

На правах рукописи



Головачева Анжелика Александровна

**Головная боль напряжения
у пациентов с хронической неспецифической болью в спине**

3.1.24. Неврология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Парфенов Владимир Анатольевич

Официальные оппоненты:

Шаров Михаил Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи, профессор кафедры

Широков Василий Афанасьевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное бюджетное учреждение науки «Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Институт общей и профессиональной патологии имени академика А. И. Потапова, научный руководитель

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «18» марта 2026 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, Москва, ул. Россолимо, д.11, стр.1

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2026 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.24

доктор медицинских наук

 — Толмачева Виолетта Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Головная боль напряжения (ГБН) и неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в спине (НБС) – одни из самых частых причин обращения к врачу за медицинской консультацией [Парфенов В.А. и соавт., 2019; Табеева Г.Р. и соавт., 2022]. ГБН – самая частая форма головной боли (ГБ), ее распространенность достигает 86% среди взрослого населения [S. Ashina et al., 2021]. На долю боли в нижней части спины (БНЧС) приходится 52,3% среди всех видов скелетно-мышечных болей у взрослого населения в мире [Maher C. et al., 2022]. У 10% пациентов с острой НБС происходит ее хронизация, в развитии которой могут иметь значение тревога, депрессия, катастрофизация боли, стресс, малоподвижный образ жизни и другие факторы [Парфенов В.А. и соавт., 2019]. Частая эпизодическая ГБН (ЭГБН), хроническая ГБН (ХГБН) и хроническая НБС (ХНБС) приводят к большим экономическим потерям [Рачин А.П. и соавт., 2017; Fernández-de-Las-Reñas C. et al., 2017]. Данные заболевания распространены среди людей молодого и среднего возраста, приводят к значимому снижению работоспособности [Ashina S. et al., 2021]. Частая ЭГБН, ХГБН и ХНБС часто сочетаются с повышенной тревогой, депрессией, что оказывает негативное влияние на прогноз болевого синдрома [Яхно Н. Н. и соавт., 2012; Fernández-de-Las-Reñas C. et al., 2017]. Среди пациентов с ХГБН боль в спине (БС) встречается значимо чаще, чем у пациентов без ГБ. По данным эпидемиологических исследований НБС встречается в 82% случаев при ХГБН и в 80% при ЭГБН [Ashina S. et al., 2018]. Риск частых обострений БС в 2,7 раз выше среди людей с ЭГБН и в 18,3 раз - среди людей с ХГБН, чем среди людей без ГБН [Yoon M.S. et al., 2013]. Наличие у пациента одновременно двух заболеваний – ГБН и БС – приводит к усложнению ведения такого пациента, так как два болевых синдрома отягощают течение друг друга. Анализ реальной практики ведения пациентов с ГБН и с ХНБС показал низкий уровень диагностики ГБН и ХНБС, недостаточное применение эффективных нелекарственных методов и частое назначение неоптимальной фармакотерапии [Азимова Ю.Э. и соавт., 2010; Головачева В.А. и соавт., 2017; Осипова В.В. и соавт., 2012]. Ранее российских исследований, оценивающих тактику ведения пациентов, имеющих одновременно два заболевания – ГБН и ХНБС, не проводилось. Не известны клинические особенности ГБН у пациентов с ХНБС, клинико-психологические особенности данной категории пациентов, а изучение таких особенностей поможет разработать наиболее оптимальный подход к ведению таких пациентов.

Для лечения ХНБС рекомендовано комплексное лечение, включающее нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), образовательные беседы, лечебную гимнастику курсом, при наличии депрессии – антидепрессанты [Парфенов В. А. и соавт., 2019]. Для лечения частой эпизодической и хронической ГБН также рекомендуется комплексное лечение, включающее антидепрессанты в качестве профилактической фармакотерапии, ограниченный

прием обезболивающих препаратов для купирования ГБ (в том числе ограничение приема НПВС из-за риска развития или уже имеющейся лекарственно- индуцированной ГБ), нелекарственные методы (поведенческая терапия, релаксация, биологическая обратная связь и/или лечебная гимнастика) [Азимова Ю. Э. и соавт., 2022]. Ранее не проводилось российских исследований по оценке эффективности комплексного лечения, включающего обучение пациентов правилам эргономики и оптимальной физической активности, тренинг правильных поз, у пациентов с ГБН, ХНБС. Не ясно, как вести пациентов, имеющих одновременно два заболевания – ГБН и ХНБС, как оптимально сочетать достоверно эффективные лекарственные и нелекарственные методы, какой объем терапии будет достаточен и не избыточен.

Таким образом, актуально изучение клинико-психологических особенностей пациентов, имеющих одновременно два заболевания – ГБН и ХНБС, разработка комплексного лечения, включающего оптимальную лекарственную терапию и расширенную нелекарственную терапию (расширенные образовательные беседы о заболевании, эргономику, тренинг правильных поз, лечебную гимнастику) для данной категории пациентов.

Степень разработанности темы исследования

Анализ международных и российских научных баз данных выявил достаточно высокое число публикаций, посвященных вопросам диагностики и лечения ГБН и ХНБС. Обсуждаются вопросы комплексной терапии, включающей лекарственные и нелекарственные методы лечения ХНБС и ГБН [Парфенов В.А. и соавт., 2021; Тлисова К.М. и соавт., 2024; Fernández-Rodríguez R. et al., 2022; García-Pérez-de-Sevilla G. et al., 2023]. Количество научных и клинических исследований, системных обзоров с применением нелекарственных методов лечения ГБН и ХНБС значительно увеличилось. Отдельное внимание в исследованиях уделяется сочетанию образовательных бесед, эргономики и лечебной гимнастики. При этом значимо больше клинических исследований систематический обзоров с применением образовательных бесед, эргономики и лечебных упражнений опубликовано по ХНБС, чем по ГБН [Shariat A. et al., 2018; Madsen B.K. et al., 2018; Ibrahim A.A. et al., 2023; Wood L. et al., 2023; Rota E. et al., 2016; Suh J.H. et al., 2019]. По данным предшествующих исследований ГБН и скелетно-мышечная БС имеет общий патогенез [Astrup J. et al., 2022; Yoon M.S. et al., 2013; Ashina S. et al., 2018]. Однако единый и эффективный подход к лечению данной категории пациентов продолжает обсуждаться.

Цель и задачи исследования

Цель исследования — оптимизировать ведение пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические особенности пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине.

2. Определить причины предшествующего неэффективного лечения пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине.

3. Выявить коморбидные нарушения (инсомнию, эмоциональные расстройства, лекарственно-индуцированную головную боль, неспецифическую боль в шее) среди пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине.

4. Провести анализ эффективности длительного комплексного лечения, включающее лекарственную терапию и расширенную нелекарственную терапию (расширенные образовательные беседы о заболевании и оптимальной физической активности, эргономику, тренинг правильных поз, индивидуальную лечебную гимнастику) пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине.

5. Сравнить эффективность длительной комплексной терапии и стандартной терапии у пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине, в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

6. Разработать практические рекомендации об оптимизации ведения пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную болью напряжения и хроническую неспецифическую болью в спине.

Научная новизна

1. Изучены клинические особенности пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине.

2. Выявлены коморбидные нарушения у пациентов, имеющих одновременно два заболевания - головную боль напряжения и хроническую неспецифическую болью в спине: инсомния, повышенная тревога, симптомы депрессии, боль в шее, лекарственно-индуцированная головная боль.

3. Выявлено, что большинству пациентов с головной болью напряжения и хронической неспецифической болью в спине ставится неправильный диагноз по головной боли, необоснованно назначаются дополнительные исследования при отсутствии «красных флагов», используется нерекондуемое, с низким уровнем доказательности, неэффективное лечение, что приводит к формированию у пациентов неправильных представлений о заболевании, катастрофизации боли, кинезиофобии, эмоциональным нарушениям – факторам хронизации боли.

4. Впервые представлен подход эффективного длительного комплексного лечения пациентов с одновременно двумя заболеваниями – головной болью напряжения и хронической

неспецифической болью в спине. Показано, что формирование у пациентов правильных представлений о заболевании, коррекция нарушений в образе жизни (коррекция низкой физической активности, длительных статических поз в течение дня), обучение правилам эргономики, тренинг правильных поз в сочетании с упражнениями по лечебной гимнастике, оптимальной лекарственной терапией позволяет относительно быстро и устойчиво достичь клинический эффект у большинства пациентов, имеющих одновременно два заболевания – хроническую неспецифическую боль в спине и головную боль напряжения, в отношении боли и коморбидных нарушений. Клинический эффект наблюдается у большинства пациентов через 3 месяца от начала и сохраняется в течение 6 месяцев.

5. Показано, что соблюдение пациентами рекомендаций по физической активности, об эргономике, по правильным позам в повседневной жизни, позволяет сохранить достигнутый терапевтический эффект по головной боли напряжения и хронической неспецифической боли в спине до 6 месяцев после завершения курса комплексного лечения.

Теоретическая и практическая значимость работы

В настоящей работе описаны клинические особенности пациентов, имеющих одновременно два заболевания – ХНБС и ГБН, определены коморбидные нарушения, установлены причины неэффективного лечения российских пациентов с ГБН и ХНБС. Причины неэффективного лечения пациентов с ГБН и ХНБС: низкий уровень диагностики ГБН и коморбидных нарушений (инсомнии, эмоциональных расстройств, болей других локализаций, лекарственно-индуцированной головной боли), лечение ГБН и ХНБС преимущественно с помощью лекарственных препаратов, отсутствие оценки и коррекции факторов хронизации боли. Практически всем пациентам чрезмерно и необоснованно назначались дополнительные методы обследования по ГБ и БС. Наблюдалась гипердиагностика симптоматических ГБ, а в отношении ХНБС отмечалось чрезмерное внимание к поиску анатомических источников боли с помощью дополнительных обследований, при этом не проводилась оценка образа жизни пациента, его физической активности в течение дня. Отмечено, что врачи, к которым ранее обращались наблюдаемые пациенты, не проводили с пациентами образовательных бесед о заболевании и оптимальной физической активности, не рассказывали пациентам о правилах эргономики и правильных позах в повседневной жизни, направленных на предупреждение ГБН и БС. Для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с ГБН и ХНБС необходимо более широкое информирование врачей о нелекарственных методах лечения, обучение врачей правилам эргономики, оптимальной физической активности и тренингу правильных поз для того, чтобы они могли эффективно применять данные методы в лечении пациентов с ГБН и ХНБС. Также целесообразно создание специализированных государственных, университетских центров для лечения различных болей, в частности ГБН и ХНБС. В данные центры смогут обращаться

пациенты, которые не получили эффекта от проводимого стандартного лечения по месту жительства. Впервые представлен российский подход эффективного длительного комплексного лечения пациентов с одновременно двумя заболеваниями – ГБН и ХНБС. Данный подход учитывал наличие у пациентов коморбидных нарушений и их коррекцию, включал расширенные образовательные беседы о заболевании, правилах эргономики и оптимальной физической активности, тренинг правильных поз, лечебную гимнастику, оптимальную фармакотерапию. Предложенный подход лечения пациентов, имеющих одновременно ГБН и ХНБС, позволил относительно быстро помочь большинству пациентов с длительным сохранением достигнутого терапевтического эффекта по ГБН, ХНБС и коморбидным нарушениям. Данный подход длительного комплексного лечения пациентов может быть внедрен в медицинские учреждения российского здравоохранения для повышения эффективности лечения пациентов, имеющих одновременно два заболевания – ГБН и ХНБС.

Методология и методы исследования

В исследование включено 120 пациентов в возрасте от 18 до 61 лет с установленными диагнозами одновременно двух протекающих неврологических заболеваний – ХНБС и ГБН.

Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, в ходе которой проводился детальный сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания, анализ медицинской документации, оценивались клинические и социально-демографические характеристики. Всем пациентам проводились соматическое, неврологическое и нейроортопедическое обследования. Всем пациентам проводилось тестирование (до лечения, на 3 и 6 месяце наблюдения) с использованием клиничко-психологических методик: числовой рейтинговой шкалы (ЧРШ), Шкалы депрессии Бека (ШДБ), Шкалы тревоги Бека (ШТБ), Шкалы катастрофизации боли (ШКБ), Шкалы кинезиофобии Г. Тампа (ШКТ), Опроснику Освестри (ОО), Индексу влияния ГБ (ИВГБ), Индексу тяжести инсомнии (ИТИ), Опроснику для определения физической активности (ООФА), Индексу ограничения жизнедеятельности по боли в шее (ИОЖБШ), 7-балльной шкалы общего воспринимаемого эффекта (7-ШОВЭ), Количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Всем пациентам предлагалось вести дневник ГБ и БС в течение всего периода исследования. Период наблюдения составлял 6 месяцев. Оценка эффективности лечения по данным дневников и результатам вышеописанных тестов проводилась на 3 и 6 месяцах наблюдения.

Методом случайных чисел все пациенты были рандомизированы в две группы. Группа 1 получала длительное комплексное лечение, включающее лекарственную терапию и расширенную нелекарственную терапию. Группа 2 получала стандартную терапию, которая включала лекарственную терапию, информирование пациента о заболевании, лечебную физкультуру в виде общеукрепляющих упражнений в формате 5 групповых занятий.

Личный вклад автора

Личный вклад автора заключается в постановке цели, задач исследования, разработке дизайна исследования, аналитическом обзоре научной литературы, отборе пациентов, сборе анамнеза заболевания и анамнеза жизни, проведении клинического соматического, неврологического и нейроортопедического обследования, проведении тестирования пациентов по специальным шкалам и опросникам, проведении комплексного лечения, создании базы данных, статистической обработке полученных результатов, их анализе и обобщении, формулировке выводов, написании диссертации.

Положения, выносимые на защиту

1. У большинства пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине, головная боль ошибочно расценивается как симптоматическая, что приводит к назначению необоснованных методов обследования при отсутствии «красных флагов» по головной боли и боли в спине, неэффективному лечению и к хроническому течению заболевания

2. У пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине, часто встречаются инсомния, эмоциональные нарушения (повышенная тревога, симптомы депрессии), лекарственно-индуцированная головная боль, неспецифическая боль в шее. Эти коморбидные нарушения редко диагностируются, поэтому пациенты не получают их лечения.

3. Длительное комплексное лечение, включающее лекарственную терапию и расширенную нелекарственную терапию (расширенные образовательные беседы о заболевании, эргономику, тренинг правильных поз, лечебную гимнастику) позволяет помочь большинству пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую боль в спине. Длительная приверженность пациентов к повседневной физической активности, правильным позам в течение дня, к эргономике позволяет добиться стойкого положительного эффекта.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационной работы соответствуют паспорту научной специальности 3.1.24. Неврология, пунктам 15 (Неврология болевых синдромов. Этиология, диагностические и терапевтические подходы в лечении и профилактики болевых синдромов) и 20 (Лечение неврологических больных. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, реабилитация при болезнях центральной, периферической и вегетативной нервной системы, и ассоциированных с ними заболеваний (коморбидных пациентов), изучение механизмов действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения заболеваний нервной системы, переносимость и безопасность лечения и реабилитации неврологических

больных, исследование качества жизни и социализации неврологических больных, изучение лекарственных взаимодействий при лечении заболеваний нервной системы, организация лечебной и реабилитационной помощи пациентам с заболеваниями нервной системы).

Степень достоверности и апробации результатов

Достоверность результатов, полученных в ходе диссертационного исследования основана на достаточном количестве клинического материала с применением современных методов лечения, адекватной выборке пациентов, с учетом разработанных критериев включения, выполнении работы согласно поставленной цели и задачам, применении современных методов лечения, включающих лекарственную и нелекарственную терапию. Анализ результатов выполнен с использованием пакета профессиональных программ статистического анализа, что обеспечивает высокоточную статистическую обработку результатов.

Основные положения научной работы докладывались и обсуждались на следующих конференциях: Всероссийская конференция «Головные боли в клинической практике» (30–31 мая 2022 г., Москва); XIX Междисциплинарная конференция с международным участием «Вейновские Чтения» (8–10 февраля 2023 г., Москва); XXIX Российская научно-практическая конференция с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию» (18–20 мая 2023 г., Уфа); III Всероссийская научно-практическая конференция «Скелетно-мышечная боль при ревматических заболеваниях» (21–23 сентября 2023 г., Москва); 4-я Российско-Белорусская научно-практическая конференция «Лечение боли без границ» (6–7 октября 2023 г., Смоленск); Всероссийская онлайн конференция «Интегративная медицина: от диагностики до реабилитации. Неврология» (8 декабря 2023 г., Москва); XII Всероссийская научно-практическая конференция «Боль в спине - междисциплинарная проблема 2024» (19 апреля 2024 г., Москва); XIII Всероссийская научно-практическая конференция «Боль в спине - междисциплинарная проблема 2025» (14 марта 2025 г., Москва); II Всероссийская научно-практическая конференция «Неврология в общей медицинской практике» (11 апреля 2025 г., Москва); Конференция «Актуальные вопросы неврологии в молодежной науке. Часть 3. Заболевания периферической нервной системы, болевые феномены, нервно-мышечные заболевания» (4 июня 2025 г., Санкт-Петербург); Юбилейный нейрофорум - 2025 с международным участием. К 80-летию Российского центра неврологии и нейронаук (18–19 июня 2025 г., Москва); XXVII Всероссийский конгресс с международным участием «Давиденковские чтения» (18–19 сентября 2025 г., Санкт-Петербург).

Апробация диссертации была проведена на заседании кафедры нервных болезней Института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол апробации № 3 от 24.09.2025).

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования опубликовано 20 работ, в том числе 2 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук; 2 статьи в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus; 14 иных публикаций по результатам исследования, 1 свидетельство о государственной регистрации базы данных, 1 публикация в сборнике материалов всероссийской научной конференции.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 130 машинописных страницах и включает введение, четыре главы, выводы, практические рекомендации, список сокращений и условных обозначений, список литературы (225 источников, в том числе 71 отечественных и 154 иностранных), 1 приложение, 42 таблицы и 31 рисунок.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 124 пациента, из них 4 пациента прекратили участие в исследовании по собственному желанию в связи с возникшими личными обстоятельствами. Исследование завершили 120 пациентов (32 мужчины и 88 женщин) с диагнозом ХНБС и сочетанной ГБН различной частоты. Средний возраст пациентов составил $38,4 \pm 8,5$ лет, самому молодому пациенту было 18 лет, самому старшему пациенту – 61 год. Все пациенты наблюдались в клинике нервных болезней им. А. Я. Кожевникова (КНБ) Сеченовского Университета.

В исследование включались пациенты, соответствующие критериям включения:

1. мужчины или женщины в возрасте от 18 до 65 лет;
2. наличие информированного согласия об участии в исследовании;
3. наличие ХНБС в сочетании с эпизодической или хронической ГБН;
4. амбулаторное лечение в КНБ.

В исследование не включались пациенты, у которых был выявлен хотя бы один из перечисленных критериев:

1. возраст младше 18 лет, старше 65 лет;
2. беременность, кормление грудью;
3. специфические причины БС;
4. наличие какой-либо другой формы первичной ГБ (кроме ГБН);
5. вторичные формы ГБ (кроме лекарственно-индуцированной ГБ (ЛИГБ));
6. перенесенные операции на позвоночнике, спинном мозге или головном мозге в анамнезе;
7. наличие соматического, другого неврологического или эндокринного заболевания в стадии

декомпенсации или обострения, или превосходящие по своей выраженности НБС и ГБН;

8. тяжелые инфекционные, онкологические и психические заболевания.

Досрочно из исследования исключались пациенты, у которых в процессе исследования был выявлен хотя бы один из перечисленных критериев исключения:

1. желание пациента прекратить участие в исследовании;
2. нарушение пациентом протокола исследования;
3. наступление беременности;
4. развитие или обострение соматического, другого неврологического или эндокринного заболевания превосходящие по своей выраженности НБС и ГБН;
5. выявление тяжелого инфекционного, онкологического и психического заболевания.

Диагноз ХНБС устанавливался в соответствии с диагностическими критериями клинических рекомендаций российских экспертов [Парфенов В. А. и соавт., 2019]. Диагноз ГБН ставился на основании диагностических критериев международной классификация головных болей третьего пересмотра.

Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа и тестирование. Всем пациентам проводились соматическое, неврологическое и нейроортопедическое обследования. Неврологический осмотр всем пациентам проводился с целью исключения «красных флагов» по БС и ГБ. При пальпации перикраниальных мышц проводилось определение их болезненности с помощью Общей оценки болезненности (ООБ). У каждого пациента определялись факторы риска развития боли и факторы хронизации боли. Всем пациентам оценивался индекс массы тела.

Использовались следующие шкалы и опросники до лечения, на 3 и 6 месяцах после лечения: ЧРШ, ШДБ, ШТБ, ШКБ, ШКТ, ОО, ИВГБ, ИТИ, ООФА, ИОЖБШ, КОП-25. На 3 и на 6 месяце наблюдения пациенты оценивали эффект от проведенной терапии по 7-ШОВЭ. Всем пациентам предлагалось вести дневник ГБ и БС в течение всего периода исследования.

Клинический эффект (КЭ) лечения ГБН считался достигнутым, если частота ГБ (количество дней с ГБ в месяц) снижалась на 50% и более от исходной. КЭ лечения ХНБС – снижение интенсивности БС на 30% и более, повышение функциональной активности в течение дня на $\geq 30\%$ (по данным ОО). Пациенты, достигшие КЭ в отношении обоих болевых синдромов, обозначались как «респонденты» (на английском языке «response» - ответ). Пациенты, достигшие полного регресса (ремиссии) ГБ и БС, считались «супер-респондентами».

Методы лечения

Методом случайных чисел все пациенты были рандомизированы в две группы. Группа 1 получала длительное комплексное лечение, включающее лекарственную терапию и расширенную нелекарственную терапию, которая проводилась в форме 10 индивидуальных занятий со специалистом, по 45 минут, с частотой 1 раз в неделю. Структура расширенной

нелекарственной терапии представлена в таблице 1. Между встречами со специалистом пациентам рекомендовалось выполнять упражнения самостоятельно, ежедневно, по 15 минут 3 раза в день и соблюдать правила эргономики и физической активности в течение дня. После завершения курса пациентам рекомендовалась придерживаться правил эргономики и тренингу правильных поз, а также продолжать заниматься гимнастикой ежедневно самостоятельно.

Таблица 1 - Расширенная нелекарственная терапия для лечения пациентов с ХНБС и ГБН

<p>1. Расширенная образовательная беседа:</p> <ul style="list-style-type: none"> • информирование о причинах, прогнозе и методах лечения БС, ГБ и коморбидных нарушений; • информирование о значимости физической активности, необходимости модификации образа жизни (повышение физической активности, релаксация, прогулки на свежем воздухе, фитнес и другое); • мотивирование пациента к лечению, соблюдению рекомендаций по физической активности и образу жизни; <p>2. Обучение правилам эргономики и тренинг правильных поз:</p> <ul style="list-style-type: none"> • формирование модели правильной осанки во время ходьбы; • модификация поз в повседневной жизни в положении сидя и лежа: формирование правильной модели осанки стоя и в положении сидя, во время работы за компьютером, работы с телефоном, чтении книг, просмотром телевизора, вождения машины, поднятия тяжестей, ношении сумки и рюкзака, выполнения повседневных дел, а также обсуждение предпочтительных поз для сна и высоты подушки; • организация рабочего места за компьютером; • ограничение длительных статических поз при работе за компьютером, вынужденных длительных статических поз за рабочем местом, организация перерывов в работе; <p>3. Тейпирование пояснично-крестцового и шейно-плечевого отделов 1 раз в неделю</p> <p>4. 10 индивидуальных занятий по лечебной гимнастике на основании современных методик по лечебной гимнастике при ХНБС и ГБН, с постепенным увеличением нагрузки: растяжение мышц, постизометрическая релаксация, упражнения для улучшения осанки, упражнения на укрепление глубоких мышц спины по методу Пилатес, на стабилизацию осевой мускулатуры и на скоординированную работу мышц, силовые упражнения</p> <p>5. Рекомендации и составление индивидуального плана занятий упражнениями самостоятельно (дома и в перерывах на работе)</p>

Группа 2 получала только стандартную терапию, которая включала лекарственную терапию, информирование пациента о заболевании, лечебную физкультуру в виде общеукрепляющих упражнений в формате 5 групповых занятий.

Лекарственная терапия ХНБС назначалась в соответствии с клиническими рекомендациями и включала назначение НПВС в сочетании с миорелаксантами, витаминами группы В (курсом до 10–14 дней), при наличии сопутствующих симптомов депрессии дополнительно назначались антидепрессанты [Парфенов В. А. и соавт., 2019]. Лекарственная терапия ГБН назначалась в соответствии с клиническими рекомендациями и состояла из терапии для купирования ГБН для всех пациентов, профилактической терапии ГБН с назначением

антидепрессантов пациентам с хронической формой ГБН, ЛИГБ [Азимова Ю. Э. и соавт., 2022]. При наличии ЛИГБ всем пациентам проводилась терапия данной формы ГБ в соответствии с клиническими рекомендациями – дезинтоксикационная терапия, которая включала следующие методы: 1) отмену обезболивающих препаратов, принимаемых ранее пациентом в избыточном количестве; 2) терапию для облегчения симптомов отмены обезболивающих препаратов (до 7 дней) - противорвотную терапию (метоклопрамид 10 мг 2-3 раза в день), терапию для головной боли «отмены» (альтернативный ненаркотический обезболивающий препарат, которым ранее пациент не злоупотреблял) [Табеева Г. Р. и соавт., 2022]. При наличии неспецифической БШ (НБШ) пациентам назначалось лечение в соответствии с клиническими рекомендациями и включало применение НПВС в сочетании с миорелаксантами, витаминами группы В [Парфенов В. А. и соавт., 2023]. При наличии симптомов или диагноза инсомнии все пациенты получали рекомендации по гигиене сна в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению инсомнии [Полужтков М. Г. и соавт., 2016].

Дизайн исследования

Как представлено в таблице 2, на 1 неделе со всеми пациентами был проведен скрининг и рандомизация в терапевтические группы, с 1 по 10 неделю проводилось лечение, на 12 и 24 недели оценивались результаты лечения.

Таблица 2 – Дизайн исследования

1 неделя	Скрининг и рандомизация	
	120 пациентов с ХНБС и ГБН различной частоты. Со всеми пациентами проводилось: <ul style="list-style-type: none"> • Оценка критериев включения и невключения • Подписание информированного согласия • Клиническая беседа • Соматическое, неврологическое и нейроортопедическое обследования • Тестирование по шкалам и опросникам • Рандомизация пациентов в две группы 	
1–10 неделя	Лечение	
	Группа 1 (N=60) Длительное комплексное лечение <ul style="list-style-type: none"> • лекарственная терапия • расширенная нелекарственная терапия в формате 10 индивидуальных занятий 	Группа 2 (N=60) Стандартная терапия <ul style="list-style-type: none"> • лекарственная терапия • информирование о заболевании • 5 групповых занятий лечебной физкультурой
12 неделя	Оценка результатов лечения	
	Со всеми пациентами проводилось: <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая беседа (оценка жалоб, побочных эффектов) • Соматическое, неврологическое и нейроортопедическое обследования • Тестирование по шкалам и опросникам • Анализ данных дневников 	

Продолжение Таблицы 2

24 неделя	Оценка результатов лечения
	Со всеми пациентами проводилось: <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая беседа (оценка жалоб, побочных эффектов) • Соматическое, неврологическое и нейроортопедическое обследования • Тестирование по шкалам и опросникам • Анализ данных дневников

Статистический анализ

Статистическая обработка полученных данных была выполнена с помощью программы STATISTICA и пакета статистических программ Statistica 12. Нормальность распределения пациентов в исследуемой выборке оценивалась по критерию Колмогорова-Смирнова d и по критерию хи-квадрат χ^2 . Количественные переменные полученных результатов были представлены в виде $M \pm SD$, при этом M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение среднего по группе. Качественные данные были представлены в виде частоты и доли (в %) от общего числа.

Для сравнения количественных данных между двумя группами применялись тесты Стьюдента для несвязанных и связанных выборок, тест Уэлча (при нормальном распределении данных). Для сравнения количественных параметров между двумя несвязанными группами применялись U-критерий Манна-Уитни (при отсутствии нормального распределения данных). Для сравнения количественных параметров между двумя связанными группами применялся T-критерий Вилкоксона (при отсутствии нормального распределения данных). Качественные параметры данных оценивались с помощью тестов Фишера и Вилкоксона. Динамика результатов по клинико-психологическим данным, оцениваемым с помощью шкал и опросников, анализировалась и проводилась с помощью критерия Фридмана, с учетом поправки Бонферрони. Для анализа динамики количества дней с болью использовался дисперсионный анализ для повторных измерений (при нормальном распределении данных) и критерий Фридмана (при отсутствии нормального распределения данных). Достоверность различий между группами определялась по p -уровню значимости и 95% доверительному интервалу. Статистическая значимость различий между группами считалась при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов, включенных в исследование, была диагностирована ГБН различной частоты с вовлечением перикраниальных мышц: 40,8% - ХГБН, 55% - частая ЭГБН, 4,2% - нечастая ЭГБН. Исходно группы 1 и 2 статистически значимо не отличались по количеству пациентов с ХГБН (41,7% и 40%, соответственно), частой ЭГБН (53,3% и 56,7%, соответственно), нечастой ЭГБН (5% и 3,3%, соответственно). У пациентов, включенных в исследование, определялись

коморбидные нарушения (рисунок 1). Анализ медицинской документации показал, что ранее эмоциональное состояние, сон ни у кого из пациентов не оценивались.

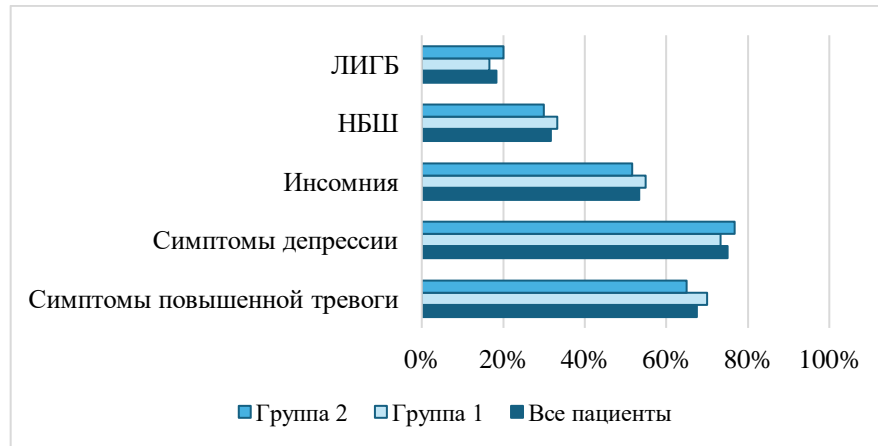


Рисунок 1 - Коморбидные нарушения у пациентов, включенных в исследование

Диагноз ГБН ранее был установлен только 18% (N=22) пациентам, остальные 82% (N=98) имели другие диагнозы (рисунок 2).



Рисунок 2 - Диагнозы, устанавливаемые пациентам с ХНБС и ГБН в различных медицинских учреждениях по поводу ГБ

В связи с ведущей жалобой на БС и ГБ всем пациентам в других лечебных учреждениях назначались дополнительные обследования. Только 7% (N=8) пациентов с БС и 5% (N=6) пациентов с ГБ имели нетипичное течение боли или «красные флаги», то есть показания для проведения дополнительных исследований. По результатам ранее проведенных исследований нами исключены органические причины БС и ГБ. До обращения в КНБ все пациенты получали фармакотерапию, большинство - массаж и методы пассивной физиотерапии, никто из пациентов

не получал рекомендаций по эргономике, образу жизни, физической активности, только 9% (N=11) пациентов получали рекомендацию заняться лечебной гимнастикой (рисунок 3).

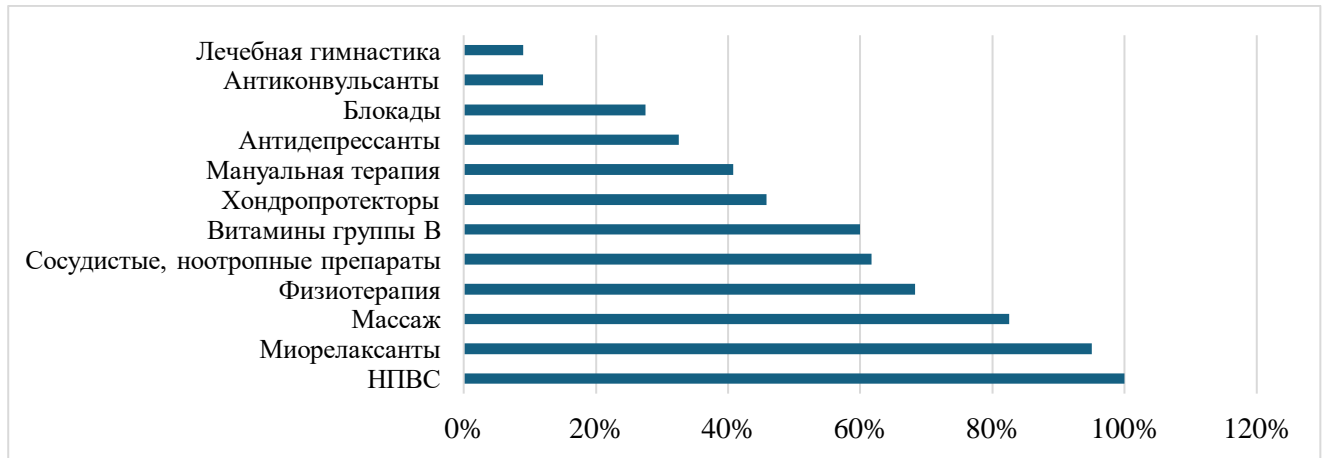
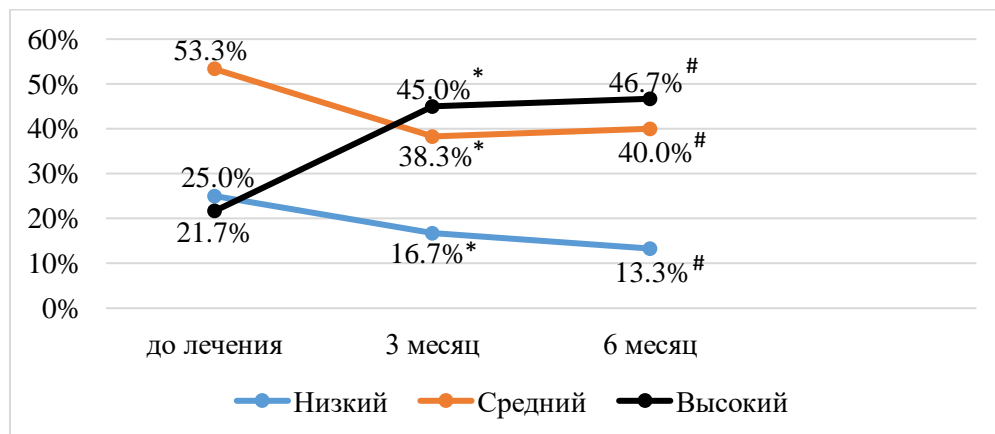


Рисунок 3 - Предшествующая лекарственная и нелекарственная терапия пациентов с ХНБС и ГБН в различных медицинских учреждениях

В результате лечения в группе 1 с 3 месяца наблюдения статистически значимо увеличилось количество пациентов с высоким уровнем приверженности к лечению по КОП-25 и статистически значимо снизилось количество пациентов с низким и средним уровнями приверженности к лечению по КОП-25 в сравнении с соответствующими исходными показателями. К 6 месяцу наблюдения достигнутые результаты сохранились (рисунок 4).



Примечания: * - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 3 месяце наблюдения, $p < 0.05$; # - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 6 месяце наблюдения, $p < 0.05$

Рисунок 4 - Динамика приверженности пациентов к лечению по КОП-25 в группе 1

В результате лечения у пациентов из группы 2 в течение всего периода наблюдения не было статистически значимых изменений по приверженности к лечению по КОП-25 в сравнении с исходными значениями (рисунок 5).

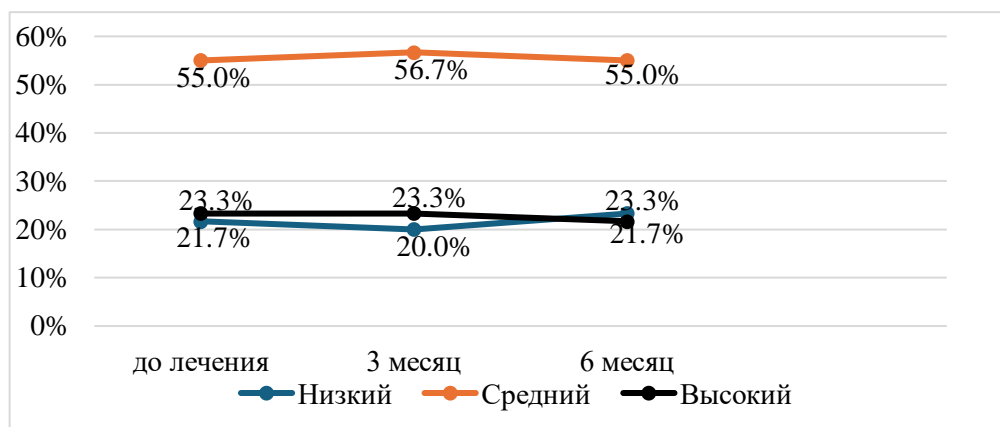


Рисунок 5 – Динамика приверженности пациентов к лечению по КОП-25 в группе 2 на фоне приводимого лечения

Как показано в таблице 3, в группе 1 на 3 месяце наблюдения статистически значимо улучшились все параметры по БС и ГБ. К 6 месяцу достигнутые улучшения сохранялись.

Таблица 3 - Динамика клинико-психологических характеристик по ГБ и БС пациентов 1 группы

Характеристика	1 группа		
	До лечения	3 месяца	6 месяцев
Количество дней с БС в месяц	28,5 ±2,1	5,2 ±3,3 *	3,2 ±2,7 [#]
Количество дней с ГБ в месяц	15,5 ±7,2	4,1 ±3,6*	3,1 ±2,6 [#]
Интенсивность БС по ЧРШ	6,5 ±1,7	1,7 ±1,4 *	1,4 ±1,2 [#]
Интенсивность ГБ по ЧРШ	6,6 ±1,3	1,6 ±1,1 *	1,5 ±1,1 [#]
Болезненность перикраниальных мышц по ООБ	25,1±5,2	5,2±1,8*	2,4±1,2 [#]
Влияние БС на функциональную активность по ОО	44,6 ±6,2	10,1 ±4,2*	8,4 ±3,6 [#]
Влияние ГБ на функциональную активность по ИВГБ	56,7±7,8	40,1 ±4,3*	39,7 ±2,3 [#]

Примечания: * - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 3 месяце наблюдения, $p < 0.05$; [#] - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 6 месяце наблюдения, $p < 0.05$

Как показано в таблице 4, в группе 2 на 3 месяце наблюдения статистически значимо улучшились только 4 параметра. К 6 месяцу достигнутые улучшения не сохранились.

Таблица 4 - Динамика клинико-психологических характеристик по ГБ и БС пациентов 2 группы

Характеристика	Группа 2		
	До лечения	3 месяца	6 месяцев
Количество дней с БС в месяц	28,3 ±2,6	18,1 ±5,8	20,4 ±6,5
Количество дней с ГБ в месяц	15,7 ±6,3	6,9 ±5,3*	13,5 ±7,7
Интенсивность БС по ЧРШ	6,6 ±1,5	2,5 ±2,2*	5,6 ±2,1
Интенсивность ГБ по ЧРШ	6,5 ±1,3	4,9 ±1,9	5,2 ±1,7
Болезненность перикраниальных мышц по ООБ	25,8±5,9	19,4±4,3	21,2±5,2
Влияние БС на функциональную активность по ОО	42,1 ±7,1	25,2 ±9,7*	36,7 ±10,2
Влияние ГБ на функциональную активность по ИВГБ	58,2 ±6,4	43,8 ±7,1*	54,2 ±7,2

Примечание: * - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 3 месяце наблюдения, $p < 0.05$

В результате лечения у пациентов группы 1 к 3 месяцу наблюдения статистически значимо снизилась катастрофизация боли, кинезиофобия, гиподинамия, симптомы тревоги и депрессии, тяжесть инсомнии, интенсивность и инвалидизация по БШ (таблица 5).

Таблица 5 - Динамика клинико-психологических характеристик пациентов 1 группы

Характеристика	1 группа		
	До лечения	3 месяца	6 месяцев
Катастрофизация боли по ШКБ	28,3±2,4	6,1 ±3,5*	4,1 ±3,2 [#]
Кинезиофобия по ШКТ	45,8 ±8,1	19,9 ±5,1*	18,1 ±3,5 [#]
Физическая активность по шкале ООФА	14,6±4,2	41,3±5,1*	42,1±5,2 [#]
Тревога по ШТБ	24,2 ±8,4	7,1 ±3,5*	5,6 ±3,1 [#]
Депрессия по ШДБ	13,8 ±5,9	4,6 ±3,3*	4,3 ±2,6 [#]
Тяжесть инсомнии по ИТИ	20,3±4,6	5,6 ±3,1*	5,2 ±4,1 [#]
Интенсивность БШ по ЧРШ	6,2 ±1,5	1,7 ±1,1 *	1,5 ±1,1 [#]
Влияние БШ на функциональную активность по ИОЖБШ	21,6±5,2	2,5 ±1,7 *	1,4 ±1,1 [#]

Примечания: * - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 3 месяце наблюдения, $p<0.05$; [#] - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 6 месяце наблюдения, $p<0.05$

В результате лечения у пациентов группы 2 к 3 месяцу наблюдения статистически значимо снизилась только интенсивность и инвалидизация по БШ, но к 6 месяцу достигнутые улучшения не сохранились (таблица 6).

Таблица 6 - Динамика клинико-психологических характеристик пациентов 2 группы

Характеристика	Группа 2		
	До лечения	3 месяца	6 месяцев
Катастрофизация боли по ШКБ	27,2±8,8	20,7 ±8,1	23,4 ±7,6
Кинезиофобия по ШКТ	44,5 ±8,2	42,7 ±7,7	43,8 ±7,1
Физическая активность по шкале ООФА	14,2±3,9	14,3±4,1	14,1±4,0
Тревога по ШТБ	23,7±7,2	19,4 ±6,8	20,3 ±7,1
Депрессия по ШДБ	13,2±5,4	10,4 ±5,6	11,2 ±5,8
Тяжесть инсомнии по ИТИ	20,6±4,2	18,3±4,6	19,1±4,5
Интенсивность БШ по ЧРШ	6,5 ±1,3	2,4 ±1,6*	5,7 ±1,7
Влияние БШ на функциональную активность по ИОЖБШ	20,2±4,9	10,1±4,4*	15,2±7,4

Примечание: * - статистически значимое различие между параметрами в группе до лечения и после лечения на 3 месяце наблюдения, $p<0.05$

На 3 месяце наблюдения в группе 1 было 83,3% (N=50) респондентов, что статистически значимо ($p<0,05$) больше, чем в группе 2 – 46,7% (N=28). К 6 месяцу наблюдения в группе 1 количество респондентов увеличилось до 86,7% (N=52), в группе 2 - уменьшилось до 33,3% (N=20). Важно отметить, что в группе 1 были супер-респонденты (с полной ремиссией) – 33,3% (N=20) пациентов на 3 месяце и 36,7% (N=22) пациентов на 6 месяце наблюдения. В группе 2 супер-респондентов не было в течение всего периода наблюдения (рисунок 6).



Рисунок 6 - Клинический эффект двух видов лечения пациентов с ХНБС и ГБН

Все пациенты оценили эффект от проведенной терапии по 7-ШОВЭ в краткосрочной (на 3 месяце) и долгосрочной (на 6 месяце) перспективе. На 3 месяце наблюдения в группе 1 было статистически значимо больше пациентов с оценкой «гораздо лучше» (66,7%, N=40) и статистически значимо меньше пациентов с оценкой «лучше» (16,7%, N=10) и «не изменилось» (10%, N=6), чем в группе 2 (10% (N=6), 36,7% (N=22) и 36,7% (N=22) соответственно). На 6 месяце наблюдения в группе 1 было статистически значимо больше пациентов с оценкой «гораздо лучше» (70%, N=42), и статистически значимо меньше пациентов с оценкой «не изменилось» (10%, N=6), чем в группе 2 (6,7% (N=4) и 53,3% (N=32) соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами исследование показало вариабельность видов ГБН при ХНБС, ошибки в диагностике ГБН, чрезмерное назначение пациентам дополнительных методов исследования по ГБ и БС, назначение неэффективного лечения, недостаточный уровень диагностики коморбидных нарушений. Показана эффективность длительного комплексного лечения, включающего расширенную нелекарственную терапию и стандартную лекарственную терапию. Длительная комплексная терапия позволяет достигнуть КЭ по ГБН и ХНБС у большинства (83,3%) пациентов, имеющих одновременно два заболевания – ГБН и ХНБС в краткосрочной перспективе, а длительное наблюдение за пациентами (6 месяцев) показало устойчивость КЭ. Длительное комплексное лечение воздействует на факторы хронизации боли, коморбидные нарушения и повышает приверженность пациентов к лечению.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты с хронической неспецифической болью в спине чаще страдают частой эпизодической (55% случаев) или хронической (40,8%) головной болью напряжения, реже (4,2%) нечастой эпизодической головной болью напряжения. У всех пациентов, имеющих одновременно два заболевания, выявлено вовлечение перикраниальных мышц.

2. У большинства (93%) пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и с хроническую неспецифическую болью в спине, головная боль ошибочно

расценивается как симптоматическая вследствие шейного остеохондроза, цереброваскулярного заболевания (хроническая ишемия головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия), вегетативной дистонии, внутричерепной гипертензии или их сочетания. Из-за ошибочной диагностики назначается неэффективное лечение, что приводит к формированию у пациентов неправильных представлений о заболевании, методах лечения и к снижению физической активности.

3. Большинству пациентов, страдающих одновременно двумя заболеваниями – головной болью напряжения и хронической неспецифической болью в спине, необоснованно назначаются дополнительные (инструментальные и лабораторные) методы обследования как в отношении головной боли (95% случаев), так и в отношении болей в спине (93%), при отсутствии у пациентов «красных флагов». Неправильная интерпретация дополнительных методов обследования способствует развитию катастрофизации боли, болевого поведения (кинезиофобии) и хронизации болевых синдромов.

4. В большинстве случаев назначенное лекарственное и нелекарственное лечение пациентов с хронической неспецифической болью в спине и головной болью напряжения не соответствует российским и международным рекомендациям. Большинство пациентов получают лекарственную терапию в сочетании или без массажа, физиотерапии. Только небольшой части пациентов (9%) рекомендуется лечебная гимнастика, пациенты не получают рекомендаций по эргономике, оптимальной физической активности в течение дня, с ними не проводятся образовательные беседы и тренинг правильных поз.

5. В качестве коморбидных нарушений у пациентов, имеющих одновременно два заболевания - головную болью напряжения и хроническую неспецифическую болью в спине, часто встречаются инсомния (53,3%), повышенная тревога (67,5%), симптомы депрессии (75%), лекарственно-индуцированная головная боль (44,9%), неспецифическая боль в шее (31,7%). Эти коморбидные нарушения часто не диагностируются, пациенты не получают их эффективного лечения.

6. Длительное комплексное лечение, включающее лекарственную терапию и расширенную нелекарственную терапию (расширенные образовательные беседы о заболевании и оптимальной физической активности, эргономику, тренинг правильных поз, индивидуальную лечебную гимнастику), позволило к 3 месяцу наблюдения достигнуть клинический эффект по головной боли напряжения и боли в спине у 83,3% пациентов, при этом у 33,3% болевые синдромы регрессировали. Проспективное наблюдение этих пациентов в течение 6 месяцев показало стойкость клинического эффекта от комплексного лечения, формирование у пациентов приверженности к терапии. Соблюдение правил эргономики, оптимальной физической активности в течение дня и правил оптимальных поз в повседневной жизни позволяет сохранить

достигнутый клинический эффект по боли в спине и головной боли напряжения после завершения курса длительного комплексного лечения в долгосрочной перспективе.

7. У пациентов с одновременно двумя заболеваниями – головной болью напряжения и хронической неспецифической болью длительное комплексное лечение эффективнее стандартного лечения в отношении головной боли, боли в спине и коморбидных нарушений в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Стандартное лечение приводит к клиническому эффекту почти у половины пациентов (46,7% пациентов), однако через 6 месяцев клинический эффект сохраняется только у трети (33,3%) пациентов.

8. В лечении пациентов, имеющих одновременно два заболевания – головную боль напряжения и хроническую неспецифическую болью в спине, эффективно комплексное и длительное лечение, которое направлено на формирование у пациентов правильных представлений о заболевании оптимальной физической активности, включает коррекцию нарушений в образе жизни (низкой физической активности, длительных статических поз в течение дня), обучение правилам эргономики, тренинг правильных поз в сочетании с упражнениями по лечебной гимнастике, оптимальную лекарственную терапию и лечение коморбидных нарушений (лекарственно-индуцированную головную боль, инсомнию, эмоциональные нарушения, неспецифическую боль в шее).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Требуется информирование врачей о проявлениях и диагностике головной боли напряжения, которая представляет наиболее частую причину головной боли у пациентов хронической неспецифической болью.

2. Необходимо информирование врачей о показаниях (наличие «красных флагов») к назначению инструментальных и лабораторных методов обследования при головной боли и боли в спине. Необоснованное назначение инструментальных и лабораторных методов обследования, их неправильная интерпретация при головной боли напряжения и неспецифической боли в спине способствуют хроническому течению заболевания.

3. Требуется информирование врачей об эффективных нелекарственных методах лечения головной боли напряжения и хронической неспецифической боли в спине – образовательные беседы, эргономика, тренинг правильных поз, лечебная гимнастика.

4. Всем пациентам с головной болью напряжения и хронической неспецифической болью в спине целесообразна оценка эмоционального состояния, качества сна, болей других локализаций, информирование о необходимости отказа от приема обезболивающих препаратов в большом количестве в связи с риском развития лекарственно индуцированной головной боли.

5. Длительное комплексное лечение пациентов с головной болью напряжения и хронической неспецифической болью в спине, включающее лекарственную терапию и расширенную

нелекарственную терапию (расширенные образовательные беседы о заболевании, оптимальной физической активности, эргономику, тренинг правильных поз, индивидуальную лечебную гимнастику) формирует у пациентов приверженность к терапии, и приводит к долговременному эффекту.

6. Соблюдение правил эргономики, оптимальной физической активности в течение дня и правил оптимальных поз в повседневной жизни позволяет сохранить достигнутый терапевтический эффект по боли в спине и головной боли напряжения после завершения курса длительного комплексного лечения в долгосрочной перспективе.

7. При ведении пациентов следует учитывать и проводить лечение коморбидных нарушений (лекарственно-индуцированной головной боли, инсомнии, эмоциональных нарушений, неспецифической боли в шее) и включать расширенную образовательную беседу о заболевании, коррекцию нарушений в образе жизни (коррекцию низкой физической активности, длительных статических поз в течение дня), обучение правилам эргономики, тренинг правильных поз в сочетании с упражнениями по лечебной гимнастике, оптимальной лекарственной терапией. Данный подход позволяет повысить эффективность лечения пациентов, имеющих одновременно два заболевания – хроническую неспецифическую болью в спине и головную болью напряжения различной частоты.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Головачева, А. А.** Типичная тактика ведения пациентов с хронической неспецифической болью в спине и головной болью напряжения / **А.А. Головачева, В.А. Головачева** // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2024. – Т. 16. – № 5. – С. 9-16. [Scopus]

2. **Головачева, А. А.** Комплексное лечение пациентов с хронической неспецифической болью в спине и коморбидными нарушениями: проспективное клиническое исследование / **А.А. Головачева, В.А. Головачева** // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2024. – Т. 16. – № 6. – С. 45-52. [Scopus]

3. **Головачева, А. А.** Кинезиотерапия при хронической боли в спине и сочетанной головной боли напряжения / **А.А. Головачева, В.А. Головачева** // **Российский неврологический журнал.** – 2023. – Т. 28. – № 3. – С. 61-68. DOI 10.30629/2658-7947-2023-28-3-61-68 [Scopus]

4. **Головачева, А. А.** Эффективность кинезиотерапии при головной боли напряжения и хронической неспецифической боли в спине: проспективное рандомизированное исследование / **А.А. Головачева, В.А. Головачева, Т.Г. Фатеева** // **Медицинский Совет.** – 2024.– № 22. – С. 72-79. [Scopus]

5. Лечение хронической неспецифической (скелетно-мышечной) боли в спине: учебное пособие / В.А. Парфенов, В.А. Головачева, А.И. Исайкин, **А.А. Головачева**, Е.В. Силина. – Москва : ИМА-ПРЕСС, 2024. – 33 с. 17 ил. – ISBN 978-5-904356-42-2. – Текст: непосредственный

6. Головачева, А. А. Хроническая неспецифическая боль в спине в сочетании с головной болью напряжения, вопросы оптимизации терапии / А. А. Головачева, Г. Р. Табеева // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2025. – Т. 17. – № 2. – С. 55-62. [Scopus]
7. Головачева, В. А. Цервикобрахиалгия и люмбоишиалгия: единый эффективный подход к решению проблемы / В.А. Головачева, А.А. Головачева, С.Д. Беляева // **Медицинский Совет.** – 2024. – № 12. – С. 86-94. [Scopus]
8. Головачева, В. А. Хроническая боль в шее и сочетанная головная боль напряжения: единый эффективный подход к лечению / В.А. Головачева, А.А. Головачева // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2024. – Т. 16. – № 4. – С. 76-84. [Scopus]
9. Головачева, В. А. Хроническая скелетно-мышечная боль в спине: ошибки при ведении пациентов и вопросы оптимизации / В.А. Головачева, А.А. Головачева, А.Р. Таршилова // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2024. – Т. 16. – № 3. – С. 103-109. [Scopus]
10. Головачева, В. А. Эффективный комплексный подход к ведению пациентов с хронической скелетно-мышечной болью в нижней части спины и болями других локализаций / В.А. Головачева, А.А. Головачева // **Медицинский Совет.** – 2024. – № 3. – С. 108-116. [Scopus]
11. Головачева, В. А. Успешные комбинации лекарственной и нелекарственной терапии при болях в нижней части спины / В.А. Головачева, А.А. Головачева // **Российский журнал боли.** – 2024. – Т. 22. – № 1 – С. 57-67. [Scopus]
12. Головачева, В. А. Неспецифическая боль в нижней части спины: принципы и алгоритмы успешного ведения пациентов в реальной клинической практике. **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика** / В.А. Головачева, Г.Р. Табеева, А.А. Головачева // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2023. – Т. 15. – № 3. – С. 85-94. [Scopus]
13. Зиновьева, О. Е. Когнитивно-функциональная терапия и нестероидные противовоспалительные средства в лечении боли в нижней части спины / О.Е. Зиновьева, А.А. Головачева // **Медицинский Совет.** – 2022. – № 23. – С. 78-85. [Scopus]
14. Головачева, А. А. Кинезиотерапия и нестероидные противовоспалительные препараты при неспецифической люмбалгии / А.А. Головачева, В.А. Головачева, В.А. Парфенов // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2022. – Т. 14. – № 1. – С. 89-96. [Scopus]
15. Головачева, В. А. Практические принципы лечения хронической неспецифической боли в нижней части спины и коморбидной хронической инсомнии: клиническое наблюдение / В.А. Головачева, А.А. Головачева, В.Л. Голубев // **Медицинский Совет.** – 2021. – № 10. – С. 164-170. [Scopus]
16. Головачева, В. А. Клинические принципы диагностики и лечения скелетно-мышечной (неспецифической) боли в нижней части спины / В.А. Головачева, А.А. Головачева, Т.Г. Фатеева // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2021. – Т. 13. – № 3. – С. 107-112. [Scopus]

17. Головачева, В. А. Витамины группы В и нестероидные противовоспалительные препараты: эффективность комбинации при неспецифической боли в спине / В.А. Головачева, А.А. Головачева // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2020. – Т. 12. – № 5. – С. 117-122. [Scopus]

18. Головачева, В. А. Персонализированный междисциплинарный подход к лечению хронической боли в нижней части спины: клиническое наблюдение / В.А. Головачева, А.А. Головачева // **Медицинский Совет.** – 2020. – № 11. – С. 64-69. [Scopus]

19. **Головачева, А. А.** Лечение хронической неспецифической боли в спине и головной боли напряжения с помощью кинезиотерапии: системный подход к решению проблемы/ А. А. Головачева // **Вестник Башкирского государственного медицинского университета. Специальный выпуск.** – 2023. - №2. – С. 190 – 191.

20. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024624620 Российская Федерация. База данных клинических характеристик нервной системы пациентов с хронической неспецифической болью в спине и сочетанной головной болью напряжения для терапии с помощью стандартного и междисциплинарного лечения – база данных : № 2024624303 : заявл. 10.10.2024 : опубл. 22.10.2024 / **Головачева А. А.,** Головачева В. А., Парфенов В. А. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности. – Бюллетень № 11.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БС	Боль в спине
БНЧС	Боль в нижней части спины
БШ	Боль в шее
ГБ	Головная боль
ГБН	Головная боль напряжения
ИВГБ	Индекс влияния головной боли
ИОЖБШ	Индекс ограничения жизнедеятельности по боли в шее
ИТИ	Индекс тяжести инсомнии
КНБ	Клиника нервных болезней
КОП-25	Количественная оценка приверженности к лечению
КЭ	Клинический эффект
ЛИГБ	Лекарственно-индуцированная головная боль
НБС	Неспецифическая боль в спине
НБШ	Неспецифическая боль в шее
НПВС	Нестероидные противовоспалительные препараты
ОО	Опросник Освестри
ООб	Общая оценка болезненности
ООФА	Опросник для определения физической активности

ХГБН	Хроническая головная боль напряжения
ХНБС	Хроническая неспецифическая боль в спине
ЧРШ	Числовая рейтинговая шкала
ШДБ	Шкала депрессии Бека
ШКБ	Шкала катастрофизации боли
ШКТ	Шкала кинезиофобии Г. Тампа
ШТБ	Шкала тревоги Бека
ЭГБН	Эпизодическая головная боль напряжения
7-ШОВЭ	7-бальная шкала общего воспринимаемого эффекта