На правах рукописи

Мухаметзянова Альбина Хамитовна

Боли в шее и спине у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами

3.1.24. Неврология

3.1.17. Психиатрия и наркология

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)

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор **Парфенов Владимир Анатольевич**

доктор медицинских наук, профессор **Волель Беатриса Альбертовна**

Официальные оппоненты:

Широков Василий Афонасьевич – 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

Сорокин Михаил Юрьевич – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ведущий научный сотрудник

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 «23» декабря 2026 г. в 9.00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (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,
доктор медицинских наук **Толмачева Виолетта Александровна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Ведение пациентов с хронической неспецифической болью в области шеи и спины (ХНБШС) представляет собой актуальную медико-социальную задачу, что связано не только с болевым синдромом, но и высокой коморбидностью с тревожными и депрессивными расстройствами [Мухаметзянова А.Х. et al., 2025; Chen M. et al., 2026]. По эпидемиологическим данным, боль в шее (БШ) в течение года испытывают от 25,8% до 37,2% населения, а на протяжении жизни – около 48,5% [GBD 2021 Neck Pain Collaborators, 2024; Safiri S. et al., 2020; Shin D.W. et al., 2022; Blanpied P.R. et al., 2017]; на долю боли в нижней части спины (БНЧС) приходится более половины всех случаев скелетно-мышечной патологии (52,3%) [Maher C. et al., 2022]. У взрослых с хроническим болевым синдромом депрессия выявляется в 39,3%, а тревога – в 40,2% случаев [Aaron R.V. et al., 2025]. Существенный вклад в переход острой боли в хроническую вносят психологические факторы, что повышает роль специалистов в области психического здоровья в ведении таких пациентов [Петелин Д. С. и др., 2024; Gatchel R.J. et al., 2007]. Согласно ранее проведенным исследованиям, у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами часто встречаются коморбидные заболевания: синдром раздраженного кишечника (СРК) [Yu Y.J. et al., 2026], головная боль напряжения (ГБН) и мигрень [Lipton R.B. et al., 2020; Song T.J. et al., 2016], лицевая боль [Liou Y.J. et al., 2023], в основе которых лежит общий патофизиологический механизм – центральная сенситизация. Наличие синдрома беспокойных ног (СБН) не только часто сочетается с тревогой и депрессией, но и может усиливать их симптомы, формируя порочный круг [Winkelman J.W. et al., 2026]. Имеются данные о том, что расстройства личности часто сочетаются с тревожными и депрессивными расстройствами, и их наличие негативно влияет на течение болезни и результаты лечения [Conrad R. et al., 2007; Gorwood P. et al., 2010; Latas M. et al., 2014]. Вместе с тем в реальной клинической практике большинство пациентов с хронической болью и сопутствующим психическим расстройством имеют ограниченный доступ к мультидисциплинарной помощи, остающейся стандартом ведения таких сложных случаев [Aaron R.V. et al., 2025]. До настоящего времени не выполнялось российских исследований тактики ведения пациентов, имеющих скелетно-

мышечную БШ и/или БНЧС и сопутствующее тревожное или депрессивное расстройство, диагностированное врачом-психиатром; клинико-психометрический профиль этой категории и спектр их коморбидной патологии остаются неизученными, что и определяет необходимость настоящей работы.

К основным направлениям терапии хронической боли в шее (ХБШ) и спине (ХБС) относят структурированное обучение пациента, лечебную гимнастику и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [Мухаметзянова А.Х. et al., 2024; Angst J. et al., 2015; Nicol V. et al., 2023; Meints S.M. et al., 2018; Foster N.E. et al., 2018]. При сопутствующих тревожных или депрессивных расстройствах предпочтительно назначение антидепрессантов [Penninx B.W. et al., 2021; DeGeorge K.C. et al., 2022; Depression in the Primary Care Setting, 2019; Chou R. et al., 2007; Szuhany K.L. et al., 2022; McQuaid J.R. et al., 2022]. В случае депрессии, коморбидной хронической боли, применяют трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН). Хотя в мире препаратами первой линии при депрессии считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), из-за слабого анальгетического действия при болевых синдромах их используют реже. При тревожных расстройствах наиболее часто назначаются ИОЗСиН и несколько реже – СИОЗС. Бензодиазепины в качестве первой линии терапии тревожных расстройств не рекомендованы вследствие риска формирования лекарственной зависимости, однако в отдельных случаях допустимы [Волель Б. А. и др., 2019; Leichsenring F., 2023]. Российских исследований, посвященных эффективности комплексного лечения с обучением пациентов правилам эргономики, постуральной коррекции и оптимальной физической активности при ХНБШС в сочетании с тревожными или депрессивными расстройствами, ранее не было. Остается неясным, как наиболее рационально комбинировать доказательно эффективные лекарственные и немедикаментозные методы и каким должен быть необходимый объем терапии; остаются неопределенными критерии направления пациента с ХНБШС и психическими нарушениями к психиатру, что затрудняет своевременное выявление и коррекцию коморбидных психических расстройств в рутинной клинической практике.

Таким образом, изложенные данные обосновывают актуальность изучения клинико-психометрических особенностей пациентов, имеющих ХБШ и/или ХБС и сопутствующее верифицированное тревожное или депрессивное расстройство, а также

разработки для них комплексной схемы лечения, объединяющей оптимальную фармакотерапию с расширенной немедикаментозной терапией (образовательная программа, эргономика, постуральная коррекция, лечебная гимнастика).

Степень разработанности темы исследования

Вопросам диагностики и лечения ХБШ и ХБС посвящено значительное количество отечественных и зарубежных публикаций [Мухаметзянова А.Х. et al., 2024; Парфенов В.А. et al., 2023; Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2023; Angst J. et al., 2015; Nicol V. et al., 2023; Meints S.M. et al., 2018; Foster N.E. et al., 2018]. Активно обсуждаются различные составляющие комплексной терапии – как фармакологические, так и немедикаментозные, с особым вниманием к сочетанию образовательных программ, эргономики и лечебной гимнастики [Pearce M. et al., 2022; Chiarotto A. et al., 2022; Nicol V. et al., 2023; Chou R. et al., 2007; Sidiq M. et al., 2024; Lin L.H. et al., 2024; Rasmussen-Barr E. et al., 2023]. В то же время отмечается, что количество исследований с применением образовательных бесед, эргономики и лечебных упражнений по ХБШ существенно уступает ХБС, несмотря на высокую распространенность и сходство патогенетических механизмов [Angst J. et al., 2015; Faidullah H.Z. et al., 2025; Tersa-Miralles C. et al., 2022; Meints S.M. et al., 2018; Rasmussen-Barr E. et al., 2023]. Особого внимания заслуживает тот факт, что у пациентов с ХНБШС часто выявляются тревожные и депрессивные расстройства, которые, как известно, существенно влияют на хронизацию болевого синдрома и эффективность лечения [De La Rosa J. S. et al., 2024; Aaron R. V. et al., 2025]. Однако подавляющее большинство исследований ограничивается использованием скрининговых опросников или косвенных методов оценки психоэмоционального состояния. Работ, в которых диагноз тревожного или депрессивного расстройства был бы верифицирован врачом-психиатром с применением полуструктурированного клинического интервью, крайне мало. Это создает существенный пробел в понимании истинной эффективности терапевтических вмешательств у данной коморбидной категории пациентов и требует проведения дальнейших исследований с обязательным участием психиатра на этапах диагностики и лечения.

Цель и задачи исследования

Цель исследования – оптимизация ведения пациентов с хронической неспецифической болью в шее и спине и сопутствующим, верифицированным врачом-психиатром, тревожным или депрессивным расстройством.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать причины предшествующего неэффективного лечения пациентов с хронической болью в спине и шее;
2. Выявить коморбидные заболевания, а также выяснить их влияние на диагностику и подходы к лечению у пациентов с хронической болью в спине и шее;
3. Разработать практический персонализированный подход к лечению пациентов с хронической болью в спине и шее при сопутствующем тревожном или депрессивном расстройстве;
4. Проанализировать эффективность применения комплексного лечения (оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа, лечебная гимнастика, эргономика, постуральная коррекция) у пациентов с хронической неспецифической болью в шее и спине и сопутствующим тревожным или депрессивным расстройством в ранние и отдаленные сроки (через 1, 3 и 6 месяцев);
5. Оценить ответ на психофармакотерапию сопутствующих психических расстройств у пациентов с хронической неспецифической болью в шее и спине.

Научная новизна

Проведено комплексное клинико-психометрическое обследование пациентов с ХНБШС и верифицированным врачом-психиатром тревожным (генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство) или депрессивным (рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод) расстройством. Установлено, что большинство пациентов с ХНБШС ранее не консультировались психиатром по поводу сочетанных эмоциональных нарушений и получали неэффективное, с низким уровнем доказательности, лечение хронической боли и сопутствующих психических расстройств, вследствие чего у пациентов сформировались ошибочные представления о болезни, катастрофизация боли,

кинезиофобия и нарастание функциональных ограничений. Показано, что участие психиатра в ведении пациентов с ХНБШС и коморбидными психическими расстройствами позволяет существенно оптимизировать психофармакотерапию, выбирая более эффективные в отношении хронической боли препараты, рациональные комбинации препаратов. Анализ коморбидной патологии продемонстрировал, что у пациентов с ХНБШС и психическими расстройствами статистически значимо чаще встречаются: первичные головные боли (головная боль напряжения и мигрень), синдром раздраженного кишечника, синдром беспокойных ног, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, признаки расстройств личности. Впервые показан комплексный подход лечения ХНБШС у пациентов с тревожными или депрессивными расстройствами (участие психиатра, оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа с элементами когнитивно-поведенческой терапии сертифицированным специалистом, персонализированная лечебная физкультура (ЛФК), эргономика, постуральная коррекция). Проведено проспективное 6-месячное наблюдение пациентов с ХНБШС и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством на фоне комплексной и стандартной терапии. Показано, что клинический эффект комплексной терапии наблюдается у большинства пациентов через 3 месяца от начала лечения и сохраняется в течение 6 месяцев. Устойчивость терапевтического эффекта в отдаленном периоде достигнута за счет комплексного применения психофармакотерапии и немедикаментозных вмешательств: психофармакотерапия обеспечивает стабилизацию эмоционального фона к 3 месяцу наблюдения, а поведенческие навыки, сформированные в ходе образовательной программы с элементами когнитивно-поведенческой терапии, персонализированной лечебной гимнастики, эргономики и постуральной коррекции, способствуют закреплению и пролонгации достигнутого результата к 6 месяцу наблюдения.

Теоретическая и практическая значимость работы

В настоящей работе охарактеризованы клинические особенности пациентов, имеющих хроническую неспецифическую боль в шее и/или спине и сочетанное тревожное или депрессивное расстройство, выявлены причины неэффективного лечения пациентов с ХНБШС. К этим причинам относятся недостаточная диагностика

коморбидных заболеваний и болей иной локализации, затруднения доступа к междисциплинарному лечению боли, отсутствие привлечения специалистов в области психического здоровья в ведении таких пациентов, при лечении использование преимущественно пассивных методов лечения боли, отсутствие выявления и коррекции факторов хронизации боли.

Впервые показан российский подход, ориентированный на проведение длительного комплексного лечения пациентов, имеющих неспецифическую боль в шее и/или спине и сочетанное тревожное или депрессивное расстройство. Данный подход включал участие психиатра на этапе диагностики и лечения пациента, 6 сессий индивидуальной персонализированной образовательной программы с элементами когнитивно-поведенческой терапии сертифицированным специалистом в отношении хронической боли, 4-5 индивидуальных занятий ЛФК с формированием персонального комплекса упражнений, рекомендации по эргономике, постуральной коррекции. Обоснована необходимость активного скрининга коморбидных соматических заболеваний (мигрень, головная боль напряжения, синдром раздраженного кишечника, синдром беспокойных ног, признаки расстройств личности) у пациентов с ХНБШС и психическими расстройствами. На основании полученных данных разработаны практические рекомендации по ведению пациентов с ХНБШС и сочетанными тревожными и депрессивными расстройствами, а также критерии направления пациента к психиатру. Выбор комплексного лечения позволяет наиболее эффективно снизить интенсивность боли, повысить качество жизни, улучшить физическую активность, уменьшить эмоциональные расстройства. Разработанный алгоритм длительного комплексного лечения может быть внедрен в учреждения отечественного здравоохранения для улучшения результатов лечения пациентов с ХНБШС и сопутствующим тревожным или депрессивным расстройством.

Методология и методы исследования

Объектом исследования являлись пациенты в возрасте от 18 до 74 лет с хронической неспецифической люмбалгией / люмбоишиалгией / цервикалгией / цервикобрахиалгией и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством. Предметом исследования являлось изучение двигательной активности, функциональных

ограничений, эффективности комплексной терапии у пациентов с ХНБШС и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством.

С пациентами проводилась клиническая беседа со сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания, а также выполнялось подробное неврологическое и нейроортопедическое обследование. Всем пациентам проводилась консультация психиатра, оценка коморбидных расстройств, подбор психофармакотерапии, тестирование (до лечения, через 1, 3 и 6 месяцев наблюдения) с использованием клинико-психометрических методик: числовой рейтинговой шкалы, опросника Освестри, опросника Роланда-Морриса, опросника для определения физической активности (IPAQ-SF), индекса ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее (NDI), опросника качества жизни SF-12, опросника депрессии Бека, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, опросника ГТР-7, интервью для оценки расстройств личности (SCID-II-PD), опросника для оценки центральной сенситизации, опросника DN4, для исключения фибромиалгии (ФМ) использовался опросник для выявления ФМ (FiRST).

Пациенты с ХНБШС и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством (n=60) с помощью простой рандомизации (метод генерации случайных чисел) распределялись в 2 группы – стандартной (СТ) и комплексной терапии (КТ). Мероприятия по ослеплению не проводились. Группа КТ получала длительное комплексное лечение, включающее персонализированную лекарственную и расширенную нелекарственную терапию. Группа СТ получала стандартный протокол терапии (оптимизация лекарственной терапии неврологом, однократная образовательная программа по улучшению физической активности, стандартную лечебную физкультуру). В качестве группы сравнения – пациенты с болью в шее и спине без сопутствующего тревожного и депрессивного расстройства (n=30), которые получали стандартную терапию.

Положения, выносимые на защиту

1. Участие психиатра в ведении пациентов с ХНБШС и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством позволяет комплексно охарактеризовать клинические особенности пациента и оптимизировать фармакотерапию для лечения как боли, так и эмоциональных расстройств.

2. У пациентов с ХНБШС и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством выявлены более высокая интенсивность болевого синдрома, высокая частота коморбидных заболеваний (головная боль напряжения, мигрень, синдром раздраженного кишечника, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, синдром беспокойных ног), признаки расстройств личности, генерализованный характер боли, высокие показатели центральной сенситизации, снижение качества жизни.

3. Использование комплексного лечения (психофармакотерапия, образовательная программа, индивидуальные занятия лечебной гимнастикой, эргономика, постуральная коррекция) у пациентов с ХНБШС и сочетанным тревожным или депрессивным расстройством улучшает качество жизни, эмоциональный фон, функциональную активность, приводит к уменьшению интенсивности болевого синдрома и носит стойкий характер в период 6 месяцев.

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), паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, пункту 6 (Терапия психических и наркологических расстройств. Разработка методов прогноза, маркеров безопасности и эффективности психофармакотерапии и немедикаментозных методов лечения. Изучение процессов адаптациогенеза больных к развитию и течению заболевания).

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность представленных результатов, сформулированных научных положений и выводов диссертационной работы базируется на строгом соблюдении современного методологического подхода. Формирование групп осуществлялось со строгим соблюдением критериев включения и невключения, что обеспечило их сравнительную однородность. Диссертационная работа выполнена в соответствии с поставленной целью и задачами, с использованием современных методов лечения, включающих соблюдение необходимой длительности приема медикаментозной терапии, ее сочетание с нелекарственными методами лечения (лечебная гимнастика, образовательная программа, эргономика, постуральная коррекция). Результаты подтверждены проверкой первичной документации и комплексной статистической обработкой данных.

Основные результаты диссертационного исследования доложены и обсуждены на следующих конференциях: VIII Всероссийская (с международным участием) Научная конференция молодых ученых – «Будущее Нейронаук» (11 марта 2024 года, Казань).

Протокол апробации № 22 от 10 июня 2026 г.

Личный вклад автора

Все этапы диссертационной работы выполнены при непосредственном участии автора. Личный вклад автора заключается в обосновании научной актуальности темы на основе аналитического обзора литературы, разработке методологического дизайна, постановке цели и задач исследования. Автором осуществлялись целенаправленный отбор пациентов в соответствии с критериями включения, сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни, проведение клинического соматического, неврологического и нейроортопедического обследования, а также психометрическое тестирование пациентов по специальным шкалам и опросникам. Автор курировал все исследовательские этапы, включая проведение комплексной терапии во взаимодействии с врачом-психиатром при разработке персонифицированных терапевтических протоколов. Автором сформирована база данных, выполнена статистическая обработка полученных результатов, проведено их аналитическое обобщение, на основании чего сформулированы научные выводы и подготовлен текст диссертации.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 10 работ, в том числе 1 научная статья в журнале, включенном 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; 6 иных публикаций по результатам исследования; 1 публикация в сборнике материалов международной научной конференции.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 156 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и трех приложений. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 15 рисунками. Список литературы включает 239 источников, из них 180 – зарубежных, 59 – отечественных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В исследование включено 60 пациентов (13 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 24 до 74 лет (средний возраст 51,7±14,4 года) с ХНБШС и диагностированным врачом-психиатром тревожным (F41) или депрессивным (F32, F33) расстройством. Группу сравнения составили 30 пациентов с ХНБШС без сопутствующего психического расстройства (24 женщины, 6 мужчин, средний возраст 53,7±14,7 года). Группы были сопоставимы по возрасту и полу ($p>0,05$). Все пациенты проходили лечение на базе Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова Университетской клинической больницы №3 Сеченовского Университета.

Для оценки исходного состояния и динамического наблюдения применялись стандартизированные шкалы и опросники: числовая рейтинговая шкала боли (ЧРШ), опросник Освестри, индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее (NDI), госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД, HADS), шкалы тревожности

Спилбергера-Ханина, опросник депрессии Бека, интервью для оценки расстройств личности SCID-II-PD, опросник центральной сенситизации, опросник физической активности (IPAQ-SF), опросник качества жизни SF-12, опросник FiRST. Оценка количества болевых зон осуществлялась в соответствии с Таксономией боли Американского общества по изучению боли (AAPT). Период наблюдения составил 6 месяцев; обследование проводилось до лечения и через 1, 3 и 6 месяцев. Методом случайных чисел пациенты распределялись в группу стандартной (СТ, n=30) и группу комплексной терапии (КТ, n=30). В группе КТ применялся мультидисциплинарный подход (участие психиатра, оптимизация лекарственной терапии, 6 сессий образовательной программы с элементами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), 4–5 занятий лечебной гимнастикой, эргономика, постуральная коррекция); группа СТ получала оптимизацию лекарственной терапии неврологом, однократную образовательную программу и стандартную ЛФК.

Статистический анализ

Статистическая обработка проводилась в программе IBM SPSS Statistics v.23. Сравнение количественных показателей проводилась с использованием t-критериев Стьюдента и Уэлча; для качественных переменных применялись критерии Фишера и Уилкоксона. Изменения параметров внутри групп во времени оценивали с помощью критерия Уилкоксона. Наличие и силу взаимосвязей между результатами опросников определяли с помощью коэффициента корреляции Спирмена (Rs). Статистически значимыми считали результаты при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе полуструктурированного клинического интервью у всех 60 пациентов были верифицированы тревожные или депрессивные расстройства: диагноз по МКБ-10 F41 выставлен 27 пациентам (45%), F33 (рекуррентное депрессивное расстройство) – 19 пациентам (31,7%), F32 (депрессивный эпизод) – 14 пациентам (23,3%). Среди тревожных расстройств (F41) наиболее часто встречалось генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – у 20 пациентов (33,3%), реже – паническое расстройство (F41.0) – у 3 пациентов (5%) и смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – у 4 пациентов (6,7%); распределение диагнозов в группах КТ и СТ было сопоставимым ($p=0,76$).

Анализ анатомических источников боли показал, что наиболее частой причиной болевого синдрома являлась комбинация нескольких причин – 61,7%; реже встречались изолированный миофасциальный болевой синдром (21,7%), изолированное поражение крестцово-подвздошного сустава (КПС) (10%) и фасеточных суставов (6,7%). В группе сравнения структура была иной (изолированное поражение КПС – 40%, дисфункция фасеточных суставов – 23,3%, комбинация причин – 26,7%). У 90% пациентов при МРТ выявлялись бессимптомные грыжи межпозвоночных дисков.

Анализ частоты встречаемости коморбидных расстройств выявил, что пациенты с ХНБШС и психической патологией статистически значимо чаще страдали синдромом раздраженного кишечника (СРК), а также различными формами первичной головной боли – мигренью или головной болью напряжения. Синдром беспокойных ног (СБН) и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) регистрировались исключительно в группе пациентов с ХНБШС и тревожными или депрессивными расстройствами, что представлено в Таблице 1.

Таблица 1 – Частота встречаемости коморбидных заболеваний

Коморбидные расстройства	Группа с сопутствующим тревожным или депрессивным расстройством) (n=60)		Группа сравнения (без сопутствующего тревожного и депрессивного расстройства) (n=30)	
	%	Кол-во человек (из 60)	%	Кол-во человек (из 30)
СБН	8.33	5	0	0
ДВНЧС	5	3	0	0
Головные боли (всего)	43.33	26	26.67	8
Головная боль напряжения(всего)	61.5	16	37.5	3
-Хроническая		12		0
-Эпизодическая		4		3
Мигрень (всего)	38.5	10	62.5	5
-Хроническая		3		1
-Эпизодическая		7		4
СРК	23.33	14	3.33	1

Наличие верифицированного тревожного или депрессивного расстройства ассоциировано с более тяжелым течением болевого синдрома: интенсивность боли в шее и спине была значимо выше, чем в группе сравнения, отмечались более генерализованный

характер боли (число болевых зон по AAPT достоверно больше, p=0,0003), более высокие показатели центральной сенситизации, более высокие баллы по опроснику Освестри и более низкие показатели качества жизни (SF-12) (Таблица 2).

Таблица 2 – Характеристики группы пациентов с ХНБШС и коморбидным тревожным или депрессивным расстройством и группы сравнения

	Группа пациентов с ХНБШС и психическим заболеванием (n=60)	Группа сравнения (n=30)	P между группами
Возраст, лет	51.67 +- 14.41	53.73 +- 14.67	0.52
Соотношение Ж:М	Ж: 47 (78.33%) М: 13 (21.67%)	Ж: 24 (80.00%) М: 6 (20.00%)	0.86
Интенсивность болевого синдрома (ЧРШ), баллы Шея Поясница	 6.1 +- 1.65 6.66 +- 1.7	 4.9 +- 1.45 5.4 +- 1.15	 0.0484 0.0014
Количество зон боли из 9 по критериям AAPT	3.27 +- 1.66	2.03 +- 0.96	0.0003
Опросник FIRST	2.27 +- 1.52	1.43 +- 1.14	0.0094
Опросник для оценки центральной сенситизации	37.53 +- 10.44	27.07 +- 8.18	<0.001
Опросник Освестри	40.74 +- 11.58	34.12 +- 9.52	0.0167
NDI	31.41 +- 12.0	28.2 +- 6.21	0.4257
РТ (реактивная тревожность)	34.23 +- 9.98	25.1 +- 5.29	<0.001
ЛТ (личностная тревожность)	45.07 +- 9.65	40.7 +- 6.61	0.0284
Опросник Бека	14.5 +- 8.76	6.13 +- 3.25	<0.001
HADS (тревога)	8.83 +- 3.33	4.47 +- 1.89	<0.001
HADS (депрессия)	7.9 +- 3.57	4.33 +- 2.02	<0.001
PCS	33.47 +- 6.12	36.4 +- 5.62	0.0304
MCS	38.15 +- 6.54	42.17 +- 5.38	0.0046
Опросник физической активности (IPAQ)	11.43 +- 4.21	12.23 +- 4.79	0.4192

В группе КТ ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН) назначались чаще (60%), чем в группе СТ (46,7%). Комбинированное лечение применялось у 33,3% пациентов в группе КТ против 20% в группе СТ, при этом в группе КТ преобладали сочетания ИОЗСиН с габапентином, миртазапином/тразодоном или низкими дозами нейролептиков. В группе СТ чаще встречались комбинации СИОЗС/ТЦА/миртазапин/тразодон с антиконвульсантами. Антиконвульсанты в

монотерапии применялись только в группе СТ (6,7%) (Таблица 3). Сравнение эффективности терапии показало, что в обеих группах клинический эффект достигался уже через 1 месяц, однако в группе КТ наблюдалось дальнейшее статистически значимое улучшение в интервале между 3 и 6 месяцами в отношении интенсивности боли (Рисунок 1 и 2), эмоционального состояния (Рисунок 3 и 4), функционального статуса (Рисунок 5 и 6), качества жизни (Рисунок 7 и 8) и физической активности (Рисунок 9), тогда как в группе стандартной терапии динамика в этот период замедлялась или отсутствовала.

Таблица 3 – Фармакологическое лечение в КНБ в группе комплексной и стандартной терапии

Группа препаратов	Группа комплексной терапии		Группа стандартной терапии	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
ИОЗСиН	18	60	14	46.7
СИОЗС	1	3.3	4	13.3
ТЦА	1	3.3	4	13.3
Комбинация препаратов	10		6	
ИОЗСиН+габапентин	3		0	
ИОЗСиН+миртазапин/тразодон	2		0	
ИОЗСиН+ нейролептик в низких дозах	3	33.3	2	20
СИОЗС/ТЦА/миртазапин/тразодон + антиконвульсант	0		4	
СИОЗС+ТЦА	1		0	
ИОЗСиН+гидроксизин	1		0	
Антиконвульсант	0	0	2	6.7

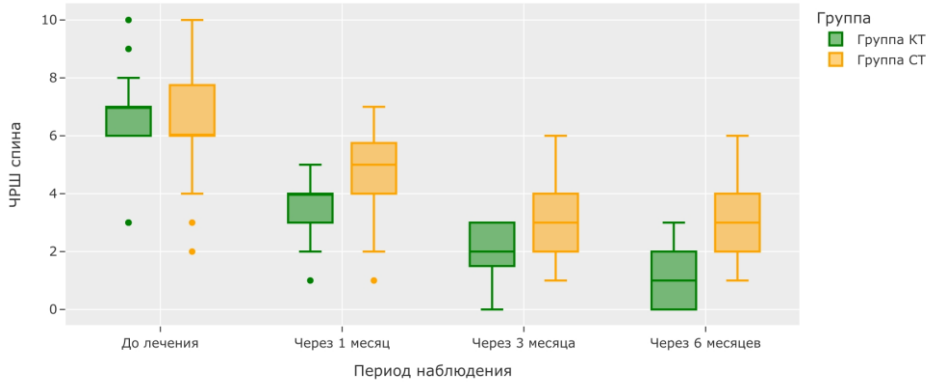


Рисунок 1 – Показатели ЧРШ в области спины в период наблюдения в группах КТ и СТ

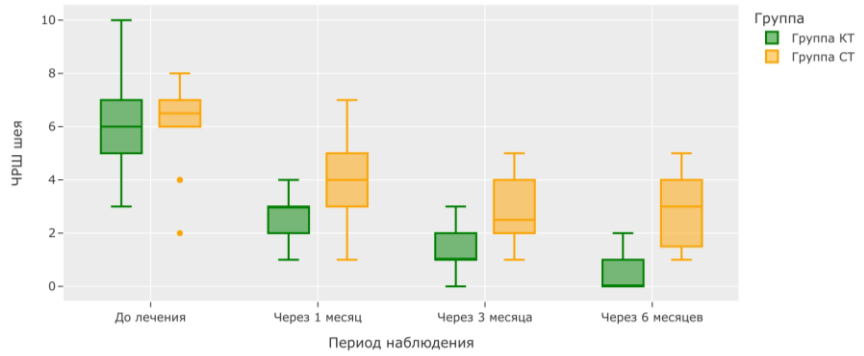


Рисунок 2 – Показатели ЧРШ в области шеи в период наблюдения в группах КТ и СТ

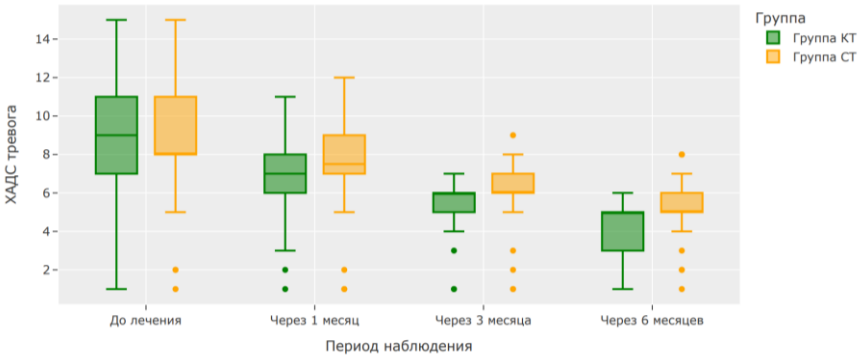


Рисунок 3 – Показатели тревоги по ГШТД (HADS) в период наблюдения в группах КТ и СТ

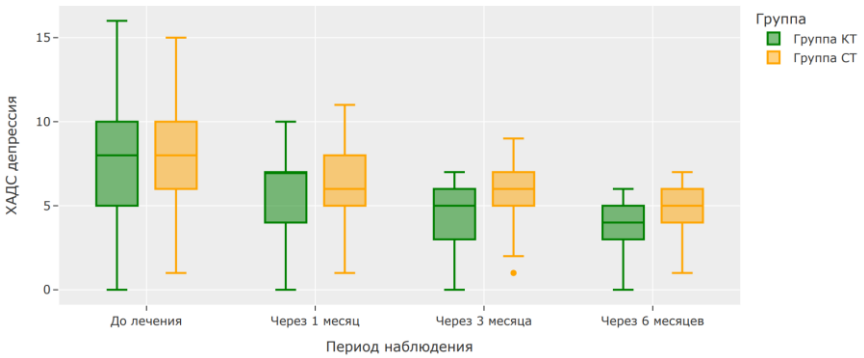


Рисунок 4 – Показатели депрессии по ГШТД (HADS) в период наблюдения в группах КТ и СТ

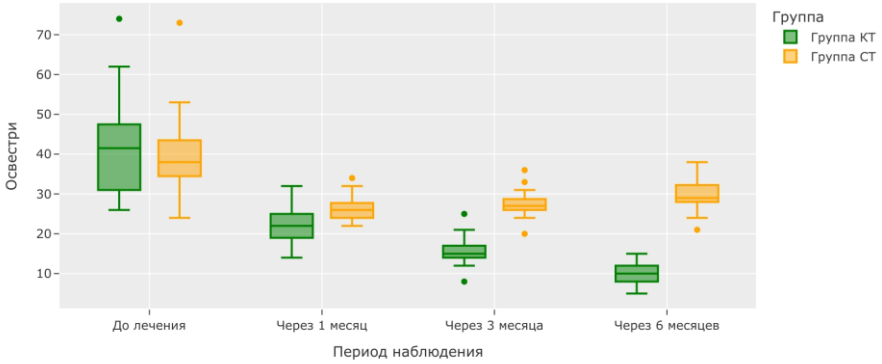


Рисунок 5 – Показатели опросника Освестри в период наблюдения в группах КТ и СТ

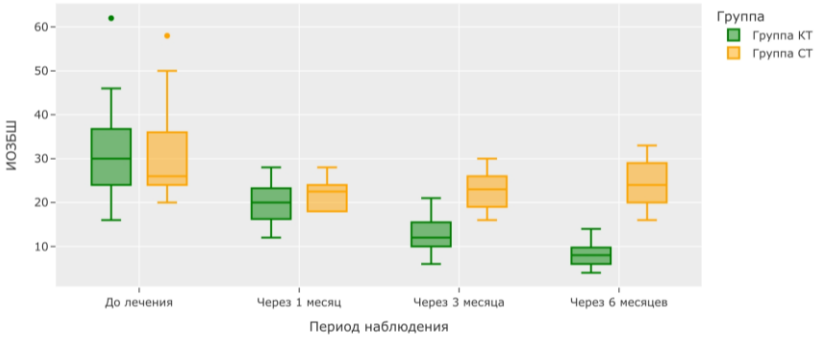


Рисунок 6 – Показатели Индекса ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее (ИОЗБШ) в период наблюдения в группах КТ и СТ

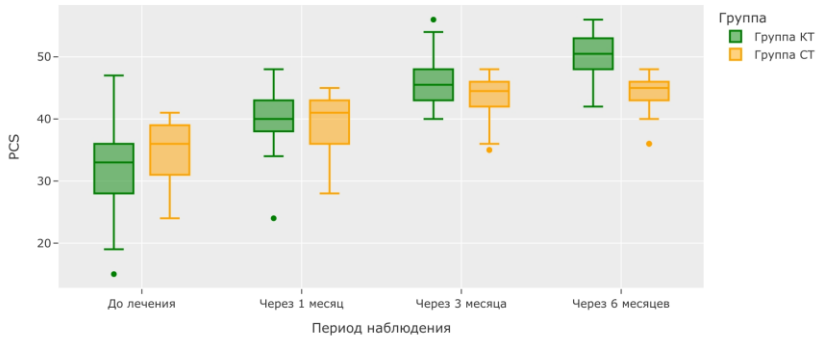


Рисунок 7 – Показатели физического компонента качества жизни (SF-12) в период наблюдения в группах КТ и СТ

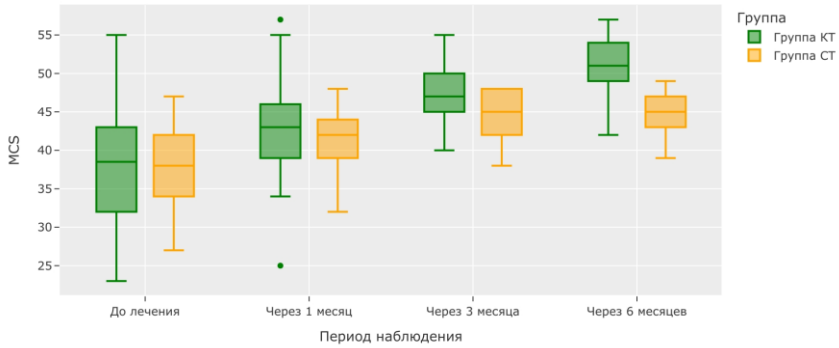


Рисунок 8 – Показатели психического компонента качества жизни (SF-12) в период наблюдения в группах КТ и СТ

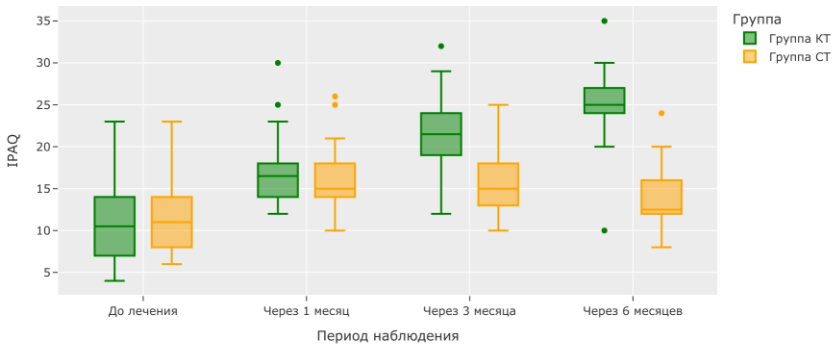


Рисунок 9 – Показатели физической активности по опроснику IPAQ-SF в период наблюдения в группах КТ и СТ

Статистически значимое повышение физической активности по IPAQ-SF отмечено только в группе комплексной терапии во все периоды наблюдения; в группе стандартной терапии после первоначального повышения через 1 месяц наблюдалось снижение показателя к 6 месяцу. Корреляционный анализ изменений показателей в динамике показал, что в группе комплексной терапии улучшение физического компонента качества жизни (PCS) на всех этапах наблюдения устойчиво сопровождалось снижением уровня депрессии (Rs от –0,43 до –0,47, p<0,05), тогда как в группе стандартной терапии эта связь была слабее и статистически не значима (Рисунок 10), что отражает отсутствие согласованного улучшения физических и психоэмоциональных показателей при стандартном подходе.

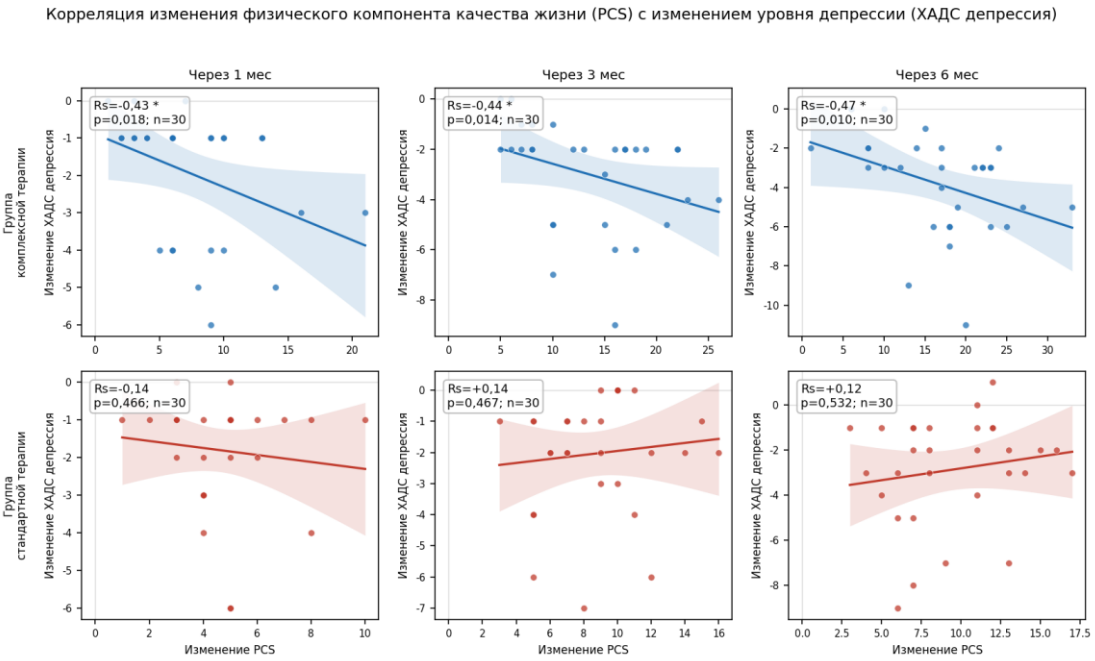


Рисунок 10 – Корреляция изменения физического компонента качества жизни (PCS) с изменением уровня депрессии (ХАДС депрессия) через 1, 3 и 6 месяцев в обеих группах

Таким образом, тревожные и депрессивные расстройства являются не только частыми коморбидными состояниями при ХНБШС, но и факторами, существенно утяжеляющими течение болевого синдрома, ухудшающими функциональный статус и качество жизни. Комплексная терапия достоверно превосходит стандартную по эффективности и обеспечивает устойчивый терапевтический эффект в отдаленной перспективе.

ВЫВОДЫ

1. Пациентам с хронической неспецифической болью в шее и спине (ХНБШС) в качестве анатомической причины боли часто устанавливается остеохондроз, наличие межпозвоночных грыж. Однако наиболее часто (61,7%) анатомическим источником болевого синдрома является комбинация нескольких причин (поражение фасеточного сустава, крестцово-подвздошного сочленения (КПС) и миофасциальный синдром), реже – изолированный миофасциальный синдром (21, 7%), изолированное поражение КПС (10%) или фасеточных суставов – (6,7%).

2. Консультация психиатра с применением полуструктурированного клинического интервью позволяет комплексно охарактеризовать клинические особенности пациентов с ХНБШС и сочетанными тревожными или депрессивными расстройствами, существенно улучшить выраженность анальгетического эффекта за счет целенаправленной фармакологической оптимизации (использование более эффективных в отношении боли антидепрессантов, коррекция доз, а также добавление иных препаратов с целью минимизации побочных эффектов и повышения эффективности лечения), что подтверждается значимым снижением интенсивности боли, восстановлением функционального статуса и повышением качества жизни.

3. У пациентов с ХНБШС и верифицированным тревожным или депрессивным расстройством выявлена более высокая интенсивность болевого синдрома по сравнению с группой пациентов без психических расстройств. Наличие сопутствующего тревожного или депрессивного расстройства ассоциировано с более генерализованным характером боли, высокими показателями центральной сенситизации, снижением качества жизни.

4. У пациентов с ХНБШС и сопутствующим тревожным или депрессивным расстройством достоверно чаще, чем у пациентов с ХНБШС без психических расстройств, встречаются синдром раздраженного кишечника (23,3% и 3,3% соответственно), головные боли напряжения и мигрень (43,3% и 26,7% соответственно). Синдром беспокойных ног (у 8,3%) и ДВНЧС (у 5%) регистрировалась исключительно у пациентов с ХНБШС и сопутствующим тревожным или депрессивным расстройством.

5. Комплексная терапия ХНБШС, включающая оптимальную фармакотерапию (с участием психиатра) и расширенные немедикаментозные методы (образовательные беседы, эргономику, постуральную коррекцию, индивидуальную лечебную гимнастику), достоверно эффективнее стандартной терапии в отношении снижения болевого

синдрома, улучшения эмоционального фона, повышения качества жизни и увеличения физической активности. Терапевтический эффект в группе комплексной терапии сохраняется в период 3 и 6 месяцев наблюдения. Без комплексного лечения через 3 и 6 месяцев нарастает гиподинамия, ухудшается функциональное состояние, утрачивается эффект лечения болевого синдрома.

6. Эффективное лечение тревожного и депрессивного расстройства при ХНБШС приводит к улучшению общего состояния, но не всегда к полному регрессу боли. Лечение пациентов с ХНБШС должно быть длительным и комплексным, сочетающим оптимальную фармакотерапию, кинезиотерапию, эргономику и психологические методы терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всем пациентам с хронической неспецифической болью в шее и спине (ХНБШС) рекомендовано активное выявление коморбидных тревожных и депрессивных расстройств с использованием валидизированных скрининговых шкал, поскольку пациенты часто не предъявляют активных жалоб на эмоциональные нарушения.

2. У пациентов с ХНБШС и верифицированным депрессивным или тревожным расстройством рекомендовано активное обследование на наличие коморбидных соматических состояний: синдрома раздраженного кишечника, головной боли напряжения, мигрени, синдрома беспокойных ног, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, поскольку их своевременное лечение может улучшить результаты терапии ХНБШС.

3. При выявлении у пациента с ХНБШС повышенных показателей тревоги и депрессии по скрининговым шкалам, наличии хотя бы одного коморбидного заболевания, психиатрического анамнеза, резистентности ранее назначенной терапии антидепрессантами, целесообразно направлять пациента на консультацию к врачу-психиатру для верификации диагноза и коррекции терапии.

4. В случае диагностики ХНБШС и повышенных показателей тревоги и депрессии по скрининговым шкалам, при отсутствии отягощенного психиатрического анамнеза и суицидальных мыслей, неврологом возможно назначение антидепрессантов из группы ИОЗСиН. При отсутствии эффекта от назначенной терапии в течение 4-6 недель

целесообразно направлять пациента на консультацию к врачу-психиатру для коррекции терапии.

5. Лечение пациентов с ХНБШС и сопутствующими тревожными или депрессивными расстройствами должно быть комплексным (мультимодальным), сочетающим оптимальную фармакотерапию, кинезиотерапию, эргономику и психологические методы терапии.

6. Расширенная немедикаментозная терапия при ХНБШС должна включать образовательные беседы о связи боли, эмоций и центральной сенситизации (рекомендовано проводить на протяжении всего курса лечения), обучение эргономике и постуральной коррекции, а также индивидуальную лечебную гимнастику (не менее 5 занятий со специалистом с последующим ежедневным самостоятельным выполнением упражнений на растяжение, укрепление глубоких мышц и стабилизацию).

7. Фармакотерапия должна включать НПВП коротким курсом (10–14 дней) в сочетании с антидепрессантами (ИОЗСиН) при клинически значимых тревожных и депрессивных расстройствах; во многих случаях рекомендуется длительный прием антидепрессантов (до 6 месяцев и более по назначению психиатра).

8. Пациентам с ХНБШС после курса комплексной терапии рекомендовано поддерживать достигнутый уровень физической активности (не менее 150 минут умеренной аэробной нагрузки в неделю, ежедневные лечебные упражнения) и соблюдать правила эргономики и постуральной коррекции для профилактики рецидивов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кузьминова, Т. И. Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине / Т. И. Кузьминова, **А. Х. Мухаметзянова**, Л. Ф. Магомедкеримова // Российский неврологический журнал**.** – 2020. – Т. 25. – № 2. – С. 11–20.

2. Исайкин, А. И. Эмоциональные нарушения и их терапия при хронической поясничной боли / А. И. Исайкин, Т. И. Насонова, **А. Х. Мухаметзянова** // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14. – № 5. – С. 90–95.

3. Лечение острой и хронической шейной скелетно-мышечной боли / А. И. Исайкин, **А. Х. Мухаметзянова**, Л. Т. Ахмеджанова, А. С. Романова // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17. – № 10. – С. 55–62.

4. **Мухаметзянова, А. Х.** Оптимизация ведения пациентов с неспецифической болью в шее / А. Х. Мухаметзянова, В. А. Парфенов, А. В. Исайкин // **Российский журнал боли.** – 2024. – Т. 22. – № 1. – С. 40–46.

5. **Мухаметзянова, А. Х.** Ошибки и оптимизация ведения пациентов с хронической люмбалгией: обсуждение на основе клинического наблюдения / А. Х. Мухаметзянова, В. А. Парфенов // Медицинский совет. – 2024. – Т. 18. – № 22. – С. 47–52.

6. **Мухаметзянова, А. Х.** Ведение пациентов с хронической болью в нижней части спины в амбулаторной практике: клиническое наблюдение / А. Х. Мухаметзянова, Л. Т. Ахмеджанова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2024. – Т. 16. – № 5. – С. 82–86.

7. **Мухаметзянова, А. Х.** Применение миорелаксантов при острой скелетно-мышечной боли в спине / А. Х. Мухаметзянова, А. И. Исайкин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2024. – Т. 16. – № 5. – С. 106–110.

8. **Мухаметзянова, А. Х.** Психические расстройства у пациентов с неспецифической болью в шее и спине: психометрическая оценка тревоги, депрессии и расстройств личности / А. Х. Мухаметзянова // Сборник статей IX Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. – 2024. – Т. 2. – С. 649–652.

9. **Мухаметзянова, А. Х.** Влияние тревожных и депрессивных расстройств на интенсивность боли, качество жизни и физическую активность у пациентов с хронической неспецифической болью в шее и спине / А. Х. Мухаметзянова, Д. С. Петелин, А. И. Исайкин // **Consilium Medicum**. – 2025. – Т. 27. – № 2. – С. 112–116.

10. Комплексный подход с участием психиатра при ведении пациентов с хронической неспецифической болью в шее и спине, имеющих тревожное и депрессивное расстройства / **А. Х. Мухаметзянова**, В. А. Парфенов, Д. С. Петелин [и др.] // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2026. – Т. 18. – № 2. – С. 19–27.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БНЧС – боль в нижней части спины

БШ – боль в шее

ГБН – головная боль напряжения

ГШТД (HADS) – госпитальная шкала тревоги и депрессии

ДВНЧС – дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

ИОЗСиН – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

КПС – крестцово-подвздошный сустав

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

КТ – комплексная терапия

ЛФК – лечебная физкультура

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

СБН – синдром беспокойных ног

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СРК – синдром раздраженного кишечника

СТ – стандартная терапия

ТЦА – трициклические антидепрессанты

ФМ – фибромиалгия

ХБС – хроническая боль в спине

ХБШ – хроническая боль в шее

ХНБШС – хроническая неспецифическая боль в области шеи и спины

ЧРШ – числовая рейтинговая шкала

AAPT– ACTTION-APS Pain Taxonomy

FiRST– Fibromyalgia Rapid Screening Tool

IPAQ-SF – международный опросник по физической активности

NDI – индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее

SF-12 – опросник качества жизни