

Парфенов В.А.¹, Калимеева Е.Ю.¹, Герасимова О.Н.²¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия;²Поликлиника №6 ЗАО «Медицинские услуги», Москва, Россия¹119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; ²129329, Москва, ул. Кольская, 2

Ведение пациентов с острой болью в спине в настоящее время и 10 лет назад

Ведение пациентов с острой болью в спине представляет собой одну из актуальных проблем современной медицины.

Цель исследования — оценка ведения пациентов с острой и подострой болью в спине в 2007–2008 и 2017–2018 гг.

Пациенты и методы. Представлен собственный опыт лечения 140 пациентов (средний возраст 50,7±17,6 года, 87 женщин и 53 мужчины) в настоящее время и 70 пациентов (средний возраст 46,5±15,0 лет, 40 женщин и 30 мужчин) 10 лет назад.

Результаты и обсуждение. Наш опыт показывает высокую эффективность ведения пациентов с острой болью в спине на фоне информирования (образовательной беседы), персонализированного подхода (лечение сочетанных заболеваний и состояний) и применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако эти методы в настоящее время, как и 10 лет назад, не получили широкого распространения в общей клинической практике.

Заключение. Для улучшения качества оказания медицинской помощи необходимы дополнительное образование и повышение квалификации врачей в области ведения пациентов с болью в спине.

Ключевые слова: острая дорсалгия; подострая дорсалгия; дискогенная радикулопатия; школа при боли в спине; нестероидные противовоспалительные препараты; мелоксикам.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для ссылки: Парфенов ВА, Калимеева ЕЮ, Герасимова ОН. Ведение пациентов с острой болью в спине в настоящее время и 10 лет назад. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(1):66–71.

Management of patients with acute back pain now and 10 years ago

Parfenov V.A.¹, Kalimeeva E.Yu.¹, Gerasimova O.N.²

¹Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Faculty of General Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ²ZAO “Meditsinskie Uslugi” (Medical Services), Polyclinic Six, Moscow, Russia

¹11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021; ²2, Kolskaya St., Moscow 129329

Management of patients with acute back pain is one of the urgent problems in modern medicine.

Objective: to assess the management of patients with acute and subacute back pain in 2007–2008 and 2017–2018.

Patients and methods. The authors present their own experience in treating 140 patients (87 women and 53 men) (mean age, 50.7±17.6 years) at present and 70 patients (40 women and 30 men) (mean age, 46.5±15.0 years) 10 years ago.

Results and discussion. The experience shows the high efficiency of managing patients with acute back pain during information sharing (an educational conversation), a personalized approach (treatment of concomitant diseases and conditions) and, use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. However, these methods are not widely used in general clinical practice now, as 10 years ago.

Conclusion. To improve the quality of medical care, the additional education and training of physicians are required for the management of patients with back pain.

Keywords: acute dorsalgia; subacute dorsalgia; discogenic radiculopathy; back pain school; nonsteroidal anti-inflammatory drugs; meloxicam.

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru

For reference: Parfenov VA, Kalimeeva EYu, Gerasimova ON. Management of patients with acute back pain now and 10 years ago. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019; 11(1):66–71.

DOI: 10.14412/2074-2711-2019-1-66-71

Боль в спине (дорсалгия) занимает первое место среди всех инфекционных заболеваний по показателю, отражающему количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [1]. В России практически каждый второй пациент обращается в поликлинику в связи с болью, при этом в половине таких обращений присутствует жалоба на боль в спине [2]. Боль в нижней части спины наряду с большим депрессивным расстройством являлась одной из

основных 10 причин нетрудоспособности в 188 странах мира в период с 1990 по 2013 г. [1]. Согласно нескольким опубликованным международным рекомендациям по ведению пациентов с поясничной болью, основанным на результатах большого числа рандомизированных исследований, у пациентов с острой болью в спине необходимо исключить ее специфические причины (опухоль, перелом, инфекционное поражение и др.), для этого в первую очередь проводят

анализ жалоб, анамнеза заболевания, краткое соматическое и неврологическое обследование [3–7]. Международные рекомендации разработаны в основном для ведения пациентов с болью в нижней части спины (люмбагия), однако лечебная тактика существенно не меняется и при другой локализации боли (цервикалгия и торакалгия) [8]. У большинства пациентов с острой дорсалгией выявляются неспецифическая (скелетно-мышечная) боль (90–99%) и/или дискогенная радикулопатия (1–5%). При этом нет необходимости в каких-либо дополнительных инструментальных или лабораторных методах обследования, применяемых лишь при подозрении на специфическую природу боли [2, 3, 7].

Роль остеохондроза как дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника в генезе боли в спине значительно переоценивается в нашей стране, что не соответствует современным представлениям. Выявляемые остеофиты, протрузии и небольшие грыжи дисков, грыжи Шморля, с которыми ошибочно связывают появление болевого синдрома, на самом деле практически всегда являются «случайными находками» при проведении дополнительных обследований и не имеют отношения к обострению дорсалгии.

При неспецифической боли в спине (НБС) пациент должен быть проинформирован о доброкачественном характере заболевания и благоприятном прогнозе, необходимости сохранять умеренную двигательную активность и исключать избыточные физические и статические нагрузки. Медикаментозная терапия НБС в соответствии с международными рекомендациями включает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в терапевтических дозах и относительно коротким курсом [3–7].

К сожалению, рекомендованные методы ведения пациентов с острой и подострой болью в спине не используются широко в общей клинической практике, что отражает собственный опыт ведения пациентов в настоящее время и 10 лет назад.

Цель исследования – оценка ведения пациентов с острой и подострой болью в спине в 2007–2008 и в 2017–2018 гг.

Пациенты и методы. В 2007–2008 гг. под нашим наблюдением находились 70 пациентов (40 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 22 до 79 лет (в среднем $46,5 \pm 15,0$ лет) с жалобами на острую боль в спине [9]. Все пациенты обратились за консультацией к неврологу в поликлинику № 2 «Медицинские услуги» г. Москвы. На основании соматического и неврологического обследования, использования (у части пациентов) дополнительных методов исследования: магнитно-резонансной томографии (МРТ), рентгеновской компьютерной томографии (КТ), рентгенографии позвоночника был исключен специфический характер боли. Радикулопатия выявлена у 10 (14,3%) пациентов. В качестве НПВП применяли мелоксикам (Мовалис®). Более половины пациентов (51,4%) принимали препарат внутрь в дозе 15 мг/сут, остальные (48,6%) получали его в течение 3–5 дней в виде внутримышечных (в/м) инъекций (15 мг/сут), а затем принимали внутрь по 15 мг/сут. При риске осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) к терапии добавляли ингибитор протонной помпы (ИПП). При дискогенной радикулопатии пациентам дополнительно назначали габапентин. Многие пациенты (почти 80%) принимали миорелаксанты (преимущественно толперизон), часть пациентов (5,2%) из-за выраженной тревожности использовали аксиолитики.

В 2017–2018 гг. мы наблюдали 140 пациентов (87 женщин и 53 мужчины) с болью в спине длительностью до 60 дней (в среднем $11,9 \pm 1,0$ день), средний возраст которых составил $50,7 \pm 17,6$ года (17–86 лет) [10]. Исследование проведено в том же лечебном учреждении. Специфический характер боли исключался по результатам расспроса, соматического и неврологического осмотра и у части пациентов (27,1%) после проведения МРТ или КТ позвоночника, лабораторных обследований. У 127 (91%) пациентов была установлена НБС, у 13 (9%) – дискогенная радикулопатия. Использовали цифровую рейтинговую шкалу (ЦРШ) боли, шкалу Роланда–Морриса (ШРМ) для оценки ограничения функциональной активности в начале и в конце наблюдения. Все пациенты получали в качестве НПВП мелоксикам (Мовалис®). Более половины из них (51%) получали препарат по 15 мг/сут внутрь, 49 (35%) – в виде в/м инъекций по 15 мг/сут в течение 3–5 дней, а затем – по 15 мг/сут внутрь, 20 (14%) пациентам назначали Мовалис® только в/м по 15 мг/сут. Многие (77,9%) пациенты принимали миорелаксанты (преимущественно толперизон). При дискогенной радикулопатии в ряде случаев использовался прегабалин (75–150 мг/сут). Части (10,7%) пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами назначали антидепрессанты (амитриптилин) или анксиолитики. У 20,7% пациентов с заболеваниями ЖКТ для профилактики возможных осложнений применяли ИПП.

В период наблюдения все пациенты были проинформированы о доброкачественном характере и благоприятном прогнозе заболевания. Пациентам были рекомендованы отказ от длительного постельного режима или избыточного ограничения физической активности, при возможности продолжение профессиональной, социальной и бытовой деятельности. Всем пациентам были вручены информационные листы с рекомендациями избегать неадекватных физических нагрузок и неудобных статических поз. У пациентов не использовали методы физиотерапии, массаж, мануальную терапию, рефлексотерапию.

Результаты. У обследованных боль локализовалась преимущественно в поясничной области или в поясничной области и ноге, реже – в шее и еще реже – в грудной клетке. Данные исследований, проведенных в 2007–2008 и 2017–2018 гг., представлены на рис. 1.

К моменту включения в исследования длительность боли в 2007–2008 гг. составляла $8,1 \pm 6,0$ дней, в 2017–2018 гг. – $11,92 \pm 1,04$ дня (при дискогенной радикулопатии – $21,7 \pm 4,4$ дня); интенсивность боли по ЦРШ в начале наблюдений была >6 баллов, а после лечения – уже <1 балла (рис. 2).

В результате лечения у всех пациентов уменьшилась или полностью регрессировала боль в спине, а также значительно возросла или полностью нормализовалась повседневная активность. Существенное снижение интенсивности боли и уменьшение связанной с ней инвалидизации отмечено не только при НБС, но и при дискогенной радикулопатии, при этом у пациентов с дискогенной радикулопатией интенсивность боли и инвалидизация были выше как исходно, так и в конце наблюдения.

Анализ данных анамнеза показал, что до настоящего наблюдения многие пациенты уже обращались к врачам, но, к сожалению, ни 10 лет назад, ни в настоящее время не получили информации о прогнозе заболевания, двигатель-

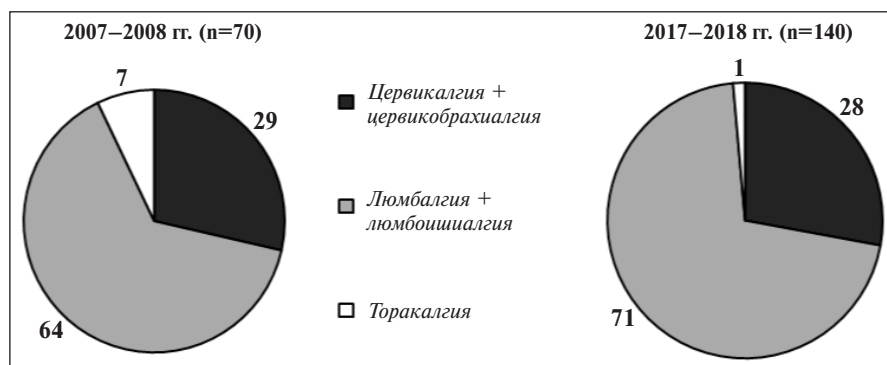


Рис. 1. Локализация боли в спине (в %)

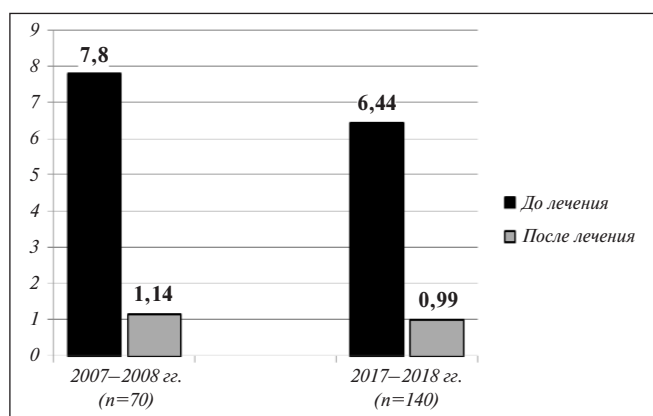


Рис. 2. Интенсивность боли по ЦРШ (в баллах) до и после лечения у 210 пациентов с болью в спине во время наблюдения в 2007–2008 и 2017–2018 гг., различия достоверны ($p < 0,001$)

ной активности и т. п. Значительная часть пациентов до начала наблюдения уже получала НПВП (диклофенак, нимесулид, кеторолак и др.), но такое лечение не дало существенного улучшения и сопровождалось нежелательными эффектами. Во многом это связано с тем, что пациенты с риском заболеваний ЖКТ в комбинации с НПВП не использовали ИПП.

Таблица 1. Сочетанные заболевания у пациентов с дорсалгией (в %)

Заболевание	2007–2008 гг. (n=70)	2017–2018 гг. (n=140)
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желудка или другие заболевания ЖКТ в анамнезе	12,9	16,4
АГ	21,4	12,1
Перенесенный инсульт или ИМ либо ИБС в анамнезе	12,9	3,6
Онкологические заболевания в анамнезе	4,3	2,9
Наличие одного или нескольких сопутствующих хронических заболеваний у пациентов 50 лет и старше	74,2	77,9

Примечание. АГ – артериальная гипертензия; ИМ – инфаркт миокарда; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

У многих пациентов (преимущественно пожилого возраста) имелись сочетанные хронические заболевания (табл. 1).

Сравнение разных методов введения мелоксикама (таблетки; в/м инъекции + таблетки; в/м инъекции) в обоих наблюдениях не показало достоверных различий: при всех формах назначения отмечались существенное снижение боли по ЦРШ и улучшение качества жизни по ШРМ (табл. 2).

За время наблюдения только у 3 из 210 пациентов отмечена боль в животе или вздутие, что лишь в 1 случае послужило причиной прекращения лечения, при этом интенсивность боли в спине также существенно снизилась.

Обсуждение. Результаты наших исследований показывают благоприятное течение острой и подострой НБС при адекватном ведении пациентов [9, 10], что согласуется с данными других авторов [11]. Установлена высокая эффективность лечения – быстрое купирование острой и подострой НБС и связанной с ней инвалидизации, оцениваемой по ШРМ. Хотя применение НПВП при дискогенной радикулопатии не имеет высокого уровня доказательности, у небольшой группы наших пациентов с признаками компрессии спинномозгового корешка также наблюдался хороший эффект терапии [3–7]. В данном случае успех лечения, вероятно, связан с тем, что, помимо дискогенной радикулопатии, у этих пациентов имелись признаки скелетно-мышечной боли, в отношении которой и были эффективны НПВП.

Одно из ведущих направлений терапии НБС и дискогенной радикулопатии – информирование пациентов о доброкачественном характере и наиболее вероятном благоприятном исходе заболевания, нецелесообразности длительного постельного режима, желательном сохранении двигательной активности и при возможности продолжении работы [3–7]. Такие краткие сведения и советы считаются достаточными при лечении острой и подострой дорсалгии.

Значительная часть пациентов с НБС имеют неверные представления о природе и прогнозе заболевания [12–14]. В качестве примера приводим результаты анкетирования 85 пациентов (61 женщина и 24 мужчины) с неспецифической поясничной болью в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст $49,99 \pm 1,746$ года), проведенного в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в 2014–2016 гг. Большинство пациентов (62,7%) ранее неоднократно получали амбулаторное или стационарное лечение в других учреждениях. Было установлено, что только 20% пациентов верно представляли себе причину боли, а остальные имели неправильные (38,8%) или не полностью правильные (41,2%) понятия. Значительная часть (65,9%) пациен-

Таблица 2. *Интенсивность боли по ЦРШ и ухудшение качества жизни по ШРМ в начале и в конце наблюдения у 140 пациентов с болью в спине при различных схемах назначения мелоксикама*

Форма введения	ЦРШ1	ЦРШ2	ШРМ1	ШРМ2
Таблетки	6,32±0,219	0,99±0,199	7,04±0,459	1,63±0,153
Инъекции	5,65±0,274	0,30±0,147	4,15±0,865	0,60±0,234
Инъекции + таблетки	6,94±0,252	1,29±0,314	7,47±0,598	1,51±0,163

Примечание. ЦРШ1, ШРМ1 – в начале наблюдения; ЦРШ2, ШРМ2 – в конце наблюдения.

тов полагали одной из основных причин боли в спине «зашемление нерва» и/или «грыжу/повреждение диска». Около трети пациентов считали, что любая физическая нагрузка, в том числе работа по дому и ходьба, может способствовать ухудшению течения заболевания, увеличению размеров грыжи и защемлению нерва [12]. Подобную неосведомленность пациентов и ее роль в хронизации болевого синдрома отмечают и другие авторы [13, 14].

В работе Е.А. Черепанова и А.В. Гладкова [15] также продемонстрирована весьма невысокая осведомленность медицинских работников (48 студентов IV–V курсов медицинского института и 62 врача с опытом работы около 10 лет), которым предлагалось оценить 36 утверждений о боли в спине. В результате доля неправильных ответов у студентов составила в среднем 60% (от 36 до 83%), а у врачей – в среднем 63% (от 22 до 94%).

Согласно результатам исследований, при острой или подострой боли в спине простое информирование пациента лечащим врачом не уступает по эффективности обучению в «школе боли в спине» [16]. Такие более затратные мероприятия, как когнитивно-поведенческая терапия, обоснованы при хроническом течении болевого синдрома [17]. К сожалению, информирование пациентов в нашей стране, как в настоящее время, так и 10 лет назад, не используется широко в повседневной клинической практике. Ни один из включенных в наши исследования пациентов, который ранее обращался к другим специалистам, не получил подробной достоверной информации. Вместо этого пациентам зачастую назначали инструментальные обследования (рентгенография, КТ или МРТ позвоночника), хотя в настоящее время их проведение не рекомендуется при острой дорсалгии, если нет признаков «серьезного заболевания» [3–7]. Обнаруженные при обследовании грыжи дисков или другие признаки остеохондроза часто расценивали как причину болевого синдрома (даже при отсутствии клинических данных, указывающих на дискогенную радикулопатию). При выявлении дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, которые, по сути, являются нормой, пациенты акцентируют внимание на их необратимости, и, как следствие, происходит катастрофизация боли, что замедляет функциональное восстановление и отрицательно влияет на прогноз заболевания. У таких пациентов возрастает риск хронического течения дорсалгии. Мы использовали элементы «школы боли в спине», информируя пациентов о потенциально опасных позах и двигательных привычках, необходимости их избегания, что сопровождало иллюстративным материалом, хотя эти меры не имеют научных доказательств эффективности при острой боли в спине. По наше-

му мнению, добавление таких подробностей при общении с пациентом помогает в профилактике повторных обострений, которые способствуют формированию хронического варианта течения заболевания [13, 14].

Если пациент из-за интенсивной боли вынужден ограничивать свою подвижность, продолжительность постельного режима не должна превышать 2 дней. Нужно объяснить пациенту, что постельный режим при интенсивной боли помогает лишь на

время уменьшить боль, не являясь методом лечения, а длительное избыточное ограничение двигательной активности ухудшает течение заболевания [3].

При острой дорсалгии не рекомендуется выполнение каких-либо специальных физических упражнений, так как в ряде случаев они могут вызвать ухудшение состояния. При стихании обострения также не следует использовать некоторые упражнения, способные спровоцировать усиление боли (значительные сгибания, разгибания или вращения туловищем). После регресса боли регулярные физические упражнения, плавание, пешие прогулки уменьшают вероятность ее рецидивов [18, 19].

При острой боли в спине не доказана эффективность таких методов, как физиотерапевтическое лечение, массаж, иглорефлексотерапия и мануальная терапия [3–7]. Однако эти методы остаются очень популярными как среди пациентов, так и среди врачей в нашей стране. Нередко пациенты, которым наряду с медикаментозной терапией (НПВП и миорелаксанты) назначали один или несколько из этих недоказанных методов, связывают выздоровление именно с таким лечением, а лекарственная терапия ими игнорируется и обесценивается. Дополнение лечения этими мероприятиями значительно повышает его стоимость, а иногда и длительность. В наблюдаемых нами группах пациентов положительный эффект был достигнут без использования этих методов. Следует отметить, что применение мануальной терапии может спровоцировать увеличение размеров грыжи межпозвоночного диска [20], а добавление массажа в острый период – усиление интенсивности болевого синдрома.

Международные рекомендации касаются преимущественно пациентов с люмбагией ввиду большей распространенности именно этой локализации боли в спине. Однако врачебная тактика и ее эффективность существенно не меняются и при цервикалгии или торакалгии [8]. В наших наблюдениях положительный эффект лечения отмечался при боли во всех отделах спины [9, 10].

Более чем у трети пациентов лечение боли в спине начиналось с применения различных НПВП, но оно оказалось недостаточно эффективным и/или сопровождалось побочными явлениями, которые приводили к прекращению лечения до наступления положительного эффекта. Значительная часть пациентов была в возрасте 50 лет и старше, имела желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и другие заболевания, что повышало вероятность развития возможных нежелательных эффектов при использовании НПВП [21]. Однако в наблюдаемой группе пациентов на фоне применения Мовалиса® не отмечено ни одного серьезного побочного явления. Во многом это вызвано тем, что

подход к ведению пациентов был индивидуальным: при выявлении сочетанных заболеваний назначали адекватное лечение в комбинации с Мовалисом®.

В частности, все пациенты с высоким риском желудочно-кишечных осложнений получали также ИПВП, а при существенном снижении боли прекращали прием НПВП, что приводило к сокращению курса терапии. В большинстве случаев длительность лечения составляла не более 2 нед, что также снижало риск осложнений. Примененная нами тактика соответствует рекомендациям по использованию НПВП при скелетно-мышечной боли [22]. Во всех случаях сердечно-сосудистых заболеваний проводился контроль артериального давления, пациент был проинформирован о необходимости продолжения регулярного приема антигипертензивных и других средств в комбинации с НПВП. При наличии депрессивных и/или тревожных расстройств, которые рассматриваются в качестве факторов, способствующих хроническому течению боли в спине, проводилась их коррекция.

В наших исследованиях применялись три возможные схемы терапии Мовалисом®: в/м инъекции; в/м инъекции + таблетки; таблетки. В настоящее время не доказано преимущество какой-либо из этих схем, но следует учитывать, что в/м введение препарата не снижает риск осложнений со стороны ЖКТ, при этом риск побочных эффектов при проведении инъекций повышается. Нами также не обнаружено преимуществ ни одной из форм введения – положительный результат был отмечен при всех вариантах. На наш взгляд, при выборе той или иной схемы применения Мовалиса® следует руководствоваться возможностью выполнения инъекций в амбулаторных условиях и особенностями пациента: часть пациентов имеют проблемы с глотанием, другие испытывают страх перед инъекциями или имеют устойчивые личные предпочтения. При назначении того или иного варианта необходимо информировать пациента о возможных рисках при различных формах применения препарата.

Безопасность мелоксикама отмечена во множестве крупных исследований. В большом сравнительном исследовании, объединившем данные более 9 тыс. пациентов, от-

мечена достоверно более низкая частота нежелательных явлений со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, диарея, боль в животе и др.) у получавших мелоксикам (Мовалис®) в сравнении с пациентами, получавшими диклофенак [23]. Метаанализ 28 клинических исследований (суммарно более 24 тыс. пациентов) продемонстрировал более низкое число тромбозомических осложнений по сравнению с диклофенаком и меньший риск развития желудочно-кишечных осложнений по сравнению с диклофенаком, naproxenom и пироксикамом при использовании мелоксикама [24]. В более позднем обзоре Y.F. Chen и соавт. [25], посвященном анализу безопасности и эффективности применения мелоксикама (Мовалис®) у больных с остеоартрозом и ревматоидным артритом, при оценке объединенных данных также оказалось, что его эффективность была сопоставима с таковой неселективных НПВП, при этом частота желудочно-кишечных осложнений была на 70% ниже.

Заключение. В целом отмечена высокая эффективность ведения пациентов с острой и подострой дорсалгией на фоне информирования (образовательной беседы с элементами «школы боли в спине»), применения Мовалиса®, персонализированного подхода (коррекция сочетанных заболеваний и состояний). Отказ от методов физиотерапии, массажа, иглорефлексотерапии и мануальной терапии существенно снизил стоимость лечения. Установлена высокая эффективность и безопасность применения мелоксикама (Мовалис®) при лечении пациентов с острой и подострой дорсалгией. К сожалению, в настоящее время, как и 10 лет назад, информирование пациентов с болью в спине не осуществляется должным образом. Часто происхождение боли в спине связывают с грыжами или протрузиями дисков, что у части пациентов способствует катастрофизации боли и избыточному ограничению двигательной активности и, как следствие, ухудшению прогноза в отношении длительности обострения.

Для улучшения качества оказания медицинской помощи необходимы дополнительное образование и повышение квалификации врачей в области ведения пациентов с болью в спине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743–800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4. Epub 2015 Jun 7.
2. Яхно НН, Кукушкин МЛ, Чурюканов МВ, Сыровегин АВ. Результаты открытого мультицентрового исследования «МЕРИДИАН» по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей. *Российский журнал боли*. 2012;(3):10–4. [Yakhno NN, Kukushkin ML, Churyukanov MV, Syrovegin AV. The results of the open multicenter study MERIDIAN to assess the prevalence of pain syndromes in outpatient practice and therapeutic preferences of doctors. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2012;(3):10–4. (In Russ.)].
3. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010 Dec;19(12):2075–94. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y. Epub 2010 Jul 3.
4. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514–530.
5. Wong J, Cote P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017 Feb;21(2):201–216. doi: 10.1002/ejp.931. Epub 2016 Oct 6.
6. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. Clinical Guidelines. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016. www.nice.org.uk/guidance/ng5
7. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018 Jan;27(1):60–75. doi: 10.1007/s00586-017-5099-2. Epub 2017 Apr 20.
8. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ*. 2017 Aug 14;358:j3221. doi: 10.1136/bmj.j3221
9. Герасимова ОН, Парфенов ВА. Лечение острой неспецифической боли в спине в амбулаторной практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2009;1(3–4):40–6. [Gerasimova ON, Parfenov VA. Treatment for acute nonspecific back pain in outpatient practice. *Nevrologiya, neiropsikhia-triya, psikhosomatika = Neurology*,

- Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(3-4): 40-6. (In Russ.]. doi: 10.14412/2074-2711-2009-54
10. Герасимова ОН, Парфенов ВА, Калимеева ЕЮ. Лечение пациентов с острой и подострой дорсалгией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(3):36-41. [Gerasimova ON, Parfenov VA, Kalimeeva EYu. Treatment of patients with acute and subacute dorsalgia. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2018;10(3):36-41. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2018-3-36-41
11. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 2008 Jul 7;337:a171. doi: 10.1136/bmj.a171.
12. Калимеева ЕЮ, Парфенов ВА. Оптимизация ведения пациентов с неспецифической болью в нижней части спины. *Медицинский совет*. 2016;9: 19-22. [Kalimeeva EY, Parfenov VA. Optimizing management of patients with low back pain. *Medical Council*. 2016;9:19-22. (In Russ.)].
13. Rainville J, Smeets RJ, Bendix T, et al. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain – translating research into clinical practice. *Spine J*. 2011 Sep;11(9):895-903. doi: 10.1016/j.spinee.2011.08.006. Epub 2011 Sep 9.
14. Urquhar DM, Bell RJ, Cicuttini FM, et al. Negative beliefs about low back pain are associated with high pain intensity and high level disability in community-based women. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:148. doi: 10.1186/1471-2474-9-148
15. Черепанов ЕА, Гладков АВ. Распространенность заблуждений о болях в спине в медицинской среде. *Травматология и ортопедия России*. 2012;3(65):111-117. [Cherepanov EA, Gladkov AV. Distribution of Misbeliefs about back pain among medical staff. *Travmatologiya i ortopediya Rossii = Traumatology and Orthopedics of Russia*. 2012; 3(65):111-117. (In Russ.)]. doi: 10.21823/2311-2905-2012-3-111-117
16. Poquet N, Lin CW, Heymans MW, et al. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 26;4:CD008325. doi: 10.1002/14651858.CD008325.pub2.
17. Van Hooff ML, Ter Avest W, Horsting PP, et al. A short, intensive cognitivebehavioral pain management program reduces health-care use in patients with chronic low back pain: two-year follow-up results of a prospective cohort. *Eur Spine J*. 2012 Jul;21(7):1257-64. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00586-011-2091-0.
18. Ojha HA, Wyrsta NJ, Davenport TE, et al. Timing of Physical Therapy Initiation for Nonsurgical Management of Musculoskeletal Disorders and Effects on Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2016 Feb;46(2):56-70. doi: 10.2519/jospt.2016.6138. Epub 2016 Jan 11.
19. Vanti C, Andreatta S, Borghi S, et al. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Disabil Rehabil*. 2017 Dec 5:1-11. doi: 10.1080/09638288.2017.1410730. [Epub ahead of print].
20. Hincapie CA, Cassidy JD, Cote P, et al. Chiropractic spinal manipulation and the risk for acute lumbar disc herniation: a belief elicitation study. *Eur Spine J*. 2018 Jul;27(7):1517-25. doi: 10.1007/s00586-017-5295-0. Epub 2017 Sep 18.
21. Ferrell B, Argoff CE, Epplin J, et al. Pharmacological management of persistent pain in older persons. American geriatrics society panel on the pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-146. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00699.x.
22. Насонов ЕЛ, Яхно НН, Каратеев АЕ и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. *Научно-практическая ревматология*. 2016;54(3):247-65. [Nasonov EL, Yakhno NN, Karateev AE, et al. General principles of treatment for musculoskeletal pain: interdisciplinary consensus. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2016;54(3):247-65. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2016-247-265
23. Hawkey C, Kahan A, Steinbrück K, et al. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diclofenac in osteoarthritis patients. International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment. *Br J Rheumatol*. 1998 Sep;37(9):937-45.
24. Singh G, Lanes S, Triadafilopoulos S. Risk of serious upper gastrointestinal and cardiovascular thromboembolic complications with meloxicam. *Am J Med*. 2004 Jul 15; 117(2):100-6.
25. Chen YF, Jobanputra P, Barton P, et al. Cyclooxygenase-2 selective non-steroidal anti-inflammatory (etodolac, meloxicam, celecoxib, rofecoxib, etoricoxib, valdecoxib and lumiracoxib) for osteoarthritis or rheumatoid arthritis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. 2008;12(11): 1-178. doi: 10.3310/hta12110. http://www.hta.ac.uk/project/1383.asp.

Поступила 10.01.2019

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Публикация статьи поддержана ООО «Берингер Ингльхайм». Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.