рекомендуйте и обоснуйте направление пациента к дополнительным специалистам (психолог, эрогтерапевт, специалист по физической реабилитации и т.д.).

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЕ

Функциональное тестирование позволяет оценить наличие мышечного дисбаланса или имеющуюся компенсацию движения, возникшую вследствие предшествующей травмы и являющейся возможным предиктором развития текущего болевого синдрома.

Тестирование двигательного стереотипа может осуществляться на каждом этапе реабилитации. Оно необходимо для объективизации изменений двигательного стереотипа как для специалиста, так и для пациента, делая его активным участником лечебно-реабилитационного процесса.

В период с 0-4 неделю практическая цель тестирования - снятие болевого синдрома, особенно если в его основе лежит неспецифический болевой синдром.

В период с 4-12 неделю – коррекция двигательных паттернов и, таким образом, последующая профилактика возникновения болевых расстройств.

Особенным поводом для проведения данного тестирования служит указание пациентом на боль, которая беспокоила его еще в детском возрасте или указание на наличие тех или иных нейроортопедических нарушений.

Ниже приводятся 10 основных приемов, которые позволяют произвести функциональную оценку двигательного стереотипа.

Следует заметить, что во всех случаях оценивается не только объем движения, но и возможная болезненность, возникающая при этом.

Все паттерны движения оцениваются по следующим критериям: болезненно/не болезненно и функционально (т.е. присутствует возможность совершения движения в полном объеме)/ дисфункционально (т.е. движение в полном объеме не производится или возможно появление дополнительных компенсирующих движений). Например, сгибание ног в коленях при совершении наклона вперед.

Соответственно, возможны следующие варианты оценки каждого движения:

- 1) Не болезненно, функционально
- 2) Болезненно, не функционально
- 3) Не болезненно, не функционально
- 4) Болезненно, функционально

Прием №1. Наклон головы вперед

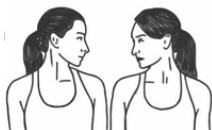
В исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища) просим произвести наклон головы вперед.

Оценка: возможность дотянуться подбородком до груди и симметричность изгиба шейного отдела позвоночника

Прием №2. Запрокидывание головы назад

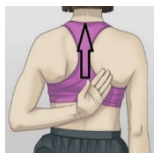
В исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища) просим пациента запрокинуть голову назад.

Оценка: уровень запрокидывания головы назад в норме составляет примерно 80 градусов.

Прием №3. Поворот головы в стороны

В исходном положении (стоя, на ширине плеч, руки вдоль туловища) просим совершить поворот головы сначала вправо, вернуться в исходное положение, затем влево.

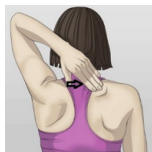
Оценка: радиус поворота в стороны в норме составляет примерно 80 градусов.

Прием №4. Тест Заведение руки за спину

В исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки – вдоль туловища) просим завести руку за спину и дотронуться пальцами до лопатки на противоположной стороне, далее – вернуться в исходное положение. Повторить то же самое, с другой рукой.

Можно использовать альтернативный вариант: в исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища) пациент заводит руку за спину. В врач определяет расстояние от большого пальца кисти до остистого отростка С7 - позвонка.

Оценивается плавность движения, возможность совершения движения в полном объеме



Прием №5. Заведение руки за голову

В исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища) просим завести руку за голову и дотронуться до лопатки с противоположно стороны, далее – вернуться в исходное положение. Повторить то же самое другой рукой.

Можно предложить пациенту альтернативный вариант: в исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища) просим завести руку за голову и дотронуться большим пальцем кисти до остистого отростка седьмого шейного позвонка (С7).

Оценивается плавность движения, возможность совершения движения в полном объеме.

Прием №6. Наклон вперед



В исходном положении (стоя, ноги вместе) просим сделать наклон вперед пальцами рук к пальцам ног.

Оценка: объём движения в области крестца в норме составляет до 70 градусов, одновременно проводится оценка кривизны позвоночника, возможность совершить движение в полном объеме.

Прием №7. Прогиб в корпусе



В исходном положении стоя, ноги вместе, просим поднять руки вверх и прогнуться назад.

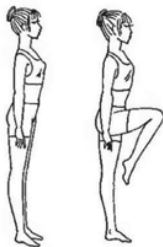
Оценка: возможность совершения движения, руки при подъеме вверх в норме составляют – 170 градусов, оцениваем выходит ли ось лопаток за стопы, смещение передних верхних остей подвздошных костей вперед за пальцы стоп, плавность изгиба позвоночника.

Прием №8. Скручивание в корпусе



в исходном положении стоя, ноги вместе производим скручивание в корпусе вправо, возвращаемся в исходное положение, а затем влево.

Оценка: симметричность поворота в разные стороны



Прием №9. Стояние на одной ноге

В исходном положении (стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища) просим согнуть ногу в колене. Сначала справа, а затем слева. Сначала в положении с открытыми глазами, а затем с закрытыми (10 секунд)

Оценка: возможность поддержания равновесия с открытыми и закрытыми глазами.



Прием №10. Приседания

В исходном положении стоя, ноги на ширине плеч, просим вытянуть руки вперед и не отрывая пяток от пола постараться присесть максимально глубоко.

Оценка: возможность выполнения движения «приседание», оценка симметричности движений в тазобедренном, коленном и голеностопных суставах.

Проведение данного экспресс – тестирования позволяет оценить двигательный стереотип и выявить так называемые «не болезненные и не функциональные паттерны», т.к. именно с них начинается работа по восстановлению оптимального двигательного стереотипа в реабилитации.

Важно помнить, что выявление паттерна «болезненно и не функционально» требует дополнительного проведения клинического исследования с целью определения структуры поражения (спинномозговой корешок, сустав, мышца) с привлечением невролога и/или ортопеда и/или ревматолога [1].

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Рентгенография в настоящее время проводится все реже из-за низкой информативности в сравнении с более современными методами визуализации.

В обычной практике не рекомендуется ее выполнение при неспецифической боли в спине и даже радикулопатии. Признаки остеохондроза или спондилоартроза обнаруживаются у большинства пациентов, поэтому их наличие у пациента с болью в спине существенно не меняет врачебную тактику, однако создает лучевую нагрузку, а также увеличивает стоимость [30].

На сегодняшний день проведение рентгенографии позвоночника в прямой и боковой проекциях с функциональными нагрузками в положении максимального сгибания и разгибания показано:

- при подозрении на нестабильность позвоночных структур (например, спондилолистез, перелом) [16];
- всем пациентам старше 50 лет (риск малигнизации, компрессионных переломов),
- а также при наличии клинических признаков неопластического и инфекционного процесса (лихорадка, ночные боли, снижение массы тела).

МРТ и рентгеновская КТ проводятся при:

- выявлении «красных флагов» (травма, подозрение на метастазы, инфекционный процесс, системные ревматические заболевания, компрессия спинного мозга, подозрение на демиелинизирующее заболевание),
- клинических и рентгенологических признаках неопластического процесса,
- наличии в неврологическом статусе симптомов поражения корешков или спинного мозга,
- при решении вопроса о необходимости хирургического вмешательства,
- в случае неэффективности консервативного лечения при хроническом болевом синдроме в течение 4-6 недель,
- выраженном болевом синдроме в спине с ограничением жизнедеятельности на любом этапе терапии.

Важно, что бессимптомные дегенеративные изменения межпозвоночных дисков (в том числе протрузии и грыжи дисков) в отсутствие каких-либо симптомов боли в спине) отмечаются у 60% пациентов после 40 лет и более чем у 80% после 60 лет [31].

Поэтому решение о тактике лечения принимается на основании клинической картины, с учетом результатов выполненных лучевых методов.

Не рекомендуется использование нейровизуализации в первые 4–8 нед. острой боли при отсутствии подозрений на специфический характер боли. Проведение нейровизуализации у пациентов с острой болью, которые не имеют «красных флагов» не улучшает прогноз заболевания, не влияет на развитие осложнений и хронизацию процесса, при этом неоправданно увеличиваются стоимость лечения, беспокойность пациента и частота возможных нейрохирургических вмешательств. [16, 32, 33].

Пациентам с радикулопатией рекомендовано выполнение МРТ на этапе специализированной помощи, как основного диагностического метода для выявления причин радикулопатии, если результаты проведенного обследования могут изменить тактику лечения.

КТ в настоящее время является вспомогательным методом и используется в следующих случаях при:

- 1) наличии противопоказаний к МРТ,
- 2) необходимости оценки костных структур (переломы, остеофиты при планировании хирургического вмешательства).

Достоинством метода является быстрота проведения и относительно меньшая стоимость.

Введение контрастного препарата необходимо при подозрении (наличии) опухоли либо подозрении на воспалительный процесс [16].

Использование ультразвуковых методов, на сегодняшний день, ограничено в связи с низкой валидизацией [16].

Денситометрия (рентгеновская) костей - двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) показана:

- при подозрении на остеопороз (женщинам после менопаузы и/или старше 65 лет, мужчинам старше 70 лет),
- при наличии переломов в анамнезе при минимальной травме, длительном приеме кортикостероидов и других состояниях, повышающих риск остеопороза.

В настоящее время разработана шкала оценки риска остеопороза FRAX, русская версия общедоступна в интернете.

Сцинтиграфия костей и ПЭТ-КТ показана при подозрении на онкологическое заболевание [16].

Таблица 2. Выбор метода инструментальной диагностики в зависимости от клинических особенностей [16]

Клинические особенности	Возможные причины боли	Врачебная тактика
Злокачественное новообразование в анамнезе, необъяснимая потеря веса, возраст старше 50 лет, появление или усиление боли в покое и/или в ночное время	Злокачественное новообразование	Рентгенография, КТ или МРТ с контрастированием, в части случаев – сцинтиграфия позвоночника, ПЭТ-КТ, консультация онколога
Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков, лейкоцитоз, повышение СОЭ.	Инфекционное поражение позвонков или дисков	КТ или МРТ позвоночника с контрастированием
Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности	Синдром поражения конешков конского хвоста	Экстренное проведение КТ или МРТ позвоночника, консультация нейрохирурга
Наличие признаков остеопороза, прием кортикостероидов, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины	Перелом позвоночника	Рентгенография, КТ или МРТ позвоночника, денситометрия
Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений и от приема НПВС	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	Консультация ревматолога, МРТ крестцово-подвздошного сочленения + режим жироподавления
Наличие пульсирующего образования в брюшной полости	Аневризма брюшного отдела аорты	УЗИ, консультация хирурга
Выраженная или нарастающая слабость в ногах	Грыжа диска и/или поясничный стеноз	КТ или МРТ позвоночника, консультация нейрохирурга

При оценке результатов инструментального обследования важно помнить, что:

- пациентам молодого и среднего возраста (18–50 лет) без признаков опасного заболевания («красных флагов») с типичной клинической картиной неспецифической боли или дискогенной радикулопатии, проведение дополнительных методов обследования не требуется;
- рентгенологические находки (дегенерация дисков, протрузии дисков, остеофиты) часто встречаются у лиц старше 40 лет;
- МРТ является наиболее чувствительным методом для идентификации анатомических повреждений спинальных структур;
- ЭНМГ, ЭМГ используются не для диагностики корешкового поражения, а при подозрении на поражения периферической нервной системы других уровней (туннельные невропатии, плексопатии, полинейропатии и т.д.);
- как правило, нет необходимости в проведении лабораторных исследований при острой боли в спине, если нет «красных флагов». Исследования проводят для мониторинга возможных осложнений терапии со стороны органов кровообращения, печени, почек и т.д. [16].

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ КАК УСТАНОВИТЬ ВЗАИМОПОНИМАНИЕ С ПАЦИЕНТОМ С БОЛЬЮ В СПИНЕ

Адекватная оценка пациентом своего состояния, приверженность назначаемой терапии и реабилитации не могут быть достигнуты без налаженного доверительного общения с врачом.

Суть доверительного общения - работать над пониманием проблемы с точки зрения интересов и врача, и пациента.

Пациент, который убежден, что специалист серьезно относится к его боли, будет доверять врачу и стремиться участвовать в реабилитационном процессе.

Учитывая важность психо-эмоционального фона в терапии пациентов с болью в спине, который вносит свой «вклад» в любой временной период заболевания, мы предлагаем рассмотреть способы коррекции, которые могут быть применимы в рамках амбулаторного приема.

Данные приемы основаны на модели когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Считается, что это наиболее эффективная форма психотерапии при лечении боли в спине, а также тревожности, бессонницы, депрессии, зависимостей и других психических расстройств [34, 35].

КПТ проводится психологом, прошедшим обучение по данной методике. КПТ осуществляется при сохранении болевого синдрома более, чем 6 недель и/или наличии эмоционально-аффективных расстройств. Применяется от 5 до 10 сессий, частота которых определяется специалистом (обычно 1-2 раза в неделю).

В тоже время более раннее включение элементов КПТ уже при первичном опросе, а также в комплексную терапию и вторичную профилактику позволяет минимизировать потерю трудоспособности у пациентов с хронической болью в спине и установить необходимый контакт между врачом и пациентом.

Рекомендации по налаживанию общения врач - пациент с болью:

- Попытайтесь дать характеристику жалобам пациента (как описывается болевой синдром, с какой интонацией, какие обороты используются) – это позволит Вам акцентировать свое внимание на психологических аспектах личности.
- Понаблюдайте за поведением пациента в процессе беседы.
- Обращайте внимание не только на то, что сказано пациентом, но и на то, как это сказано, так как часто интонирование фраз указывает на определенный психологический фон.
- Попытайтесь понять, что чувствует пациент
- Поощряйте попытки раскрыть свои страхи и чувства (например, спросите: «Вы чем-то обеспокоены, что-то тревожит?»)
- Озвучьте, что понимаете состояние пациента в контексте его болевого синдрома (например, «Вы правы, это очень неприятная боль»).
- Попытайтесь устранить возможные недопонимания со стороны пациента (например, «У Вас есть вопросы по проводимому лечению? Если «да», то озвучьте пожалуйста»).
- Предлагайте соответствующие формы разубеждения деструктивным мыслям и предубеждениям (например, дезактуализируйте катастрофизацию боли: «Вы испытываете неприятные ощущения, но данный тип болевого синдрома имеет благоприятный прогноз»).
- Уточните общие социальные и экономические обстоятельства жизни пациента.

Выполнение описанных выше пунктов позволит верно прочувствовать эмоциональный настрой пациента, его психологический «запрос» и, как следствие, индивидуализирует реабилитационную программу с учетом персонально значимых аспектов жизни, позволяет делать «шаги в нужном направлении».

Одним из этих шагов является убеждение в возможности самоуправления болевым синдромом.

Для этого достаточно дать пациенту ясные и простые советы, которые позволяют ему управлять своими собственными симптомами и контролировать их.

Примеры простых стратегий управления:

- Объясните разницу между «болью» и «драматичностью ситуации».
- Заверьте пациентов в доброкачественности симптомов.
- Помогите пациентам восстановить контроль над болью
- Помогите пациентам «задавать темп» своим обычным действиям или движениям, т. е. выполнять действия в определённом темпе (чаще всего достаточно обычного темпа, к которому привык пациент) с правильной амплитудой и механикой движения.

Следующим «шагом» будет привнесение позитивного настроения в технику самоуправления болевым синдромом, что оптимизирует дальнейшие этапы реабилитации.

Способы повышения позитивного самоуправления:

- Отследите высказывание пациента, свидетельствующее о нарушении эмоционального отношения к боли, ее драматизации (например, «Будет только хуже»), и попробуйте перейти к более сбалансированной положительной оценке (например, «Вы отметили улучшение на фоне проводимой терапии?»).
- Замечайте, когда пациент становится напряженным или агрессивным, а затем предпринимайте шаги, чтобы прервать его мысли и использовать стратегии расслабления.
- Измените тактику ведения приема, если отметили усиление боли у пациента (например, уточните «Это та боль, которая послужила причиной обращения?»), предложите пациенту принять более удобное положение.
- Документируйте прогресс в лечении.

- Используйте помощь других специалистов для разработки и поддержания успешных стратегий поведения.

Некоторые из этих стратегий могут показаться очевидными или даже тривиальными, но это не так. Только постепенно укрепляя доверие, можно предотвратить развитие дезадаптации пациента.

Иногда кажется, что пациенты «застревают» и становятся деморализованными. Предлагая способы улучшить позитивное самоуправление болью, врач помогает сохранить прогресс в направлении создания более качественного образа жизни.

Приложение 1.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии для скрининга стресс-связанных расстройств [36]

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция будет наиболее верной.

Т	Я испытываю напряженность, мне не по себе	Т	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3	Все время	3	Постоянно
2	Часто	2	Большую часть времени
1	Время от времени, иногда	1	Время от времени и не так часто
0	Совсем не испытываю	0	Только иногда
Д	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	Д	Я испытываю бодрость
0	Определенно так	3	Совсем не испытываю
1	Наверное, это так	2	Очень редко
2	Лишь в очень малой степени это так	1	Иногда
3	Это совсем не так	0	Практически все время
Т	Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	Т	Я легко могу сесть и расслабиться
3	Определенно это так, и страх очень сильный	0	Определенно это так
2	Да, это так, но страх не очень сильный	1	Наверное это так
1	Иногда, но это меня не беспокоит	2	Лишь изредка это так
0	Совсем не испытываю	3	Совсем не могу

Д 0 1 2 3	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Совсем не способен	Д 3 2 1 0	Мне кажется, что я стал практически все делать очень медленно Практически все время Часто Иногда Совсем нет
Д 3 2 1 0	Я не слежу за своей внешностью Определенно это так Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно Может быть, я стал меньше уделять этому внимание Я слежу за собой также, как и раньше	Т 0 1 2 3	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь Совсем не испытываю Иногда Часто Очень часто
Т 3 2 1 0	Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться Определенно это так Наверное, это так Лишь в некоторой степени это так Совсем не испытываю	Т 3 2 1 0	У меня бывает внезапное чувство паники Очень часто Довольно часто Не так уж часто Совсем не бывает
Д 0 1 2 3	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения Точно так же, как и обычно Да, но не в той степени, как раньше Значительно меньше, чем обычно Совсем так не считаю	Д 0 1 2 3	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы Часто Иногда Редко Очень редко

Подшкала «Тревога» включает вопросы пунктов 1,3,5,7,9,11,13

Подшкала «Депрессия» включает вопросы пунктов 2,4,6,8,10,12,14

При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений:

- 0-7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии),
- 8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия,
- 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Приложение 2.

Опросник STarT для определения риска хронизации боли при первичном обследовании пациента с болью в спине (STarT Back tool) [37, 38]

		Нет (0)	Да (1)		
1	Боль в поясничном отделе позвоночника отдавала в ноги/ногу в последние 2 недели?				
2	В последние 2 недели испытывали ли Вы боль в шейном отделе позвоночника или в плечах?				
3	Вы передвигаетесь короткими дистанциями из-за боли в спине?				
4	За последние 2 недели стали ли Вы более медленно одеваться из-за боли в спине?				
5	Как вы считаете, физическая активность небезопасна для человека с Вашей болью?				
6	Тревожные мысли, связанные с болью в спине, занимают много Вашего времени?				
7	Вы считаете, что Ваша боль ужасна и никогда Вам не станет легче?				
8	На фоне боли Вы перестали получать удовольствие от вещей, которые раньше доставляли Вам радость?				
9	Насколько сильно Вас беспокоила боль в спине последние 2 недели?				
	Очень слабо	Слабо	Умеренно	Сильно	Очень сильно
	0	0	0	1	1

Интерпретация

Риск хронизации низкий – сумма баллов от 0 до 3.

Риск хронизации боли средний - если общее количество баллов от 4 до 9, при этом за 5–9-й пункты анкеты 3 или менее баллов.

Риск хронизации высокий - если общее количество баллов от 4 до 9, при этом за 5–9-й пункты анкеты 4 и более баллов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) *Боль в спине у детей и подростков. Клинические рекомендации / Климов Л.В., Акарачкова Е.С. — СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2021. — 68 с. ISBN 978-5-98620-559-5*
- 2) Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science.* 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.
- 3) Williams DA. *The importance of psychological assessment in chronic pain. Curr Opin Urol.* 2013 Nov;23(6):554-9. doi: 10.1097/MOU.0b013e3283652af1.
- 4) Aranburu, Goretti (January 26, 2017). "Screening in Physiotherapy". <https://hacia-una-fisioterapia-basada-en-la-evidencia.webnode.es/>. Retrieved June 11, 2018.
- 5) Mariñas, Mónica (October 23, 2016). «System of Flags» . Retrieved June 11, 2018.
- 6) Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. *Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. Spine J.* 2014 Nov 1;14(11):2658-78. doi: 10.1016/j.
- 7) Wideman TH, Sullivan MJ. *Development of a cumulative psychosocial factor index for problematic recovery following work-related musculoskeletal injuries. Phys Ther.* 2012 Jan;92(1):58-68. doi: 10.2522/ptj.20110071.
- 8) Huang, G.D. *Book Review Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss.* Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997, 22 pp. Public Domain.. *J Occup Rehabil* 7, 249–250 (1997). <https://doi.org/10.1023/B:JOOR.0000011030.82600.74>.
- 9) Main CJ, Sullivan MJ, Watson PJ. *Risk identification and screening.* In: Main CJ, Sullivan MJ, Watson PJ, eds. *Pain Management: Practical Applications of the Biopsychosocial Perspective in Clinical and Occupational Settings.* Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone Elsevier; 2008:97–134. ISBN 978-0-443-10069-7.
- 10) Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E, Roddey T. *Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. J Man Manip Ther.* 2007;15(1):42-9. doi: 10.1179/106698107791090105. Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E, Roddey T. *Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. J Man Manip Ther.* 2007;15(1):42-9. doi: 10.1179/106698107791090105.

- 11) Forseen SE, Corey AS. *Clinical decision support and acute low back pain: evidence-based order sets*. J Am Coll Radiol. 2012 Oct;9(10):704-712.e4. doi: 10.1016/j.jacr.2012.02.014.
- 12) Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, et al. *Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study*. BMC Musculoskelet Disord 2011;16. <https://fisiomonica-ms.blogspot.com/2016/10/sistema-de-banderas.html>
- 13) Main CJ, George SZ. *Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research*. Phys Ther. 2011 May;91(5):820-4. doi: 10.2522/ptj.20110060.
- 14) Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JM, Robinson ME, Asal NR, Nisenzon AN, George SZ. *The STarT back screening tool and individual psychological measures: evaluation of prognostic capabilities for low back pain clinical outcomes in outpatient physical therapy settings*. Phys Ther. 2013 Mar;93(3):321-33. doi: 10.2522/ptj.20120207.
- 15) Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. *A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment*. Arthritis Rheum. 2008 May 15;59(5):632-41. doi: 10.1002/art.23563.
- 16) Боль в спине. Клинические рекомендации / Исайкин А.И., Акарачкова Е.С., Исайкина О.Ю., Кондрашов А.А., Кирьянов М.А. — СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2021. — 80 с. ISBN 978-5-98620-567-0.
- 17) Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ; «Decade of the Flags» Working Group. *Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors («blue flags») in back disability*. J Occup Rehabil. 2009 Mar;19(1):64-80. doi: 10.1007/s10926-008-9159-7.
- 18) Swedish Council on Health Technology Assessment. *Occupational Exposures and Back Disorders (Summary and conclusions) [Internet]*. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2014 Oct. SBU Yellow Report No. 227. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316437/>.
- 19) Swedish Council on Health Technology Assessment. *Occupational Exposures and Symptoms of Depression and Burnout (Summary and conclusions) [Internet]*. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2014 Feb. SBU Yellow Report No. 223. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316447/>.
- 20) Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. *Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers*. Disabil Rehabil. 2001 Dec

- 15;23(18):815-28. doi: 10.1080/09638280110066280.
- 21) Karlqvist L, Gard G. Health-promoting educational interventions: a one-year follow-up study. *Scand J Public Health*. 2013 Feb;41(1):32-42. doi: 10.1177/1403494812467504.
- 22) Larsson A, Karlqvist L, Westerberg M, Gard G. Perceptions of health and risk management among home care workers in Sweden. *Phys Ther Rev*. 2013 Oct;18(5):336-343. doi: 10.1179/108331913X13746741513153. PMID: 24078781; PMCID: PMC3779860.
- 23) Macfarlane GJ, Pallewatte N, Paudyal P, Blyth FM, Coggon D, Crombez G, Linton S, Leino-Arjas P, Silman AJ, Smeets RJ, van der Windt D. Evaluation of work-related psychosocial factors and regional musculoskeletal pain: results from a EULAR Task Force. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jun;68(6):885-91. doi: 10.1136/ard.2008.090829.
- 24) Werner EL, Laerum E, Wormgoor ME, Lindh E, Indahl A. Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. *Occup Med (Lond)*. 2007 Dec;57(8):590-5. doi: 10.1093/occmed/kqm094.
- 25) Lindegård A, Larsman P, Hadzibajramovic E, Ahlborg G Jr. The influence of perceived stress and musculoskeletal pain on work performance and work ability in Swedish health care workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014 May;87(4):373-9. doi: 10.1007/s00420-013-0875-8.
- 26) Hanna Hultin, Johan Hallqvist, Kristina Alexanderson, Gun Johansson, Christina Lindholm, Ingvar Lundberg, Jette Möller, Low level of adjustment latitude—a risk factor for sickness absence, *European Journal of Public Health*, Volume 20, Issue 6, December 2010, Pages 682–688, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp240>.
- 27) Ropponen A, Svedberg P, Koskenvuo M, Silventoinen K, Kaprio J. Physical work load and psychological stress of daily activities as predictors of disability pension due to musculoskeletal disorders. *Scand J Public Health*. 2014 Jun;42(4):370-6. doi: 10.1177/1403494814525005.
- 28) Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 2010 Apr 7;303(13):1295-302. doi: 10.1001/jama.2010.344.
- 29) Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E, Roddey T. Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. *J Man Manip Ther*. 2007;15(1):42-9. doi: 10.1179/106698107791090105.
- 30) Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a

- joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):478-91. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006. Erratum in: *Ann Intern Med.* 2008 Feb 5;148(3):247-8.
- 31) Roudsari B, Jarvik JG. Lumbar spine MRI for low back pain: indications and yield. *AJR Am J Roentgenol.* 2010 Sep;195(3):550-9. doi: 10.2214/AJR.10.4367.
- 32) Perez FA, Jarvik JG. Evidence-based imaging and effective utilization: lessons in neuroradiology. *Neuroimaging Clin N Am.* 2012 Aug;22(3):467-76. doi: 10.1016/j.nic.2012.05.002.
- 33) Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, Williams C, Jensen TS, Latimer J. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain.* 2014 Jul;18(6):755-65. doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00427.x.
- 34) Brox JI, Nygaard ØP, Holm I, Keller A, Ingebrigtsen T, Reikerås O. Four-year follow-up of surgical versus non-surgical therapy for chronic low back pain. *Ann Rheum Dis.* 2010 Sep;69(9):1643-8. doi: 10.1136/ard.2009.108902.
- 35) Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol.* 2007 Jan;26(1):1-9. doi: 10.1037/0278-6133.26.1.1. PMID: 17209691.
- 36) Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2003, N 5, 11 - 17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361 - 70.
- 37) Magel J, Fritz J.M., Greene T, Kjaer P, Marcus R.L., Brennan G.P. Outcomes of Patients With Acute Low Back Pain Stratified by the STarT Back Screening Tool: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Physical Therapy.* 2017;97(3):330-337. <https://doi.org/10.2522/ptj.20160298>.
- 38) Кузьминова Т.И., Мухаметзянова А.Х., Магомедкеримова Л.Ф. Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине. *Российский неврологический журнал.* 2020;25(2):11-20. DOI 10.30629/2658-7947-2020-25-2-11-20.

ISBN 978-5-6048429-0-4



9 785604 842904