



СИНДРОМ НЕУДАЧНО ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

И.Д. Булюбаш

Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии

Проведен обзор научной литературы за последние 10 лет по проблеме синдрома неудачно оперированного позвоночника. Описаны основные психологические факторы и проблемы, определяющие исходы хирургического лечения при хронической боли в поясничном отделе позвоночника. **Ключевые слова:** хронический болевой синдром, психосоциальные факторы прогноза исходов операции на поясничном отделе позвоночника, послеоперационная боль, эмоциональный дистресс.

FAILED BACK SURGERY SYNDROME:
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF UNSATISFACTORY
OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT

I.D. Boulyubash

The author reviewed scientific literature on failed back surgery syndrome over the last 10 years. The basic psychological factors and problems determining the outcome of surgical treatment for chronic pain in the lumbar spine are described.

Key Words: chronic low back pain, pretreatment psychosocial predictors of lumbar surgery outcomes, postoperative pain after back surgery, emotional distress.

Hir. Pozvonoc. 2012; (3):49–56.

Для объяснения природы неспецифических болей в спине в России в последние десятилетия часто использовалась теория неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, определяющая принципы диагностики и лечения данной патологии. Однако изучение отечественной и зарубежной литературы последнего десятилетия убеждает в том, что эта концепция чрезмерно акцентирует дистрофические изменения в диске и недостаточно учитывает современную теорию развития болевых ощущений, что во многом не соответствует реальной клинической практике [7].

Понятие «остеохондроз» не является синонимом боли в спине, поскольку только у одного пациента из десяти с рентгенологическими признаками остеохондроза имеются клинические проявления заболевания. Еще одним клиническим мифом стала грыжа межпозвоночного диска. Доказано,

что «немые», то есть ничем не проявляющие себя грыжи, встречаются в несколько раз чаще грыж с болевым синдромом. Так, морфологические изменения по типу грыж межпозвоночных дисков встречаются и среди пациентов с болями в спине, и у людей, не предъявляющих таких жалоб [29, 57]. Описаны случаи, когда в результате лечения (или даже без него) боль в спине исчезает, при том что грыжа остается на прежнем месте и размеры ее не меняются [6, 18, 28].

Лечение пациентов с хронической болью в спине представляет серьезную проблему. Нередко, в случаях низкой эффективности консервативной терапии (а это лишь относительное показание к операции), таких пациентов необоснованно (без учета характера боли и особенностей психического состояния) оперируют по поводу грыж межпозвоночных дисков, что часто не приводит к купированию болевого синдрома [20].

В лечении поясничного остеохондроза (хронической боли в спине) на современном этапе отмечен значительный рост оперативной активности, объясняемый обычно появлением точных методов диагностики и разработкой новых оперативных технологий. Однако в результате увеличилось и число пациентов с неудовлетворительным исходом оперативного лечения в виде сохранения болевого синдрома, несмотря на отсутствие предполагаемого морфологического субстрата боли. Рецидивы боли в спине после хирургического лечения отмечаются у 5–38 % пациентов [50, 58]. При этом больным вновь выставляется неврологический диагноз (даже в том случае, когда у врача уже имеются данные о психическом расстройстве или психологических проблемах пациента). В результате в медицинской литературе стал использоваться термин «синдром неудачно оперированного позвоночника» (FBSS

– Failed Back Surgery Syndrom), который определяется как длительная или повторяющаяся хроническая боль в нижней части спины или нижних конечностях после успешной (с анатомической точки зрения) операции на позвоночнике.

Выделяют хирургические и нехирургические причины FBSS. Высокую распространенность болевого синдрома в нижней части спины в настоящее время объясняют не столько степенью структурных изменений позвоночника, сколько влиянием ряда социально-психологических факторов [15]. Одна из нехирургических причин – это вклад негативных психологических факторов и психологических расстройств в хронификацию болевого синдрома [54]. Психологические факторы влияют как на восприятие боли, так и на способность справиться с ней. Стрессовые события, изоляция и бездействие увеличивают ее и способствуют беспомощству, а отвлечение внимания уменьшает болезненные ощущения [59].

Хронизации дорсалгии (новым эпизодами боли) способствуют такие факторы, как эмоциональный стресс в дебюте заболевания, убежденность в связи боли с условиями труда, избегающее поведение и пассивная позиция пациента, ожидание опасности (инвалидности), недостаток общественной и семейной поддержки, депрессия и тенденция к социальной зависимости, проблемы на работе [10, 11, 13, 23, 47, 49, 52, 53, 55, 60]. Возникновение болевого синдрома после декомпрессии в последнее время связывают с наличием не диагностированного до операции высокого уровня тревоги и депрессии [15, 33, 36]. В этом случае под маской поясничных болей нередко скрывается депрессивное состояние. Исследования [56] показывают, что многие психиатрические и психологические показатели являются лучшими факторами прогноза боли в пояснице, чем медицинские характеристики или биографические показатели. По мере того как боль приобретает хронический характер, психологические проблемы становя-

ся едва ли не основными в поддержании боли и болевого поведения [14].

Синдром неудачно оперированного позвоночника встречается у 30 % пациентов, у которых до операции отмечались нарушения сна, депрессия, а также семейные, социальные и экономические проблемы. Признано, что причинами возникновения этого синдрома являются неточный отбор пациентов для оперативного лечения, недостаточный учет психологических факторов (когнитивных, эмоциональных), болевого поведения и особенностей социальной среды (семья, сообщество), в которой находится пациент [37]. С этой точки зрения наиболее важными факторами эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования, предрасполагающими к стабилизации психического напряжения у пациентов с болями в спине, являются повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к фиксации на негативных мыслях, пассивность, блокирование поведенческого реагирования, склонность к уходу в болезнь. Фактором риска развития и хронизации болей в пояснице является личностная тревожность [2]. При хронической боли в пояснице доля пациентов с низкой личностной тревожностью (тест Спилбергера – Ханина) ничтожно мала.

Интересно, что результаты повторных оперативных вмешательств оказываются менее благоприятными по сравнению с первой операцией, с каждым следующим вмешательством нередко ухудшаются. По данным Bouras et al. [48], пациенты, подвергшиеся множественным оперативным вмешательствам по поводу боли в спине, имели психические расстройства. Кроме того, возобновление болевого синдрома нередко провоцируется определенными поведенческими паттернами. Пациенты с дорсопатиями с трудом реализуют идею об индивидуальной ответственности за состояние своего здоровья и обычно переключаются ее на врачей (фактор высокой экстернатности). Это негативно влияет на результат лечения [5].

Характер, интенсивность и продолжительность боли в зависимости от психологических особенностей пациентов

Выбор стратегии лечения определяется представленностью ведущих компонентов боли (ноцицептивного, невропатического и психогенного). Маркерами ноцицептивных болевых синдромов являются боль, локализованная в поясничной области, положительная реакция на местную анестезию, низкий уровень катастрофизации, соматизации, отсутствие признаков невропатической боли [31]. Пациенты с невропатической болью и высокой (более 8 баллов по ВАШ) интенсивностью болевого синдрома характеризовались высоким уровнем реактивной тревожности, высокой степенью депрессии, низким качеством сна и жизни. Это свидетельствует о тесной связи невропатического компонента боли с нарушениями в эмоционально-аффективной сфере, что целесообразно учитывать в терапии [20]. Наличие маркеров психогенного компонента боли указывает на необходимость прямого воздействия на психологические нарушения – добавление к лечению антидепрессантов (уже на первых этапах лечения) и когнитивно-поведенческой психотерапии [31].

Диагностика первичной психогенной боли [1, 8] основывается на наличии острой или хронической психотравмирующей ситуации, реализация которой осуществляется с помощью конверсионных механизмов с использованием ранее знакомых симптомов (по типу клише). Вторичная психогенная боль обусловлена продолжительным болевым синдромом скелетно-мышечной природы, при этом у пациентов может присутствовать и умеренно выраженный мышечнотонический синдром (хотя лидируют тревожно-депрессивные расстройства). Для постановки диагноза подобная клиническая картина с наличием психогенного фактора должна присутствовать у пациента не менее 6 мес. В этом случае вертеброгенный болевой синдром может рассматриваться в рамках устойчивого соматоформно-

го болевого расстройства (шифр F45.4 в МКБ-10).

Психологические особенности пациентов оказывают значительное влияние на интенсивность болевого синдрома и выраженность инвалидизации, большее, чем объективные неврологические и скелетно-мышечные нарушения. Отмечено, что выраженность болевого синдрома у пациентов с синдромом неудачно оперированного позвоночника прямо коррелирует ($r = 0,79$; $p = 0,0379$) с уровнем тревоги и депрессии [30]. У пациентов с хроническими скелетно-мышечными болевыми синдромами выявлена линейная зависимость уровня выраженности боли от уровня соматизации, тревожности, депрессии, психологического дистресса и степени катастрофизации ситуации [31]. Согласно М.В. Святогор [36], аутоагрессивный или аутично-депрессивный тип реагирования в стрессовых ситуациях, социальное одиночество (развод, потеря супруга, утрата семьи), высокая личностная тревожность и профессиональная незанятость способствуют увеличению интенсивности болевого синдрома и психопатологических расстройств у пациентов с болевыми синдромами в пояснично-крестцовой области. Показано также, что интенсивность боли при остеохондрозе позвоночника выше при сочетании ипохондрических и тревожно-депрессивных расстройств с ригидностью и склонностью к формированию различного рода фиксаций [21, 22, 38].

Исследование депрессивной симптоматики у пациентов с острой, подострой и хронической болью в спине выявило, что депрессия, имея общие патогенетические механизмы с болью, является как начальным спутником неспецифической боли в нижней части спины (острой боли), так и спутником подострой и хронической боли [2]. Однако при хронической боли уровень депрессии выше, чем при острой и подострой (показатели по шкале Бека в баллах соответственно $13,8 \pm 1,5$; $14,0 \pm 2,6$; $17,5 \pm 1,2$).

Синдром неудачной операции на позвоночнике и депрессия

Болям в поясничном отделе позвоночника нередко сопутствует депрессия [31, 32, 44]. При эпидемиологическом исследовании депрессивных расстройств среди взрослого населения распространенность депрессии составила 44,0 % (в общей популяции, группа контроля), в группе пациентов с болью в нижней части спины – 55,5 %, в группе пациентов, находящихся на стационарном лечении, – 72,0 % [39]. Основными проявлениями депрессии у таких пациентов стали снижение настроения, астения, снижение жизненной активности, утрата интересов, снижение полового влечения, пессимизм и расстройства сна, идеи собственной никчемности и снижение самооценки. Депрессивные расстройства в отдаленном периоде после оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков выявлены у 47 % пациентов с рецидивом боли [39].

Несмотря на наличие депрессивных расстройств, всем пациентам с рецидивом боли был поставлен новый неврологический диагноз, объясняющий причины формирования рецидива (грыжа межпозвонковых дисков смежного сегмента, спондилез и спондилоартроз, стеноз позвоночного канала, рубцово-спаечный эпидурит) [39]. Таким образом, выявление депрессивных расстройств не становится основанием для диагностики психического расстройства (соматоформного расстройства) даже отдельным пациентам. На наш взгляд, это объясняется не столько формированием новой патологии, сколько сложившейся необходимостью установить новый неврологический диагноз (в рамках отделения неврологического профиля), за которым могут последовать планы очередного оперативного вмешательства с целью облегчения болевого синдрома.

Тревогу и депрессию называют предикторами возобновления болевого синдрома после операции [19]. Особенностью рецидива боли в послеоперационном периоде являлось полное

или почти полное воспроизведение прежнего болевого паттерна. Пациенты считали операцию неудачной, что усугубляло их психическое состояние. Восстановительное лечение у таких пациентов могло быть начато только после регресса симптомов тревоги и депрессии. Исследование Л.В. Джулай с соавт. [16, 17], проведенное на группе пациентов с резистентным болевым синдромом, показало, что регресс болевого синдрома (по ВАШ) в послеоперационном периоде был наименее выраженным именно у пациентов с высоким предоперационным уровнем тревоги и депрессии.

Психометрические особенности пациентов, для которых оперативное вмешательство оказывается неэффективным, нельзя определять только как вторичные, возникшие в результате болезни [44]. Эти особенности, специфичные для данного типа пациентов, определяют, формируют и провоцируют болезнь. Выраженность болевых ощущений в области позвоночника не всегда коррелирует со степенью морфологических изменений, но зато четко соответствует особенностям личности и психического состояния [44]. Болевой синдром сопровождается изменением эмоционального состояния из-за неразделенности сенсорного и эмоционального компонентов психической реакции. Боль и тягостное эмоциональное состояние связаны настолько тесно, что эмоциональное состояние не меняется даже тогда, когда исчезает материальный субстрат для болевых ощущений. Поэтому пациентам с вертеброгенным болевым синдромом, у которых есть показания к операции, необходимы тщательное психологическое обследование и лечение для увеличения вероятности благоприятного исхода. К сожалению, до настоящего времени диагностика депрессии, которая является коморбидной хронической боли в пояснице, остается крайне низкой [45]. Депрессия, тревога, нарушения сна не становятся предметом специ-

ального рассмотрения со стороны невролога и психотерапевта.

Помимо депрессивного состояния, коморбидного хронической боли в пояснице, сообщают о влиянии и других психических расстройств. Так, особенности развития хронических болевых синдромов (более 3 мес.) у участников боевых действий напрямую связаны с наличием посттравматического стрессового расстройства [46].

Программы по лечению хронической боли, не содержащие компонент, адресованный психическому здоровью, обречены на неудачу [14]. Соответственно в штате отделений, где проходят лечение пациенты с хронической болью, должны быть психиатры (психотерапевты) и клинические психологи [34, 43]. С.Я. Бабушкин [5] считает необходимой организацию специальных школ для больных с дорсопатиями.

Прогнозирование исхода операции в зависимости от психологических особенностей и психического состояния пациента

Trief et al. [61] оценку психологического состояния пациентов с хронической болью в области позвоночника проводили за 2 недели до операции, а затем через полгода и год после вмешательства. Исследовали три аспекта психологического дистресса (депрессию, тревогу и враждебность), а также их влияние на исход операции (оценку функций, субъективную оценку интенсивности болевого синдрома, занятость). Хорошим прогностическим фактором оказались уровни тревоги и депрессии (в особенности соматической тревоги). Российские авторы [17] сообщают о вкладе тревоги и депрессии в формирование неудовлетворительных исходов хирургического лечения при хроническом болевом синдроме в пояснично-крестцовой области. Таким образом, предварительная оценка уровня дистресса помогает прогнозировать исход операции.

Анализ научной литературы по данному вопросу, сделанный

Celestin et al. [51], позволил оценить вклад психологических факторов в генез болевого синдрома и разработать рекомендации для терапии боли. В 25 рандомизированных и контролируемых исследованиях прогностическими факторами плохого исхода оказались соматизация, депрессия, тревога, плохое приспособление (копинг). Авторы рекомендуют скрининговое психологическое исследование для более тщательного отбора кандидатов на операцию и для профилактики плохих исходов и возможных осложнений.

Отдельного внимания заслуживает так называемое болевое поведение – форма коммуникации, служащая для сообщения окружающим о наличии боли (особенности поведения). Показано, что высокий уровень кинезиофобии (страха движения) приводит, с одной стороны, к детренированности мышц и уменьшению их активности при адекватной физической нагрузке, с другой – к нарушению их релаксации. Если болевое поведение сохраняется длительное время, возникает порочный круг, поддерживающий боль и ограничительное поведение. В программу лечения пациентов целесообразно включать методы психотерапевтического воздействия, направленного на прерывание ограничительного поведения [32, 35].

Антидепрессанты в лечении пациентов с хронической болью в спине

При хронических болевых синдромах и депрессии имеются общие звенья патогенеза в виде недостаточности серотонинэргических систем мозга. Доказано, что антидепрессанты (в частности, amitriptilin), кроме тимоаналептического, обладают еще и обезболивающим эффектом. Такой эффект достигается меньшими, чем при антидепрессивном эффекте, дозами и существенно опережает его по времени. Поэтому антидепрессанты применяют как для терапии депрессии, так и для контроля боли и лечения расстройств сна [41].

По мнению С.П. Маркина [26, 27], выраженная депрессия повышает

риск обострения болевого синдрома (порочный круг «боль – депрессия – боль»). Лечение депрессии при хронической боли в спине включает терапию антидепрессантами – венфлаксином [40], пиразидолом [41], коаксиллом [11]. Терапия венфлаксином достоверно снижает не только уровень депрессии (авторы пишут о вторичном депрессивном синдроме), но даже купирует хронический болевой синдром вертеброгенного происхождения [25].

Таким образом, ассоциированная с болями в спине депрессия эффективно лечится антидепрессантами, которые уменьшают интенсивность боли и улучшают общее состояние пациентов. Обоснованным представляется подход, включающий уточнение представлений пациента о боли, объяснение механизмов формирования боли в рамках когнитивной психотерапии.

Психотерапия в лечении болевого синдрома и коморбидных расстройств

Традиционный подход к терапии хронической боли сводится к разработке схем назначения медицинских препаратов (биомедицинская модель). Такой подход объясняется стремлением врача и пациента быстро снять болевые ощущения и их нежеланием тратить время на нелекарственные методы лечения [23, 24]. В результате такого подхода увеличивается зависимость пациента от лекарственных средств и врачей, снижается роль самого пациента в лечении болевого синдрома. Пациенты с дорсалгиями чувствуют себя жертвами ситуации, от которых ничего не зависит, а традиционный подход в лечении эффективен лишь в том случае, когда пациент сотрудничает с врачом. В то же время смена дезадаптивных установок пациентов возможна только при использовании биопсихосоциальной модели [23, 24]. Поэтому восстановительное лечение пациентов с хронической болью должно включать индивидуальное психологическое воздействие для формирования активной позиции пациента в отношении лечения.

При восстановительном лечении хронического болевого синдрома в поясничной области необходимо воздействовать не только на патологический процесс, но использовать методы психотерапии, которые будут уменьшать ипохондрическую фиксацию и снижать уровень тревожности [42]. Сложность в реализации психотерапевтического вмешательства состоит в том, что попытки объяснить корреляцию болевого синдрома с конкретной психотравмирующей ситуацией вызывают у пациентов разочарование и побуждают их к поиску другого врача-невролога [34].

Стратегия психотерапии у пациентов с хроническим болевым синдромом заключается в устранении внутреннего психологического конфликта, изменении болевого поведения, обучении методам саморегуляции [6, 8], что возможно в рамках различных направлений психотерапии. Преодоление кинезиофобии также должно сопровождаться психологической поддержкой [31]. Одной из причин резистентности хронического болевого синдрома к обезболивающим препаратам и патогенетическому лечению считается низкая мотивация пациентов к лечению. Задачей лечения является не только регулярный прием медикаментов, но и изменение дезадаптивных установок в отношении боли и способов реагирования на нее (болевого поведения, копинг-стратегий) [5, 12].

Дезадаптивное болевое поведение включает малую подвижность из-за страха боли, зависимость от анальгетиков, ограничение социальных

контактов, отказ от работы. Дезадаптивные копинг-стратегии включают катастрофизацию, самообвинение и идею наказания, позицию жертвы, недооценку полученных результатов и согласие с образом больного человека [12]. Авторы предлагают стратегию повышения мотивации, реализующуюся в отношениях врача-невролога и пациента. Она состоит в эмпатическом слушании и выражении сочувствия, в раскрытии противоречий между поведением пациента и целями лечения, в уклонении от споров с пациентом, в работе с сопротивлением и формировании чувства контроля над болью. Если пациенты настроены только на оперативное лечение, врач оставляет за собой возможность помочь тогда, когда пациент заинтересуется иными подходами работы с болевым синдромом.

В лечении хронической боли доказала свою эффективность когнитивно-поведенческая терапия [59], направленная на коррекцию убеждений о боли. Интервенции, которые в ней используются, помогают контролировать болевые ощущения. Широко используются и групповые методы, где пациентов обучают способам управления болью и уровнем стресса. В качестве метода, достоверно влияющего на интенсивность болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника, предлагается ролевое переключение [3, 4].

Таким образом, ведение пациента с хроническим болевым синдромом предполагает исключение органической причины болевого синдро-

ма (что полностью проблематично), выявление психологических, социально-культурных, семейных предпосылок для развития болевого синдрома, оценку степени имеющихся психических или эмоционально-личностных нарушений, изучение когнитивно-поведенческих факторов и степени адаптации пациента, а также выбор оптимального терапевтического подхода [9]. В особенности это касается пациентов, у которых предполагается оперативное лечение.

Заключение

С нашей точки зрения, диагностика психогенной боли (или устойчивого соматоформного расстройства) должна коренным образом менять тактику ведения пациента при рассмотрении показаний к операции. Отбор пациентов для оперативного лечения должен проводиться хирургами-вертебрологами не только с учетом патоморфологических и патобиомеханических проявлений дегенеративного процесса, но и с учетом вклада психических факторов в формирование хронического болевого синдрома. Ответственность за диагностику психического расстройства должна принадлежать лечащему врачу и психиатру (психотерапевту), психологическим проблем – психотерапевту и клиническому психологу. Основную роль в лечении таких пациентов (консервативном или на дооперационном этапе) будут играть психофармакотерапия и психотерапия.

Литература

1. **Алексеев В.В.** Дифференциальная диагностика и лечение болей в пояснице // Рус. мед. журнал. 2002. № 12, 13. С. 533–538.
2. **Ахмадеева Л.Р., Сетченкова Н.М., Абдраштова Е.В. и др.** Неспецифические боли в нижней части спины: клиничко-психологическое исследование // Бюл. сибирской медицины. 2008. № 5. С. 27–34.
3. **Бабурин И.Н.** Психотерапия в комплексном лечении болевого синдрома при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника // Вестн. психотерапии. 2006. № 17. С. 28–30.
4. **Бабурин И.Н.** Психотерапия в комплексном лечении остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2007. Т. 2. № 1. С. 41–42.
5. **Бабурин И.Н.** Ответственность больных с дорсопатиями за состояние своего здоровья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007.
6. **Баринев А.Н.** Невропатический болевой синдром при болях в спине // Трудный пациент. 2011. № 1. С. 17–23.
7. **Богачева Л.А.** Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998.
8. **Боль.** Руководство для студентов и врачей / Под ред. Н.Н. Яхно. М., 2009.

9. **Вейн А.М.** Психологические аспекты боли // Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. М., 2001. С. 92–105.
10. **Воробьева О.В.** Как предупредить хронизацию боли в области спины // Трудный пациент. 2011. № 4. С. 36–40.
11. **Воробьева О.В., Акарачкова У.С.** Роль депрессии в хронизации дорсалгии: подходы к терапевтической коррекции // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. № 8. С. 46–50.
12. **Голубев В.Л., Данилов А.Б., Добрушина О.Р.** Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли // Рус. мед. журнал. 2011. Спец. вып. С. 276–288.
13. **Данилов А.Б., Голубев В.Л.** О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую // Рус. мед. журнал. 2009. Спец. вып. С. 11–14.
14. **Данилов А.Б.** Психопатология и хроническая боль // Consilium medicum. 2008. № 2. С. 50–56.
15. **Джулай Л.В.** Влияние неврологических и психологических особенностей пациентов на результаты хирургического лечения болевого синдрома при поясничном остеохондрозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2007.
16. **Джулай Л.В., Симонович А.Е., Ласовская Т.Ю. и др.** Влияние психологических факторов на результаты хирургического лечения болевых синдромов при дегенеративных поражениях поясничного отдела позвоночника // Хирургия позвоночника. 2004. № 4. С. 79–86.
17. **Джулай Л.В., Симонович Б.М., Ласовская Т.Ю. и др.** Психологические предикаты результатов хирургического лечения вертеброгенных болевых синдромов // Сибирский консилум. 2006. № 4. С. 81–84.
18. Европейские рекомендации по лечению неспецифической боли в пояснично-крестцовой области в условиях первичной медицинской помощи / Под ред. Н.Н. Яхно, Е.В. Подчуфаровой. М., 2010.
19. **Есин Р.Г., Данилов В.И., Минкина И.Ш. и др.** Синдром ломбоишалгии у пациентов, перенесших операцию по поводу пояснично-крестцовой радикулопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 11. С. 37–41.
20. **Жаркова Т.Р.** Клинико-физиологический анализ болевого синдрома при пояснично-крестцовой радикулопатии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
21. **Зайцев В.П., Тюрина О.Г., Айвазян Т.А. и др.** Особенности восприятия боли и психологический статус больных с остеохондрозом позвоночника с болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2002. № 6. С. 30–33.
22. **Кожевников В.Н., Каргашева К.С.** Психологические механизмы этиопатогенеза остеохондроза позвоночника // Вестн. Красноярского государственного университета. 2006. № 11. С. 125–126.
23. **Курушина О.В.** Медицинские и социальные факторы повышения качества жизни пациентов с хронической болью: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2011.
24. **Курушина О.В., Барулин А.Е.** Оценка социально-психологического статуса пациентов с хроническими болевыми синдромами в области спины // Актуальные проблемы современной ревматологии: Сб. тр. Волгоград, 2009. С. 35–36.
25. **Левин Я., Демина Е., Добровольская Л. и др.** Венфлаксин (Велафакс) в терапии хронических болей в спине // Врач. 2007. № 10. С. 62–66.
26. **Маркин С.П.** Лечение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника. М., 2005.
27. **Маркин С.П.** Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике // Рус. мед. журнал. 2009. № 11. С. 794–797.
28. Неспецифическая боль в нижней части спины: клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики / Под ред. Ш.Ф. Эрдес. М., 2008.
29. **Павленко С.С., Фомин Г.И., Торгашев М.Н.** Распространенность депрессивных симптомов у лиц, страдающих хронической болью в нижней части спины // Хирургия позвоночника. 2004. № 4. С. 74–78.
30. **Павлов С.А., Шпагин М.В., Ястребов Д.Н. и др.** Комплексная терапия остаточного болевого синдрома после дискэктомии на поясничном уровне // Мед. альманах. 2011. № 1(14). С. 143–145.
31. **Подчуфарова Е.В.** Значение роли невропатического, ноцицептивного и психогенного механизмов в формировании хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011.
32. **Подчуфарова Е.В.** Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение // Рус. мед. журнал. 2003. № 25. С. 1395–1401.
33. **Путилина М.В.** Особенности диагностики и лечения дорсалгий в неврологической практике // Consilium Medicum. 2003. № 8. С. 46–49.
34. **Пырков П.П.** Хроническая соматоформная боль в спине в структуре невротической депрессии у пациентов многопрофильной больницы // Патологическая боль: Тез. науч.-практ. конф. Новосибирск, 1999. С. 7.
35. **Разумов Д.В., Подчуфарова Е.В.** Роль болевого поведения в формировании инвалидизации у пациентов с хронической болью в спине // Рус. мед. журнал. 2010. № 3. С. 11–18.
36. **Святогор М.В.** Нервно-психические расстройства у больных с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации и их динамика при восстановительной терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2007.
37. **Сон А.С., Гончарук Е.А., Солодовников В.И.** Дискогенные болевые синдромы пояснично-крестцового отдела позвоночника и роль психоэмоциональной сферы в их возникновении // Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти. 2008. № 1. С. 96–100.
38. **Тюрина О.Г.** Психологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с длительным болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2003. № 1. С. 49–51.
39. **Федянин С.А., Федянин А.С., Смагина И.В. и др.** Некоторые особенности депрессивных расстройств при болевом синдроме после оперативного лечения грыж межпозвоночных дисков // Бюл. сибирской медицины. 2008. № 5. С. 195–198.
40. **Чахава К.О.** Применение венфлаклина при депрессивных расстройствах у больных с хроническим болевым синдромом // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. № 3. С. 40–45.
41. **Чахава К.О.** Терапия пиразидолом хронических болевых расстройств пояснично-крестцовой локализации // Рус. мед. журнал. 2003. № 25. С. 1415–1419.
42. **Черненко О.А.** Лечение болевых скелетно-мышечных поясничных синдромов // Рус. мед. журнал. 2000. № 10. С. 408–410.
43. **Чурюканов М.В.** Мультидисциплинарный подход в лечении хронических болевых синдромов: понимание – первый шаг к действию // Рос. журнал боли. 2011. № 1. С. 22–25.
44. **Чухрова М.Г., Джулай Л.В.** Психоэмоциональные и личностные характеристики при хронических болях в спине // Мир науки, культуры, образования. 2010. № 1(20). С. 238–240.
45. **Яльцева Н.В., Григорьева И.В., Коршунов Н.И.** Проблема коморбидности боли в нижней части спины и депрессии в практике врача первичного звена // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2009. № 2. С. 13–16.
46. **Ястребов Д.Н., Шпагин М.В., Воропаев А.А. и др.** Клинико-нейропсихологическая характеристика хронической боли у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством // Мед. альманах. 2011. № 1. С. 134–136.
47. Back Pain, Neck Pain. An Evidence Based Review. SBU, 2000.

48. Bouras N, Bartlett JR, Neil-Dwyer G, et al. Psychological aspects of patients having multiple operations for low back pain. *Br J Med Psychol.* 1984; 57(Pt 2):147–151.
49. Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-year population-based study. *Spine.* 2007;32: 269–274.
50. Carragee EJ, Han MY, Suen PW, et al. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and anular competence. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85:102–108.
51. Celestin J, Edwards RR, Jamison RN. Pretreatment psychosocial variables as predictors of outcomes following lumbar surgery and spinal cord stimulation: a systematic review and literature synthesis. *Pain Med.* 2009;10:639–653.
52. Grotle M, Brox JI, Glomsrod B, et al. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *Eur J Pain.* 2007;11:290–298.
53. Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, et al. Three year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine.* 2005;30:1541–1548.
54. Klinger R, Geiger F, Schiltenswolf M. [Can failed back surgery be prevented? Psychological risk factors for postoperative pain after back surgery]. *Orthopade.* 2008;37:1000–1006. In German.
55. Kuijer W, Brouwer S, Schiphorst-Preuper HR, et al. Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2006;28: 379–388.
56. Pflingsten M, Schops P. [Low back pain: from symptom to chronic disease]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 2004;142:146–152.
57. Riihimaki H. Low-back pain? Its origin and risk indications. *Scand J Work Environ Health.* 1991;17:81–90.
58. Saruhashi Y, Omura K, Miyamoto K, et al. A migrated lumbar disc herniation simulating a dumbbell tumor. *J Spinal Disord.* 1999;12:307–309.
59. Scheman J, Covington E. Psychological factors in pain. *Spine Universe for Professionals.* URL: <http://www.spineuniverse.com/professional/treatment/non-surgical/psychological-factors-pain>.
60. Schiphorst-Preuper HR, Reneman MF, Boonstra AM, et al. The relationship between psychosocial distress and disability assessed by the Symptom Checklist-90-Revised and Roland Morris Disability Questionnaire in patients with chronic low back pain. *Spine J.* 2007; 7:525–530.
61. Trief PM, Grant W, Fredrickson B. A prospective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome. *Spine.* 2000;25:2616–2621.

References

1. Alekseev VV. [Differential diagnosis and treatment of low back pain]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal.* 2002; (12, 13):533–538. In Russian.
2. Ahmadeeva LR, Setchenkova NM, Abdrashitova EV, et al. [Non-specific low back pain: clinical psychological research]. *Bulletin of Siberian Medicine.* 2008;(5): 27–34. In Russian.
3. Baburin IN. [Physical therapy in the multimodal treatment of pain syndrome in degenerative disease of the lumbosacral spine]. *Vestnik Psihoterapii.* 2006;(17): 28–30. In Russian.
4. Baburin IN. [Physical therapy in the multimodal treatment of degenerative disease of the lumbar spine]. *Obozrenie Psihiatrii i Meditsinskoy Psihologii im. V.M. Behtereva.* 2007;2(1):41–42. In Russian.
5. Babushkin SYa. [The responsibility of patients with dorsopathy for their own health]. Summary of the Candidate of Medicine Thesis. Volgograd, 2007. In Russian.
6. Barinov AN. [Neuropathic spinal pain syndrome]. *Trudnyy Patsient.* 2011;(1):17–23. In Russian.
7. Bogacheva LA. [Back pain: clinical presentation, pathogenesis, and primary health care organization]. Summary of the Doctor of Medicine Thesis. Moscow, 1998. In Russian.
8. Yakhno NN (ed.). [Pain. Guidance for students and physicians]. Moscow, 2009. In Russian.
9. Veyn AM. [Psychological aspects of pain]. In: Veyn AM (ed.). [Pain Syndromes in Neurological Practice]. Moscow, 2001:92–105. In Russian.
10. Vorobjeva OV. [How to prevent spinal pain chronicity]. *Trudnyy Patsient.* 2011;(4):36–40. In Russian.
11. Vorobjeva OV, Akarachkova US. [The role of depression in dorsalgia chronicity: approaches to therapeutic correction]. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova.* 2004;(8):46–50. In Russian.
12. Golubev VL, Danilov AB, Dobrushina OR. [Using of strategy of patient's motivation enhancement in the treatment of chronic pain]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal.* 2011;(Spec Iss):276–288. In Russian.
13. Danilov AB, Golubev VL. [On conceptual model of the acute to chronic pain transition]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal.* 2009;(Spec Iss):11–14. In Russian.
14. Danilov AB. [Psychopathology and chronic pain]. *Consilium Medicum.* 2008;(2):50–56. In Russian.
15. Dzhulay LV. [The influence of patient's neurological and psychological features on results of surgical treatment for pain syndrome in the lumbar degenerative disease]. Summary of the Candidate of Medicine Thesis. Novosibirsk, 2007. In Russian.
16. Dzhulay LV, Simonovich AE, Lasovskaya TYu, et al. [Influence of psychological factors on results of surgical treatment for pain syndrome at lumbar degenerative diseases]. *Hir Pozvonoc.* 2004;(4):79–86. In Russian.

17. Dzhulay LV, Simonovich BM, Lasovskaya TYu, et al. [Psychological predicates of results of surgical treatment for vertebrogenous pain syndrome]. *Sibirskiy Konsilium.* 2006;(4):81–84. In Russian.
18. Yahno NN, Podchufarova EV (eds.). [European Guidelines for the Management of Nonspecific Low Back Pain in Primary Care]. Moscow, 2010. In Russian.
19. Esin RG, Danilov VI, Minkina ISh, et al. [Failed back syndrome in patients after the surgery for compressive lumbosacral radiculopathy]. *Zh Nevrol Psikhiat Im SS Korsakova.* 2009;(11):37–41. In Russian.
20. Zharkova TR. [Clinical physiological analysis of pain syndrome in lumbosacral radiculopathy]. Summary of the Candidate of Medicine Thesis. Moscow, 2010. In Russian.
21. Zaytsev VP, Tyurina OG, Ayvazyan TA, et al. [Specific features of pain perception and psychological status in patients with the spine degenerative disease with pain syndrome]. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoy Fizicheskoy Kul'tury.* 2002;(6):30–33. In Russian.
22. Kozhevnikov VN, Kartasheva KS. [Psychological mechanisms of etiopathogenesis of the spine degenerative disease]. *Vestnik Krasnoyarskogo Gosudarstvennogo Universiteta.* 2006;(11):125–126. In Russian.
23. Kurushina OV. [Medical and social factors of the quality of life improvement in patients with chronic pain]. Summary of the Doctor of Medicine Thesis. Volgograd, 2011. In Russian.
24. Kurushina OV, Barulin AE. [Assessment of social and psychological status in patients with chronic back pain syndromes]. In: *Topical Issues in Current Rheumatology: Collection of papers.* Volgograd, 2009:35–36. In Russian.
25. Levin Ya, Demina E, Dobrovolskaya L, et al. [Venlafaxine (Velafax) in the treatment of chronic back pains]. *Vrach.* 2007;(10):62–66. In Russian.
26. Markin SP. [The treatment of patients with neurological presentations of degenerative spine disease]. Moscow, 2005. In Russian.
27. Markin SP. [Current concept of the spinal pain]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal.* 2009;(11):794–797. In Russian.
28. Erdes ShF (ed.). [Nonspecific low back pain: clinical guidance for primary care physicians and general practitioners]. Moscow, 2008. In Russian.
29. Pavlenko SS, Fomin GI, Torgashev MN. [Prevalence of depressive symptoms in persons with a chronic low back pain]. *Hir Pozvonoc.* 2004;(4):74–78. In Russian.
30. Pavlov SA, Shpagin MV, Yastrebov DN, et al. [Multimodal therapy of residual pain syndrome after discectomy in the lumbar spine]. *Medical Almanac.* 2011;(1(14): 143–145. In Russian.

31. Podchufarova EV. [Significance of neuropathic, nociceptive, and psychogenic mechanisms in formation of chronic pain syndromes in the lumbar-sacral spine]. Summary of the Doctor of Medicine Thesis. Moscow, 2011. In Russian.
32. Podchufarova EV. [Chronic back pains: pathogenesis, diagnosis, and treatment]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2003;(25):1395–1401. In Russian.
33. Putilina MV. [Specific features of diagnosis and treatment of dorsopathy in neurological practice]. *Consilium Medicum*. 2003;(8):46–49. In Russian.
34. Pyrkov PP. [Chronic somatoform back pain associated with neurotic depression in patients of multi-field hospital]. Proceedings of the Scientific and Practical Conference on Pathological Pain, Novosibirsk, 1999: 7. In Russian.
35. Razumov DV, Podchufarova EV. [The role of pain behavior in disability formation in patients with chronic back pain]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2010;(3):11–18. In Russian.
36. Svyatogor MV. [Neuropsychic disorders in patients with lumbosacral pain syndromes and their dynamics during restorative treatment]. Summary of the Candidate of Medicine Thesis. Ivanovo, 2007. In Russian.
37. Son AS, Goncharuk EA, Solodovnikov VI. [Discogenic pain syndromes in the lumbosacral spine and the role of psycho-emotional sphere in their occurrence]. *Neyronauki: Teoretichesni ta Klinichesni Aspekti*. 2008;(1): 96–100. In Russian.
38. Tyurina OG. [Psychological features in patients with degenerative spine disease with long-lasting pain syndrome]. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoy Fizicheskoy Kul'tury*. 2003;(1):49–51. In Russian.
39. Fedyanin SA, Fedyanin AS, Smagina IV, et al. [Some features of depressive disorders in pain syndrome following surgical treatment for intervertebral disc herniations]. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2008;(5): 195–198. In Russian.
40. Chahava KO. [Venflaxine administration for depressive disorders in patients with chronic pain syndrome]. *Psihiatriya i Psihofarmakoterapiya*. 2008;(3):40–45. In Russian.
41. Chahava KO. [Therapy with pyrazidolum for chronic pain disorders in the lumbosacral spine]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2003;(25): 1415–1419. In Russian.
42. Chernenko OA. [The treatment of musculoskeletal low back pain syndromes]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2000;(10):408–410. In Russian.
43. Churyukanov MV. [Multidisciplinary approach to treatment of chronic pain syndromes: understanding is the first step to action]. *Rossiyskiy Zhurnal Boli*. 2011;(1): 22–25. In Russian.
44. Chuhrova MG, Dzhulay LV. [Psycho-emotional and personal features in chronic spinal pain]. *The world of Science, Culture and Education*. 2010;(1(20)):238–240. In Russian.
45. Yaltseva NV, Grigoreva IV, Korshunov NI. [The problem of the low back pain comorbidity with depression in the practice of primary care physician]. *Obozrenie Psihiatrii i Meditsinskoy Psihologii im. V.M. Behtereva*. 2009;(2):13–16. In Russian.
46. Yastrebov DN, Shpagin MV, Voropaev AA, et al. [Clinical and neuropsychological characteristics of chronic pain patients with posttraumatic stress disorder]. *Medical Almanac*. 2011;(1):134–136. In Russian.
47. Back Pain, Neck Pain. An Evidence Based Review. SBU, 2000.
48. Bouras N, Bartlett JR, Neil-Dwyer G, et al. Psychological aspects of patients having multiple operations for low back pain. *Br J Med Psychol*. 1984;57(Pt 2):147–151.
49. Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-year population-based study. *Spine*. 2007;32: 269–274.
50. Carragee EJ, Han MY, Suen PW, et al. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and anular competence. *J Bone Joint Surg Am*. 2003;85:102–108.
51. Celestin J, Edwards RR, Jamison RN. Pretreatment psychosocial variables as predictors of outcomes following lumbar surgery and spinal cord stimulation: a systematic review and literature synthesis. *Pain Med*. 2009;10:639–653.
52. Grotle M, Brox JI, Glomsrod B, et al. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *Eur J Pain*. 2007;11:290–298.
53. Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, et al. Three year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine*. 2005;30:1541–1548.
54. Klinger R, Geiger F, Schiltenswolf M. [Can failed back surgery be prevented? Psychological risk factors for postoperative pain after back surgery]. *Orthopade*. 2008;37:1000–1006. In German.
55. Kuijjer W, Brouwer S, Schiphorst-Preuper HR, et al. Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2006;28:379–388.
56. Pflingsten M, Schops P. [Low back pain: from symptom to chronic disease]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*. 2004;142: 146–152.
57. Riihimaki H. Low-back pain? Its origin and risk indications. *Scand J Work Environ Health*. 1991;17:81–90.
58. Saruhashi Y, Omura K, Miyamoto K, et al. A migrated lumbar disc herniation simulating a dumbbell tumor. *J Spinal Disord*. 1999;12:307–309.
59. Scheman J, Covington E. Psychological factors in pain. *Spine Universe for Professionals*. URL: <http://www.spineuniverse.com/professional/treatment/non-surgical/psychological-factors-pain>.
60. Schiphorst-Preuper HR, Reneman MF, Boonstra AM, et al. The relationship between psychosocial distress and disability assessed by the Symptom Checklist-90-Revised and Roland Morris Disability Questionnaire in patients with chronic low back pain. *Spine J*. 2007;7: 525–530.
61. Trief PM, Grant W, Fredrickson B. A prospective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome. *Spine*. 2000;25:2616–2621.

Адрес для переписки:

Булюбаш Ирина Дмитриевна
603155, Нижний Новгород,
Верхне-Волжская наб., 18/1,
info@nniito.sci-nnov.ru

Статья поступила в редакцию 06.02.2012