



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

Климов Л.В., Акарачкова Е.С., Клименко А.А.,
Кондрашов А.А., Котова О.В., Лебедев А.В., Лебедева Д.И.,
Кадырова Л.Р., Довгань Е.В., Ткачев А.М.

БОЛЬ В СПИНЕ У ВЗРОСЛЫХ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

(Издание второе, дополненное)

Москва 2024



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

Климов Л.В., Акарачкова Е.С., Клименко А.А.,
Кондрашов А.А., Котова О.В., Лебедев А.В., Лебедева Д.И.,
Кадырова Л.Р., Довгань Е.В., Ткачев А.М.

БОЛЬ В СПИНЕ У ВЗРОСЛЫХ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

(Издание второе, дополненное)

Москва 2024

УДК 612.7, 616.7, 616.8

К492

*Климов Л.В., Акарачкова Е.С., Клименко А.А., Кондрашов А.А.,
Котова О.В., Лебедев А.В., Лебедева Д.И., Кадырова Л.Р.,
Довгань Е.В., Ткачев А.М.*

К492 *Боль в спине у взрослых. Клиническое руководство [Электронный ресурс]. Издание второе, дополненное. - М.: Издательство «МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОМУ КОНТРОЛЮ СТРЕССА И СВЯЗАННЫХ С НИМ РАССТРОЙСТВ», 2024.*

ISBN 978-5-6048429-3-5

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

Рецензент: Орлова Александра Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры патологической физиологии Института цифрового биодизайна и моделирования живых систем Научно-технологического парка биомедицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет)

*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 13.05.2024. Объем 1,0 Мбайт. Электрон. текстовые дан. Заказ 05/24

УДК 612.7, 616.7, 616.8

К492

ISBN 978-5-6048429-3-5

Авторы:

Климов Леонид Владимирович

к.м.н., врач-невролог, мануальный терапевт, иглорефлексотерапевт, институт цереброваскулярной патологии и инсульта «Федерального центра мозга и нейротехнологий» ФМБА России, г. Москва

Акарачкова Елена Сергеевна

д.м.н., врач-невролог, Президент Международного общества «Стресс под контролем», г. Москва, заместитель главного врача реабилитационного центра Rehaline, г. Красногорск

Клименко Алеся Александровна

д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова лечебного факультета ФGAOY BO PНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Кондрашов Артем Александрович

к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова лечебного факультета ФGAOY BO PНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Котова Ольга Владимировна

к.м.н., невролог, психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, вице-президент международного общества «Стресс под контролем»

Лебедев Алексей Владимирович

заслуженный врач РФ, начальник судебно-психиатрической службы, врач судебно-психиатрической экспертизы высшей квалификационной категории ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»

Лебедева Джинна Ивановна

заслуженный врач РФ, главный врач ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», к.м.н., доцент кафедры медицинской профилактики и реабилитации института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кадырова Лидия Ринадовна

к.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии КГМА - филиала ФГБОУ ДПО РМАН-ПО Минздрава России, Заслуженный врач РТ

Довгань Евгений Валерьевич

к.м.н., ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», заведующий отделением клинической фармакологии

Ткачев Александр Михайлович

невролог, «Клиника Ткачева» (ООО ТММ-Клиник)

Аннотация

Уважаемый коллега! Перед вами обновленное издание руководства «Боль в спине у взрослых».

Сегодня каждый медицинский специалист понимает, что фраза «боль в спине» - это скорее абстрактное, чем конкретное определение, которое может скрывать совершенно разные диагнозы. И, конечно, терапия такого пациента должна основываться на учете индивидуальных клинических проявлений и потребностей пациента.

В связи с этим, в создании нового руководства принимали участие специалисты различных медицинских областей, практика которых включает в себя работу с пациентами этой группы, и оно является логичным продолжением клинического руководства «Боль в спине у детей и подростков» (представлено на сайте Международного общества «Стресс под контролем» (<https://stressundercontrol.ru/>)).

В последние годы в отечественном здравоохранении активно развивается направление физическая и реабилитационная медицина, которая уделяет большое внимание функциональному состоянию пациента, а сам процесс реабилитации базируется на позициях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Мы постарались учесть эти тенденции и в новом издании руководства, уделить внимание как методам функционального тестирования, так и рассмотрению построения реабилитации лиц с болью в спине с позиции МКФ.

РУКОВОДСТВО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ «СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» и не предназначено в качестве фиксированного протокола лечения. Пособие отражает современный и актуальный биопсихосоциальный подход к боли в спине и разработано в первую очередь с целью дополнительных рекомендаций.

Оглавление

Введение	8
Биопсихосоциальная модель боли в спине	10
Система флагов	12
Тактика оценки и ведение пациента с болью в спине по системе «флагов»	15
На приеме пациент с болью в спине (0-4 нед.).....	16
На приеме пациент с болью в спине (4-12 нед)	17
Терапия боли в спине	20
Медикаментозная тактика при острой и подострой боли в спине	20
Медикаментозная тактика при хронической боли в спине	21
Применение МКФ в реабилитации пациентов с болью в спине	24
Клинический пример использования МКФ в клинической практике	27
Заключение	38

Введение

Встречая пациента с жалобами на боль в спине, врач в первую очередь старается минимизировать: выраженность боли (обезболить), риск рецидива и возможность хронизации боли. Но на практике не редко возникает ситуация, когда боль из острой становится рецидивирующей и/или хронической и за «фасадом соматических проблем» врач упускает факторы, наличие которых может привести к хронизации процесса. Не следует забывать о том, что боль – это стресс, который изменяет активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси с последующими нарушениями как нейроэндокринной регуляции, так и психовегетативного баланса, что в свою очередь, способствует формированию так называемых реакций «избегания», а также усугубляет течение имеющихся соматических заболеваний. Поэтому, ориентированность только на «соматику» без учета влияния личности человека и особенностей его жизни на заболевание не дает врачу полной картины формирования болезни.

В то же время учет не только возраста, особенностей анатомии и физиологии пациента, но и других факторов жизни человека (гендер, среда и образ жизни больного, медицинское обеспечение, традиции страны/региона проживания, привычные формы поведения и копинг-стратегии преодоления стресса, наличие/отсутствие страха, аффекта от той же боли, наличие ятрогении, тревоги и/или депрессии), позволяет оценить качество жизни пациента вообще и прогноз актуального состояния в частности.

Такой подход к пациенту получил название «Биопсихосоциальная модель болезни» и позволяет понять взаимодействие между многочисленными факторами функционирования человека, которые повышают вероятность развития длительной нетрудоспособности, развития или обострения психоэмоциональных нарушений и появления других негативных последствий для пациентов, их семей [1].

В данном руководстве представлен алгоритм применения биопсихосоциальной модели в рутинной медицинской практике в контексте терапии пациентов с болью в спине. Данный алгоритм дает возможность:

1) дифференцировать основные причины, лежащие в основе настоящей боли в спине,

2) оценить вклад потенциальных факторов риска для развития и дальнейшей хронизации боли в спине (гиподинамия, психосоциальные трудности, ожирение, положительный болевой семейный анамнез и т.д.),

3) оценить и контролировать динамику развития патологического процесса и эффективность проводимых мероприятий.

Также на страницах нового издания мы представляем возможности построения реабилитации у лиц с болью в спине с позиции Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). Показано, что в настоящее время основная цель реабилитации - ведение полноценной социальной жизни. И именно для достижения данного результата рекомендуется работать в рамках МКФ, рассматривая проблемы индивидуума в комплексе как его личных факторов, аспектов окружающей среды и т.д., реализуя программу в рамках работы мультидисциплинарной команды. Интеграция МКФ в практическую деятельность представлена в главе «Применение МКФ в реабилитации пациентов с болью в спине».

Такой приём позволяет сразу оптимизировать не только терапию острого состояния, но и реабилитационный процесс.

Список литературы:

1. Kreiner D.S., Matz P., Bono C.M., Cho C.H., Easa J.E., Ghiselli G., Ghogawala Z., Reitman C.A., Resnick D.K., Watters W.C., et al. Guideline summary review: An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. *Spine J.* 2020;20:998–1024. doi: 10.1016/j.spinee.2020.04.006.

Биопсихосоциальная модель боли в спине

В настоящее время есть четкое понимание, что развитие стойкой боли в спине значительно увеличивает риск последующего диагноза аффективного расстройства, а такие 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 [1].

Поэтому в начале 21-го века в системе лечения и реабилитации возникла необходимость преодолеть старую биомедицинскую модель, основанную только на анатомии и патологии [2] в пользу новой парадигмы, учитывающей как влияние физиологических процессов, так и психологические и социальные факторы [3]. Данная концепция получила название «Биопсихосоциальная модель», применение которой:

1. смещает акцент с исключительной зависимости от патофизиологии, участвующей в иницировании ноцицепции, на вовлеченность когнитивного и эмоционального состояния пациента или его собственной психологической уязвимости (т. е. предрасположенности к нежелательным исходам),

2. выделяет реакции индивидуума, которые влияют на его болевые ощущения и последующее поведение.

В итоге, биопсихосоциальный подход описывает боль и возможную нетрудоспособность, связанную с этой болью, как многомерное динамическое взаимодействие между физиологическими, психологическими и социальными факторами, которые имеют взаимное влияние и, как следствие, могут приводить к хронической боли в спине.

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 как страха, так и снижению интенсивности боли. 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 по причине болевого расстройства [4].

Система флагов

Для практического применения биопсихосоциальной модели боли была внедрена система «флагов» (табл. 1), которая позволяет определить аспекты личности, ее проблемы и социальный контекст, которые влияют на процесс восстановления и возвращения к работе [5].

Следует понимать, что сами «флаги» не являются диагнозом или симптомом. Они указывают на то, что конкретная личность может не восстановиться должным образом и нуждается в дополнительной диагностике/поддержке, чтобы вернуться к своему обычному функционированию. В этом контексте система «флагов» помогает выявить эти факторы, чтобы врач своевременно выбрал соответствующее направление дальнейшего воздействия [6].

Таким образом, работа с пациентом на основе биопсихосоциальной модели дает основу, как для оценки терапии, так и планирования дальнейших действий в режиме реального времени.

Таблица 1. Система «флагов» в помощь клиницисту при оценке боли в спине 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
	Оранжевый	Есть признаки психического расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • клиническая депрессия, • расстройство личности

4 -12 неделя (подострый период)	Желтый	Есть субъективные убеждения, представления, оценки и суждения о собственном состоянии	<ul style="list-style-type: none"> • 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
		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 субъективные 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
	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

Список литературы:

1. Williams DA. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol*. 2013 Nov;23(6):554-9. doi: 10.1097/MOU.0b013e3283652af1.
2. Aranburu, Goretti (January 26, 2017). «Screening in Physiotherapy». <https://hacia-una-fisioterapia-basada-en-la-evidencia.webnode.es/>. Retrieved June 11, 2018.
3. Mariñas, Mónica (October 23, 2016). «System of Flags». Retrieved June 11, 2018.

4. 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.
5. 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>.
6. 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

Тактика оценки и ведение пациента по системе «флагов»

Исходя из концепции «Биопсихосоциальной модели» и системы «флагов», возможна следующая тактика - пошаговый алгоритм ведения пациента с болью в спине (рис. 1), более подробно представленный в первом издании «Боль в спине у взрослых» на сайте Международного общества Стресс под контролем <https://stressundercontrol.ru/> [1].

Важно, что в рамках данного алгоритма длительность боли выступает важным клиническим критерием.

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



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

Итак, если у вас **на приеме пациент с болью в спине, продолжительность которой 0–4 нед.**, то в первую очередь необходимо исключить «красные» и «оранжевые» флаги.

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 при выявлении следующих факторов:
 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/или кала,
 9. задержка мочи (с недержанием мочи при переполнении мочевого пузыря).

Не следует упускать из внимания следующие факторы физикального осмотра пациента:

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 [2].

Вторым этапом первичного приема – выявление «оранжевых флагов» - признаков наличия психического заболевания и с этой целью следует:

- при проведении опроса следует уточнить: есть ли у вашего пациента такие расстройства психического здоровья, как тяжелая тревога, депрессия, в том числе в рамках посттравматического стрессового расстройства, а также бред, галлюцинации, суицидальные мысли/действия, психическое заболевание в анамнезе либо прием психотропных препаратов на текущий момент времени;
- в случае выявления подобных состояний необходимо привлечение профильного специалиста (психолога, врача – психиатра) с целью коррекции и дальнейшего ведения сопутствующей патологии.

Третий этап - «зеленый» свет для пациента, то есть используйте стратегии, которые повысят результаты терапии для людей с острой болью в спине без «красных» и «оранжевых» флагов:

- 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.
- постарайтесь один раз в неделю контролировать состояние пациента.

В случае, если у вас **на приеме пациент с болью в спине, продолжительность которой 4-12 нед.**, то это «повод» для пересмотра диагноза и исключения возможных «проблем» со стороны так называемых «желтых, синих и черных флагов» - то есть психосоциальный блок.

При подтверждении правильности диагностики состояния следующий шаг - диагностика состояний, связанных с «желтыми флагами», которые позволяют выявить психологический стресс, связанный с болью, и оценить прогноз развития и тяжести нетрудоспособности после возникновения скелетно-мышечной боли [3]. Особые 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.

Следующий шаг – это определение факторов психосоциального стресса, которые могут способствовать развитию хронической боли в спине («синие» и «чёрные флаги», Табл.1 на стр.12-13) [4].

Выявление вышеперечисленных флагов психосоциального блока должно насторожить медицинского специалиста в контексте хронизации боли, а значит, с высокой долей вероятности, потребуются привлечение медицинского психолога или психиатра, социального работника. Наиболее оптимальным решением будет направление таких пациентов в специализированные центры или клиники, где им смогут оказать необходимую помощь.

Таким образом, система «флагов» позволяет своевременно обращать внимание на факторы, которые могут указывать на плохой исход заболевания, связанный с индивидуальными психосоциальными особенностями личности пациента. Эти факторы могут быть выявлены на любом этапе 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 нежелание стать активным участником процесса.

В случае выявления факторов, указывающих на возможную хронизацию боли, у пациента с неспецифической болью в спине, возможны следующие действия:

- рассмотрите вопрос привлечения специалиста по физической реабилитации либо врача ЛФК и, возможно, эрготерапевта,

- рассмотрите возможность консультации психиатра и/или краткосрочного направления к специалисту по клинической психологии. Например, к специалисту по когнитивно-поведенческой терапии, чтобы помочь пациенту научиться самоуправлению и работе с так называемыми «деструктивными» мыслями.

Список литературы:

1. БОЛЬ В СПИНЕ У ВЗРОСЛЫХ. КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО. – М.: Издательство «МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОМУ КОНТРОЛЮ СТРЕССА И СВЯЗАННЫХ С НИМ РАССТРОЙСТВ», 2022. - ISBN 978-5-6048429-0-4.
2. 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.
3. 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>
4. 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.

Терапия боли в спине

Достаточно часто эпизод боли в спине проходит самостоятельно, поэтому многие люди не обращаются за медицинской помощью и могут контролировать свои симптомы в течение нескольких дней или недель, используя комбинацию нефармакологических и безрецептурных фармакологических подходов, то есть по сути занимаясь самолечением. И когда подобный подход не обеспечивает достаточного облегчения боли или сама боль носит выраженный характер, то это служит поводом для обращения к медицинскому специалисту.

К сожалению, на практике нередко приходится сталкиваться с ситуацией, когда ошибки в ведении пациента с болью в спине приводят к развитию хронической боли. В то время, как применение биопсихосоциальной модели (см. глава «Биопсихосоциальная модель боли в спине» стр.10) могло бы этого избежать.

Медикаментозная тактика при острой и подострой боли в спине (Таблица 2).

В настоящее время НПВП являются основным средством выбора при неспецифическом варианте боли в остром периоде [1]. НПВП, при системном применении достигают высоких концентраций в крови, что, в свою очередь, определяет их эффективную концентрацию в месте возникновения боли и воспаления. При этом, такие высокие концентрации могут быть связаны с развитием нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, печени, почек, кожи т.д.

Освещая вопросы эффективного обезболивания, следует упомянуть опиоиды. И хотя они часто применяются за рубежом, в настоящее время, опиоиды не рекомендуются в качестве первой линии терапии при состояниях неспецифической острой боли в спине. Но они могут быть использованы в лечении боли, связанной с тяжелыми травматическими повреждениями и серьезными оперативными видами лечения [2, 3].

Несомненно, следует рассмотреть вопрос назначения популярной группы - миорелаксантов при боли в спине [4]. При их назначении не следует забывать, что миорелаксанты центрального действия могут оказывать такие побочные эффекты со стороны центральной нервной системы, как сонливость и головокружение, поэтому их использование не рекомендуется свыше в течение 2-3 недель [5, 6].

Что касается использования кортикостероидов в терапии боли в спине, то следует отметить, что они обладают как противовоспалительными, так и иммунодепрессивными свойствами, а профиль их побочных эффектов может быть обширным и влиять на многие системы органов [7]. В целом о различиях в эффективности лечения боли между системными кортикостероидами и плацебо не сообщается и отмечено их небольшое влияние у пациентов с корешковой болью, но эффекты у лиц с нерадикулярной патологией остаются неопределенными [8]. Поэтому, прежде чем начинать применение кортикостероидов в терапии рассматриваемых состояний, нужно учитывать их потенциальные побочные эффекты и сопутствующие заболевания пациентов, чтобы убедиться, что любая потенциальная польза перевешивает вред.

Не следует забывать и о витаминах группы В, которые также широко используются для лечения боли в спине. Данное назначение оправдано, так как позволяет не только быстрее обезболить пациента, но и снизить продолжительность применения НПВП, а значит добиться лучшего функционального восстановления. Комбинированная терапия НПВП и витаминами В1, В6 и В12 оказывает дополнительное положительное влияние на восстановление подвижности, уменьшение боли и функциональное восстановление у пациентов с неспецифической болью в спине, а в ряде случаев даже позволяет снизить дозу НПВП [9, 10].

Медикаментозная тактика при хронической боли в спине (Таблица 2).

При обострении хронической боли в спине см. выше тактику лечения острого эпизода. При хронической неспецифической боли в спине на первый план выходят виды терапии, направленные на восприятие и анализ боли, активацию антиноцицептивной активности, снижение процессов сенситизации [11].

Применение антидепрессантов в терапии хронической боли в спине обосновано и будет эффективно при наличии сопутствующей тревоги/депрессии, лечение которой может повысить толерантность к боли, особенно в случае использования СИОЗСН [12].

Что касается вопросов, связанных с использованием инвазивной терапии боли в спине (внутривенное, внутримышечное введение анальгетических препаратов, лечебные блокады) в любой момент времени, то в настоящее время нет ни подтверждения ее эффективности, ни оценки соотношения пользы и риска использования данной терапии в этой популяции пациентов. Чтобы избежать побочных эффектов, вызванных от ее использования, рабочая группа по данному руководству не рекомендует инвазивную терапию взрослым с неспецифической болью в спине [1].

Обобщая выше сказанное, тенденции терапии боли в спине в зависимости от ее природы и времени процесса выглядят следующим образом (Таблица 2) [13].

Таблица 2. Методы лечения боли в пояснице.

Классификация болей в пояснице	Принцип терапии	Методы
Специфическая боль в пояснице	Устранить основную патологию	Консервативное (например, физиотерапия, мануальная терапия, физиотерапия, ЛФК) Интервенционное лечение (например, инъекции) Хирургическое вмешательство
Острая неспецифическая боль в пояснице	«Подождем и посмотрим» (в течение 6 недель) плюс психологическая поддержка пациентов	Обучение пациентов Анальгетическая терапия (при необходимости)
Хроническая неспецифическая боль в пояснице	Мультимодальный подход, реализуемый участниками мультидисциплинарной команды	Мультимодальная индивидуально адаптированная терапия, включая физические фармакологические и психологические подходы

Подытоживая методы ведения пациентов с болью в спине, хочется подчеркнуть, что сегодня крайне важно, чтобы медицинские специалисты отдавали приоритет «Биопсихосоциальному подходу» лечению боли в спине, применяли комплексные стратегии ведения таких пациентов и придерживались установленных клинических рекомендаций. Несмотря на реабилитационные тренды ведения пациентов с болью в спине, которые предлагают сначала использовать немедикаментозные методы воздействия, врач должен правильно оценивать и консультировать пациентов по подходящим им вариантам обезболивания на основе различных профилей безопасности и эффективности. Международные руководства по терапии боли в спине указывают, что обезболивание и обучение пациентов – процессы, которые должны идти параллельно [12].

Список литературы:

1. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, van Tulder M, Koes BW. 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):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.
2. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022 Nov 4;71(3):1-95. doi: 10.15585/mmwr.rr7103a1.
3. Fathi M, Zare MA, Bahmani HR, Zehtabchi S. Comparison of oral oxycodone and naproxen in soft tissue injury pain control: a double-blind randomized clinical trial. *Am J Emerg Med*. 2015 Sep;33(9):1205-8. doi: 10.1016/j.ajem.2015.05.021.
4. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, Leake HB, Rizzo RRN, Schabrun SM, Gustin SM, Day R, Williams CM, McAuley JH. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021 Jul 7;374:n1446. doi: 10.1136/bmj.n1446.
5. Chang WJ. Muscle Relaxants for Acute and Chronic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2020 May;31(2):245-254. doi: 10.1016/j.pmr.2020.01.005.
6. Witenko C, Moorman-Li R, Motycka C, Duane K, Hincapie-Castillo J, Leonard P, Valaer C. Considerations for the appropriate use of skeletal muscle relaxants for the management of acute low back pain. *P T*. 2014 Jun;39(6):427-35. PMID: 25050056; PMCID: PMC4103716.
7. Yasir M, Goyal A, Sonthalia S. Corticosteroid Adverse Effects. 2023 Jul 3. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30285357.
8. Eskin B, Shih RD, Fiessler FW, Walsh BW, Allegra JR, Silverman ME, Cochrane DG, Stuhlmiller DF, Hung OL, Troncoso A, Calello DP. Prednisone for emergency department low back pain: a randomized controlled trial. *J Emerg Med*. 2014 Jul;47(1):65-70. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.02.010.
9. Geller M, Mibielli MA, Nunes CP, da Fonseca AS, Goldberg SW, Oliveira L. Comparison of the action of diclofenac alone versus diclofenac plus B vitamins on mobility in patients with low back pain. *J Drug Assess*. 2016 Mar 31;5(1):1-3. doi: 10.3109/21556660.2016.1163263.
10. Mibielli MA, Geller M, Cohen JC, Goldberg SG, Cohen MT, Nunes CP, Oliveira LB, da Fonseca AS. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin*. 2009 Nov;25(11):2589-99. doi: 10.3111/13696990903246911.
11. 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.
12. Weisman SM, Ciavarra G, Cooper G. What a pain in the back: a review of current treatment options with a focus on naproxen sodium. *J Pharm Pharm Sci*. 2024 Feb 7;27:12384. doi: 10.3389/jpps.2024.12384.
13. Steinmetz A. Back pain treatment: a new perspective. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2022 Jul 4;14:1759720X221100293. doi: 10.1177/1759720X221100293.

Применение МКФ в реабилитации пациентов с болью в спине

Основная цель реабилитации лиц с болью в спине - ведение полноценной социальной жизни. И для достижения данного результата рекомендуется работать в рамках Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ), то есть когда проблемы индивидуума рассматриваются в комплексе как его личных факторов, так и аспектов окружающей среды в настоящий момент времени [1].

МКФ структурирует реабилитационный процесс и включает в себя 4 ключевых элемента:

- 1) оценка проблем пациента в настоящий момент времени,
- 2) согласование с пациентом целей реабилитационной программы и средств их достижения,
- 3) непосредственно осуществление реабилитационных мероприятий с использованием конкретных методов воздействия,
- 4) оценка достижения целей реабилитационной программы [2].

МКФ использует следующие категории для описания проблем пациента [1]:

- b (функции организма),
- d (активность - выполнение задачи или действия индивидом и участие - вовлечение индивида в жизненную ситуацию),
- e (факторы окружающей среды),
- s (структуры тела).

После буквы следует числовой код. Он начинается с номера раздела, за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый).

Например, Боль (b280-289):

- b280 Ощущение боли

- b289 Ощущение боли, другое уточненное и не уточненное
- b298 Сенсорные функции, другие уточненные
- b299 Сенсорные функции, не уточненные

В МКФ существует около 1500 категорий, их оценка при описании состояния здоровья конкретного человека может быть затруднительна в клинических условиях [3]. Поэтому для использования на практике категории объединяются в так называемые «наборы», которые подходят для описания людей с конкретными заболеваниями в настоящий момент времени [4].

Для пациентов с болью в нижней части спины существует два набора:

- полный набор состоит из 78 пунктов (19 из b, 29 из d, 25 из e, 5 из s),
- краткий набор состоит из 35 пунктов (10 из b, 12 из d и 10 из e, 3 из s) [5].

Для специалиста, который занимается вопросами реабилитации, крайне важна клиническая картина пациента. Выделяют следующие клинические варианты боли в спине:

- 1) сопровождающаяся нарушением подвижности в грудном, поясничном или крестцово-подвздошном отделах,
- 2) сопровождающаяся иррадиацией в верхнюю или нижнюю конечность,
- 3) боль в спине (шейный, грудной или поясничный отделы) на фоне генерализованной боли.

Несомненно, важен и «тайминг» процесса (острое, подострое, хроническое течение заболевания), который тоже вносит свой вклад в построение лечебно-реабилитационного процесса.

С учетом временных характеристик боли (острая, подострая, хроническая), боль в нижней части спины и категории МКФ будут соотноситься следующим образом (Таблица 3).

Таблица 3. Соотношение клинических характеристик боли в спине и категорий МКФ

Клиническая характеристика	Категория МКФ	
Острая или подострая боль в пояснице с нарушением подвижности	b7101	Подвижность нескольких суставов

Острая, подострая или хроническая боль в пояснице с нарушениями координации движений	b7601	Контроль сложных произвольных движений
Острая боль в пояснице с сопутствующей (отраженной) болью в нижних конечностях	b28015	Боль в нижних конечностях
Острая, подострая или хроническая боль в пояснице с иррадиирующей болью	b2804	Иррадиирующая боль в сегменте или области
Острая или подострая боль в пояснице с сопутствующими когнитивными или аффективными тенденциями	b2703	Чувствительность к повреждающим стимулам
	b1522	Диапазон эмоций
	b1608	Функции мышления, другие уточненные (мыслительные функции, определяемые как тенденция к развитию физических симптомов по когнитивным/социо-культуральным причинам)
	b1528	Функции эмоций, другие уточненные (эмоциональные функции, определяемые как тенденция к развитию физических симптомов по эмоциональным/аффективным причинам)
Хроническая боль в пояснице с сопутствующей генерализованной болью	b2800	Генерализованная боль
	b1520	Адекватность эмоций
	b1602	Содержание мышления

На клиническом примере представляем, как будет выглядеть соотношение клинической картины, временных характеристик, кодов МКБ-10 и категорий МКФ (Таблица 3 см. в конце главы) [6].

Клинический пример использования МКФ в клинической практике

Пациентка 40 лет. По профессии – менеджер в рекламной компании.

Жалобы: периодические ощущения давления, боль тянущего характера в поясничной области (больше справа). Данные жалобы характеризовались внезапным появлением при вставании после 3-часового (и более) сидения за компьютером. На момент осмотра она оценила степень выраженности боли по ВАШ - 8/10 в худшем случае, 0/10 в лучшем случае и в основное время - 5/10.

Особенности образа жизни и физической активности: пребывание в течение более 3-х часов в положении сидя, предпочитает спать на спине (но через час может возникнуть боль в пояснице), несколько раз в неделю занимается бегом трусцой более 45 минут (при этом иногда испытывает боль в правой ноге). Из – за возникающей боли перестала участвовать в любительских соревнованиях по бегу. Утром обычно просыпается без боли и болевые симптомы, которые послужили причиной обращения, возникали на работе в течение дня. Но отметила, что стала хуже высыпаться и стали возникать трудности в сосредоточении на работе.

Боль возникла 1 год назад одновременно с эпизодами боли в нижней части спины. Боль в ноге могла возникать при беге, вождении автомобиля или длительном сидении, при этом симптомы облегалась, когда она меняла положение: сидела или лежала на спине, использовала эллиптический тренажер и тренажеры для брюшного пресса. Пациентка сообщила об отсутствии онемения или парестезий в нижних конечностях, изменений в функции кишечника или мочевого пузыря, седловидной парестезии, а также слабости или нарушения координации в нижних конечностях.

В анамнезе – эпизоды тревожных расстройств и депрессии, по поводу чего эпизодически пациентка наблюдалась у психотерапевта.

В анамнезе прием препаратов: ибупрофен для снятия боли с временным положительным эффектом.

Целью пациентка с позиции реабилитации: просидеть 5 часов на работе без боли.

Осмотр

При визуальной оценке позы у пациента наблюдалось уменьшение грудного кифоза, увеличение поясничного лордоза, мышечно-тонический синдром паравerteбральной группы мышц справа. Боль в положении стоя по ВАШ составляла 1/10, локализовалась в правом поясничном отделе позвоночника и боковой поверхности ноги, не доходя до пальцев ног. При стоянии на правой ноге у пациентки наблюдались усиление боли в пояснице, возникновение перекоса таза. Боль по ВАШ составляла 5/10 баллов. Стояние на левой одной ноге была безболезненной, таз сохранял стабильное положение. Сила в нижних конечностях – 5 баллов с обеих сторон, чувствительных расстройств не выявлено. Рефлексы с сухожилий мышц, не были изменены, патологические знаки не выявлены. При мануальном тестировании: сегмент L5-S1 - был гипомобилен, давление воспроизводило боль в пояснице. Левый сегмент L5-S1 был гипомобилен, безболезненный. Сегменты L1–2–L4–5 имели нормальную подвижность, болезненную справа и безболезненную слева.

Оценка

На основании данных первичного обследования факторы, влияющие на острую боль в нижней части спины, были классифицированы и ранжированы выше с использованием модели МКФ (Таблица 4).

Таблица 4. Модель Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья ВОЗ, примененная к обследованию пациента с острой болью в нижней части спины

	Структуры и функции тела	Активность*	Участие**
Взгляд пациента	Боль в спине	Сидение 2 часа	Трудности в процессе работы, ограниченная программа личных физических упражнений
	Боль в ноге	Лежа на спине 1 час	Прерывание лежания на спине/повороты на бок/вставание, нарушился сон, труднее сосредоточиться на работе.
	Боль в ноге	Бег трусцой 45 минут	Прерывание активности/переход на ходьбу, невозможность участия в любительских соревнованиях по бегу

Взгляд физиотерапевта	1. Снижение подвижности функций сустава (b710)	1. Поддержание положения тела (d410)	1. Отдых и досуг (d920)
	2. Ощущение боли (b280)	2. Передвижение (функции толерантности к физической нагрузке) (b455)	2. Передвижение в различных местах (d460)
	3. Контроль произвольных двигательных функций (b760)	3. Передвижение (функции толерантности к физической нагрузке) (b455)	3. Оплачиваемая работа (d850)
Контекстуальные факторы			
Персональный			
Никакие личные факторы не были признаны барьерами			
Фасилитаторы (провокаторы): уровень активности и продолжение упражнений			

*Активность - выполнение задачи или действия индивидом

**Участие - вовлечение индивида в жизненную ситуацию

Комментарий к таблице: подвижность суставных функций и ощущение боли были отнесены к основным функциям организма. Было высказано предположение, что эти нарушения функций тела способствовали ее ограничениям в поддержании положения тела и движениях, тем самым ограничивая ее участие в различных сферах жизни.

Итак, предположили, что снижение подвижности суставов на уровне L5–S1 и возникающее в результате ощущение боли способствовали ограничениям в поддержании положения тела и движениях. Боль, возникающая в положении сидя за компьютером (позная нагрузка), ограничивала возможность продолжать работу, а в случае вынужденного пребывания в данном положении сопровождалась усилением данных ощущений. При этом, реабилитационный прогноз расценивался как благоприятный, ввиду улучшения состояний после проводимых манипуляций.

Реабилитация

Пациентка получила информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечения. Было осуществлено 2 сеанса по физической реабилитации с формированием «домашних заданий» в течение 21 дня.

Первоначальное вмешательство включало технику мягко-тканевой манипуляции в положении лежа на левом боку, направленную на уровень L5–S1 справа, для улучшения подвижности суставной функции и уменьшения болевых ощущений. Пациентка была проинструктирована по домашней программе упражнений лежа на левом боку с вращением туловища вправо, а также проинформирована о правилах эргономики работы за компьютером для устранения так называемого «средового барьера», связанного с длительным сидением за компьютером.

Во время второго визита – повторение мануальной манипуляции и подбор упражнений с целью коррекции миофасциального синдрома. Дополнительно проведено тестирование разгибания бедра на животе с разогнутым коленом справа, которое выявило переднюю ротацию таза и переднюю ротацию правой подвздошной кости в поперечной плоскости, что указывает на отсутствие нервно-мышечного контроля пояснично-тазового отдела. Это было единственное нарушение функции организма, выявленное на втором визите. Для устранения этого нарушения пациентке были назначены упражнения по стабилизации разгибания бедра в положении лежа. Также произведено уточнение по профессиональной деятельности: делать каждый час перерыв при сидении на работе.

Результаты

После проведения первой процедуры физической реабилитации был отмечен положительный эффект: боль в пояснице и ноге уменьшилась на 0/10 в положении стоя, отсутствие боли при разгибании поясницы, уменьшение боли при наклоне влево и отсутствие боли в положении стоя на одной ноге справа.

Во время второго визита боль в пояснице и правой ноге была менее интенсивной (т.е. в худшем случае 2/10). При этом, пациентка отмечала, что могла просидеть на работе до 5 часов без возникновения болевых ощущений. Она могла работать в течение дня без боли и вернулась к бегу. Цели, поставленные перед началом реабилитационных мероприятий, считаются достигнутыми.

Таким образом, использование МКФ в практике терапии и реабилитации пациентов с болью в спине позволяет медицинскому специалисту оценить значимые стороны жизни пациента в контексте имеющейся боли, в зависимости от целей, выстраивать конкретную программу реабилитации, то есть проводить не только терапию непосредственно самого состояния, но достигать основной цели современной реабилитации – возвращение человека к активной социальной жизни.

Учитывая временные ограничения приема, выделенные для медицинского работника, ниже мы приводим краткий список категорий МКФ на примере боли в нижней части спины, который удобен в использовании непосредственно на практике, позволяет определить основные цели реабилитации индивидуума и может быть гибко трансформирован в зависимости от потребностей пациента и возможностей врача (см. Таблица 4 см. в конце главы).

Таблица 5. Коды Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) при боли в нижней части спины, категорий МКФ и клинической картины

Коды МКБ-10		Коды Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) при боли в нижней части спины		
Острая и подострая боль в пояснице с нарушением подвижности				
M99.0	Сегментарная или соматическая дисфункция (в частности пояснично-крестцовая сегментарная/соматическая дисфункция)	Функции организма:	b28013	Боль в спине
			b28018	Боль в части тела, определяемая как боль в ягодицах, паху и бедре
			b7101	Подвижность нескольких суставов
			b7108	Мобильность суставных функций, определяемая как подвижность в позвоночном сегменте
		Структуры организма:	s76001	Грудной отдел позвоночника
			s76002	Поясничный отдел позвоночника
			s7401	Суставы тазовой области
		Активность и участие:	d4108	Изменение позы тела, другое уточненное

Острая, подострая или хроническая боль в пояснице с нарушениями координации движений					
M53.2	Нестабильность позвоночника	Функции организма:	b28013	Боль в спине	
			b28018	Боль в части тела, определяемая как боль в ягодицах, паху и бедре	
			b7101	Подвижность нескольких суставов	
			b7108	Мобильность суставных функций, определяемая как подвижность в позвоночном сегменте	
		Структуры организма:	s7601	Мышцы туловища	
			s 7602	Связки и фасции туловища	
			s 7402	Мышцы тазовой области	
		Активность и участие:	d4106	Смещение центра тяжести тела	
			d4158	Поддержание положения тела, определяемое как поддержание для выравнивания туловища, таза и нижних конечностей, при котором сегменты поясничных позвонков функционируют в нейтральном среднем положении	
		Острая боль в пояснице с сопутствующей (отраженной) болью в нижних конечностях			
M40.3	Синдром «плоской» спины	Функции организма:	b28013	Боль в спине	
M51.2			Другое уточненное смещение межпозвоночного диска (люмбаго вследствие смещения межпозвоночного диска)	b28015	Боль в нижней конечности
				b7101	Подвижность нескольких суставов
		b28013		Боль в спине	
		Структуры организма:		s76002	Поясничный отдел позвоночника
Активность и участие:	d4158	Поддержание положения тела, определяемое как поддержание для выравнивания туловища, таза и нижних конечностей, при котором сегменты поясничных позвонков функционируют в нейтральном среднем положении			

Острая, подострая или хроническая боль в пояснице с иррадирующей болью				
M54.5	Поясничная радикулопатия (неврит или радикулит)	Функции организма:	b28013	Боль в спине
			b2803	Иррадирующая боль в дерматоме
			b789	Двигательные функции
M54.4	Люмбаго с ишиас	Структуры организма:	s 1201	Спинномозговые нервы
			s 130	Структура мозговых оболочек
		Активность и участие:	d4180	Изменение позы тела, другое уточненное
			d4150	Нахождение в положении лежа
			d4154	Нахождение в положении стоя
Острая или подострая боль в пояснице с сопутствующими когнитивными или аффективными тенденциями				
M 54.5 G96.8	Люмбаго Нарушение центральной нервной системы, определяемое как чувствительность центральной нервной системы к боли	Функции организма:	b2703	Чувствительность к вредному раздражителю (сенсорная функция восприятия болезненных или дискомфортных ощущений)
			b1522	Диапазон эмоций (психические функции, которые производят спектр переживаний, вызывающих аффекты или чувства, такие как любовь, ненависть, тревога, печаль, радость, страх и гнев)
			b1608	Мыслительные функции, определяемые как тенденция к разработке физических симптомов по когнитивным/мысленным причинам
			b1528	Эмоциональные функции, определяемые как тенденция к развитию физических симптомов по эмоциональным/аффективным причинам
		Структуры организма:	s1100	Строение долей коры
			s1101	Структура промежуточного мозга
			s1102	Структура промежуточного мозга

			s1103	Базальные ганглии и относящиеся к ним структуры
			s1104	Структура мозжечка
			s1200	Структура спинного мозга
		Активность и участие:	d2303	Управление уровнем собственной активности
			d5701	Соблюдение диеты и здорового образа жизни
			d129	Целенаправленное использование органов чувств, другое уточненное и не уточненное (целенаправленный сенсорный опыт, определяемый как повторяющееся восприятие небезопасных сенсорных стимулов)
Хроническая боль в пояснице с сопутствующей генерализованной болью				
M54.5	Люмбаго	Функции организма:	b2800	Генерализованная боль (ощущение неприятного ощущения, указывающего на потенциальное или фактическое повреждение какой – либо структуры тела, которое ощущается по всему телу)
G96.8	Нарушение центральной нервной системы, определяемое как чувствительность центральной нервной системы к боли		b1520	Соответствие эмоций (психические функции, которые обеспечивают соответствие чувств или аффектов ситуации, например: радость от получения хороших новостей)
F45.4	Стойкое соматоформное болевое расстройство		b1602	Содержание мысли (психические функции, состоящие из представлений, присутствующих в процессе мышления и концептуализированных
			Включено: нарушения бреда, сверхценные идеи и соматизация)	
		Структуры организма:	S1100	Строение долей коры
			S 1101	Структура промежуточного мозга
			S 1102	Структура промежуточного мозга
			S1103	Базальные ганглии и относящиеся к ним структуры

		Активность и участие:	S1104	Структура мозжечка
			S1200	Структура спинного мозга
			d2303	Управление уровнем собственной активности
			d5701	Соблюдение диеты и здорового образа жизни
			d129	d129
			d7015	Физический контакт в отношениях (установление телесного контакта с другими людьми и реагирование на него в контекстуально и социально приемлемой форме)
			d7203	Взаимодействие в соответствии с социальными нормами

Таблица 6. Категории МКФ, включенные в краткий базовый набор при боли в нижней части спины

Категория МКФ	Порядок ранжирования	Код	Трудности в процессе работы, ограниченная программа личных физических упражнений
Функции организма	1	b280	Ощущение боли
	2	b152	Функции эмоций
	3	b730	Функции мышечной силы
	4	b710	Функции подвижности сустава
	5	b455	Функции толерантности к физической нагрузке
	6	b134	Функции сна
	7	b740	Функции мышечной выносливости
	8	b735	Функции мышечного тонуса
	9	b715	Функции стабильности сустава
	10	b130	Волевые и побудительные функции
Структуры организма	1	s120	Спинной мозг и относящиеся к нему структуры
	2	s760	Структура туловища

	3	s770	Дополнительные скелетно-мышечные структуры, связанные с движением
Активность и участие	1	d415	Поддержание положения тела
	2	d430	Поднятие и перенос объектов
	3	d410	Изменение позы тела
	4	d450	Ходьба
	5	d850	Оплачиваемая работа
	6	d859	Работа и занятость, другая уточненная и не уточненная
	7	d640	Выполнение работы по дому
	8	d540	Одевание
	9	d240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок
	10	d760	Семейные отношения
	11	d530	Физиологические отправления
	12	d845	Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений
Факторы окружающей среды Обозначение	1	e580	Службы, административные системы и политика здравоохранения
	2	e570	Службы, административные системы и политика социального страхования
	3	e355	Профессиональные медицинские работники
	4	e450	Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников
	5	e410	Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников
	6	e135	Изделия и технологии для труда и занятости
	7	e110	Продукты или вещества для персонального потребления
	8	e310	Семья и ближайшие родственники
	9	e155	Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования
	10	e550	Службы, административные системы и политика правосудия

Список литературы:

- 1) World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. World Health Organization; 2001.
- 2) Stier-Jarmer M, Cieza A, Borchers M, Stucki G; World Health Organization. How to apply the ICF and ICF core sets for low back pain. *Clin J Pain*. 2009 Jan;25(1):29-38. doi: 10.1097/AJP.0b013e31817bcc78.
- 3) Cieza A, Hilfiker R, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün BT, Stucki G. The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning. *J Clin Epidemiol*. 2009 Sep;62(9):899-911. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.01.019.
- 4) Noten S, Troenosemito LAA, Limsakul C, Selb M, de Groot V, Konijnenbelt M, Driessen DMF, Hilberink SR, Roebroek ME; ICF Core Set for Adults with Cerebral Palsy Study Group. Development of an ICF Core Set for adults with cerebral palsy: capturing their perspective on functioning. *Dev Med Child Neurol*. 2021 Jul;63(7):846-852. doi: 10.1111/dmcn.14841.
- 5) Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R. ICF Core Sets for low back pain. *J Rehabil Med*. 2004 Jul;(44 Suppl):69-74. doi: 10.1080/16501960410016037.
- 6) Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ; Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012 Apr;42(4):A1-57. doi: 10.2519/jospt.2012.42.4.A1.

Заключение

Боль в спине остается актуальной проблемой современной медицины как по частоте обращаемости, так и по влиянию на социальную жизнь человека.

И, конечно же, эффект терапии этого состояния должен определяться не только скоростью купирования или уменьшения боли, но и последующей стойкой ремиссией, которая и определит качество жизни пациента.

Соответственно, терапия должна охватывать все стороны жизни пациента, приводя к изменению его *modus vivendi*, а значит отражаться не только на физиологическом уровне, но и на системе поведенческих, социокультурных, идентификационных факторов, определяющих способ жизнедеятельности индивида.

И в этом контексте приведенный в данном руководстве алгоритм действий медицинского специалиста, основанный на биопсихосоциальной модели, оптимизирует выявление состояний, при которых боль в спине является как независимой, так и сопутствующей патологией, а проведение реабилитации с позиции МКФ способствует оптимальному возвращению пациента к желаемому уровню социального функционирования.

ISBN 978-5-6048429-3-5



9 785604 842935