

Результаты клинического неинтервенционного исследования ЭЛБРУС

Рожков Д.О.^{1,2}, Шевцова К.В.^{1,2}, Гринюк В.В.¹, Парфенов В.А.^{1,2}

¹Клиника нервных болезней и ²кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

^{1,2}Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Целью неинтервенционного исследования ЭЛБРУС (Эторикоксиб при Лечении Боли в Спине) было изучение эффективности и безопасности препарата Риксия® (эторикоксиб), применяемого по 60 мг 1 раз в сутки у пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины (ХНБНЧС).

Пациенты и методы. В исследование было включено 50 пациентов (31 женщина и 19 мужчин, средний возраст — $54,3 \pm 16,8$ года) с ХНБНЧС. Проводились образовательная беседа, когнитивная терапия, регулярные лечебные упражнения, выявление и лечение сопутствующих заболеваний. Пациенты получали эторикоксиб по 60 мг 1 раз в сутки. Интенсивность боли оценивалась по 10-балльной цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) боли, ограничение жизнедеятельности из-за боли — по Шкале Освестри (ШО), эмоциональное состояние — по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Результаты и обсуждение. В качестве причины ХНБНЧС у 5 (10%) пациентов установлено поражение крестцово-подвздошного сочленения, у 14 (28%) — поражение нижних поясничных фасеточных суставов, у 3 (6%) — миофасциальные боли, у остальных 28 (56%) пациентов — сочетание нескольких причин. В результате комплексного лечения интенсивность боли в покое уменьшилась в среднем с $4,0 \pm 2,5$ до $1,4 \pm 1,3$ балла, при движении — с $6,6 \pm 1,9$ до $2,8 \pm 1,8$ балла, в ночное время — с $2,7 \pm 2$ до $0,7 \pm 0,9$ балла по ЦРШ, ограничение жизнедеятельности — с $39 \pm 18,9$ до $19,9 \pm 14,6$ по ШО, выраженность тревоги — с $6,5 \pm 3,9$ до $3,3 \pm 2,4$ балла и депрессии с $5,0 \pm 3,7$ до $3,1 \pm 2,9$ балла по HADS ($p < 0,001$). Длительность лечения составила в среднем $14,14 \pm 3,6$ дня. Во время лечения эторикоксибом не наблюдалось каких-либо нежелательных явлений.

Заключение. Отмечена эффективность и безопасность применения эторикоксиба в комплексной терапии пациентов с ХНБНЧС.

Ключевые слова: хроническая неспецифическая боль в нижней части спины; нестероидные противовоспалительные средства; эторикоксиб; Риксия®.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для ссылки: Рожков ДО, Шевцова КВ, Гринюк ВВ, Парфенов ВА. Результаты клинического неинтервенционного исследования ЭЛБРУС. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(5):49–54. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-5-49-54

Results of ELBRUS clinical non-interventional study

Rozhkov D.O.^{1,2}, Shevtsova K.V.^{1,2}, Grinyuk V.V.¹, Parfenov V.A.^{1,2}

¹Clinic of Nervous Diseases and ²Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow

^{1,2}11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia; 2

Objective: non-interventional study ELBRUS (Etoricoxib in the Treatment of Back Pain) was conducted to investigate the efficacy and safety of daily administration of Rixia® (Etoricoxib) 60 mg per day in patients with chronic non-specific low back pain (CNSLBP).

Patients and methods. The study included 50 patients (31 women and 19 men, mean age 54.3 ± 16.8 years) with CNSLBP. Educational conversation, cognitive therapy, regular therapeutic exercises, identification and treatment of comorbidities were conducted. Patients received etoricoxib 60 mg once daily. Pain intensity was assessed on a 10-point numerical rating scale (NRS), pain-related disability was assessed on the Oswestry Scale (ODS), and emotional state was assessed on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results and discussion. The causes of CNSLBP were: in 5 (10%) patients — sacroiliac joint involvement, in 14 (28%) — lower lumbar facet joints involvement, in 3 (6%) — myofascial pain, the remaining 28 (56%) patients had a combination of several reasons. As a result of complex treatment, the intensity of pain at rest decreased on average from 4.0 ± 2.5 to 1.4 ± 1.3 points, while moving — from 6.6 ± 1.9 to 2.8 ± 1.8 points, at night — from 2.7 ± 2 to 0.7 ± 0.9 points according to the NRS, disability — from 39 ± 18.9 to 19.9 ± 14.6 according to the ODS, the severity of anxiety — from 6.5 ± 3.9 to 3.3 ± 2.4 points and depression from 5.0 ± 3.7 to 3.1 ± 2.9 points according to HADS ($p < 0.001$). The duration of treatment was 14.14 ± 3.6 days on average. No adverse events were observed during treatment with etoricoxib.

Conclusion. The efficacy and safety of etoricoxib in the complex therapy of patients with CNSLBP was noted.

Keywords: chronic nonspecific low back pain, non-steroidal anti-inflammatory drugs, etoricoxib, Rixia®.

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru

For reference: Rozhkov DO, Shevtsova KV, Grinyuk VV, Parfenov VA. Results of ELBRUS clinical non-interventional study. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2022;14(5):49–54. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-5-49-54

Боль в нижней части спины (БНЧС) — одна из наиболее частых причин обращения к врачу, занимающая первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю количества лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [1]. Хроническая (длительностью 3 мес и более) БНЧС наиболее часто (90–95%) имеет скелетно-мышечное (неспецифическое) происхождение и поэтому расценивается как хроническая неспецифическая БНЧС (ХНБНЧС), она может быть вызвана поражением фасеточных суставов (ФС), крестцово-подвздошных суставов (КПС), мышц спины и связок, межпозвоночного диска, а также сочетанием нескольких причин [2, 3]. Выявление в качестве причины боли при ХНБНЧС поражения КПС и ФС позволяет провести лечебное введение анестетиков и глюкокортикоидов [4, 5]. В развитии ХНБНЧС важную роль играют социальные и психологические факторы, тревожные и депрессивные расстройства, их выявление и лечение позволяет повысить эффективность терапии [6–8].

При ведении пациентов с ХНБНЧС ведущее значение имеет комплексный подход, включающий лечебные упражнения (кинезиотерапия), избегание чрезмерных статических и физических нагрузок (эрготерапия), психологические методы (когнитивно-поведенческая терапия) при наличии психологических факторов боли, тревожных и депрессивных нарушений, расстройств сна, а также эффективное обезболивание преимущественно на основе применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) [6–9]. Из применяемых при боли в спине НПВС отмечается высокая эффективность и безопасность эторикоксиба, который в нашей стране рекомендован при ХНБНЧС [10].

Целью настоящего неинтервенционного исследования было изучение эффективности и безопасности препарата Риксия® (эторикоксиб, «Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд»), применяемого по 60 мг 1 раз в сутки у пациентов с ХНБНЧС.

Пациенты и методы. Было проведено открытое наблюдательное моноцентровое исследование ЭЛЬБРУС (Эторикоксиб при Лечении Боли в Спине). В наблюдательное исследование включались пациенты в возрасте от 18 до 75 лет с хронической (90 дней и более) БНЧС, которые находились на лечении в неврологических отделениях Клиники нервных болезней (КНБ) Сеченовского Университета. У всех пациентов исходно проводились сбор анамнеза, краткое соматическое и неврологическое обследование, неврологическое и мануальное обследование для исключения специфической причины боли, дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза, а также выявления возможной причины боли в случаях ХНБНЧС. В исследование не включали пациентов при наличии: «красных флагов» (признаков угрожающей здоровью и жизни системной патологии или перенесенных травм, которые могут вызывать боль в спине и требуют экстренных диагностических мероприятий и специального лечения); любых неврологических заболеваний, кроме хронической БНЧС, а также любых других висцеральных заболеваний и патологических состояний, которые могут быть причиной появления боли в спине, ограничений и противопоказаний для использования эторикоксиба в соответствии с инструкцией фирмы-производителя и национальными рекомендация-

ми по применению НПВС; тяжелых функциональных нарушений и коморбидной патологии, препятствующих регулярным визитам для врачебного осмотра.

В наблюдательное исследование включены 50 пациентов (31 женщина и 19 мужчин) в возрасте от 27 до 75 лет (средний возраст — $54,3 \pm 16,8$ года) с ХНБНЧС. Специфический характер боли был исключен на основании соматического и неврологического обследования, в части случаев — после проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) или рентгеновской компьютерной томографии (КТ) позвоночника, лабораторных обследований. Боль в поясничной области и ноге (люмбаишиалгия) отмечена у 32 (64%) пациентов, боль в поясничной области (люмбалгия) — у 18 (36%) пациентов. Для выяснения анатомической причины боли 37 (74%) пациентам проведено введение анестетиков в область КПС и/или нижних поясничных ФС, 29 (58%) пациентам проведены лечебные блокады с анестетиками и глюкокортикоидами в область КПС и/или ФС. В наблюдаемой группе заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) установлены у 2 (4%) пациентов, артериальная гипертензия — у 6 (12%) пациентов, сахарный диабет 2-го типа — у 6 (12%) пациентов, другие заболевания — у 8 (16%) пациентов.

Со всеми пациентами были проведены образовательные беседы о доброкачественном характере боли, высокой вероятности быстрого снижения ее интенсивности и быстрого разрешения заболевания; они были проинформированы о необходимости избегания неадекватных физических нагрузок, неудобных статичных положений, у всех использовались лечебные упражнения и когнитивная терапия. Для уменьшения боли все пациенты получали НПВС Риксия® (эторикоксиб) 60 мг в день, в качестве дополнительной терапии семь пациентов получали миорелаксанты, а также средства для лечения сочетанных заболеваний; в частности, пациенты с заболеваниями ЖКТ принимали ингибиторы протонной помпы. Полный (или значительный) регресс боли и неврологических симптомов был основанием для отмены эторикоксиба.

Исследование ЭЛЬБРУС было одобрено комитетом по этике Сеченовского Университета (протокол заседания №17-21 от 07.10.2021). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Оценка интенсивности боли проводилась по 10-балльной цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) в покое, при движении и в ночное время [11], ограничение жизнедеятельности из-за боли — по Шкале Освестри (ШО) [12], изменение эмоционального состояния — по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [13]. Пациенты ежедневно отмечали на ЦРШ интенсивность боли. В связи с высокой выраженностью эмоциональных расстройств (депрессий и тревожности) 21 пациент (42%) стал принимать антидепрессанты. В конце лечения повторно определялись интенсивность боли по ЦРШ, ограничение жизнедеятельности из-за боли по ШО, выраженность тревоги и депрессии по HADS. В конце лечения врач делал общее заключение об эффективности лечения (значительное улучшение, умеренное улучшение, небольшое улучшение, без динамики, небольшое ухудшение, умеренное ухудшение, значительное ухудшение), оценивал наличие побочных эффектов лечения.

Расчеты проводились с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 23. При статистическом анализе использовались методы: парный двухвыборочный t-тест, корреляционный анализ, тест Манна–Уитни, тест Краскела–Уоллиса. Данные для непрерывных переменных были представлены в виде $M \pm \sigma$, где M — среднее значение, а σ — среднеквадратичное отклонение. Для описания категориальных переменных использовались частоты. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В наблюдаемой группе пациентов длительность боли колебалась от 4 мес до 34 лет, составив в среднем $8,6 \pm 8,6$ года. В качестве вероятной причины боли у 5 (10%) пациентов установлено поражение КПС, у 14 (28%) — поражение нижних поясничных ФС, у 3 (6%) — миофасциальная боль, у остальных 28 (56%) пациентов — сочетание нескольких причин.

Длительность лечения колебалась от 7 до 21 дня и составила в среднем $14,14 \pm 3,6$ дня. Имеющаяся у части пациентов боль в спине в конце лечения существенно не ограничивала их повседневную активность. Все работающие пациенты смогли продолжить свою профессиональную деятельность, длительность их пребывания на больничном листе была кратковременной (менее 15 дней). В результате лечения у большинства (49 из 50) пациентов уменьшилась или полностью прошла люмбагия или люмбоишиалгия, повседневная активность в значительной степени вернулась к исходной — до развития болевого синдрома. Существенное ослабление боли (на 30% и более) наблюдалось через 7 дней у 27 (54%) пациентов и через 14 дней у большинства (98%) пациентов.

Основные показатели ХНБНЧС до и после лечения представлены в таблице.

Как видно из данных, представленных в таблице, у пациентов уменьшились не только боль и ограничение жизнедеятельности из-за боли, но и выраженность депрессии и тревоги.

За весь период лечения не отмечено каких-либо нежелательных явлений. Общая оценка результатов лечения по мнению лечащего врача представлена на рисунке. Только у одного пациента (2%) не отмечено положительного эффекта, у 2 (4%) пациентов эффект был слабый, у 32 (64%) пациентов — хороший, у 15 (30%) пациентов — отличный.

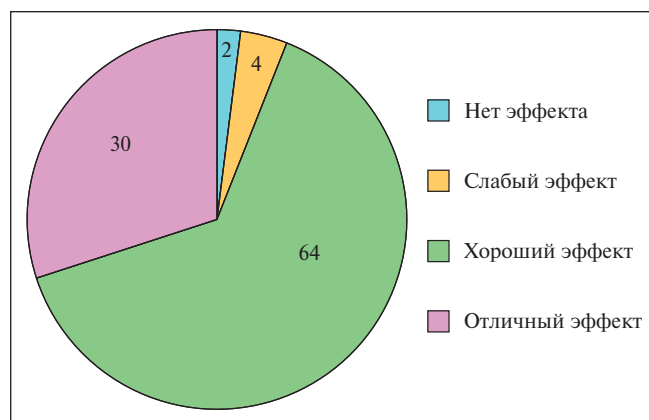
Обсуждение. Результаты проведенного исследования показали эффективность НПВС этиорикоксиба в комплексной терапии ХНБНЧС, которая представляет собой наиболее эффективное направление лечения и включает лечебные упражнения, образовательную программу для пациента и психологические методы терапии [6–9]. В наблюдаемой группе пациентов на фоне комплексной терапии уменьшились не только боль и связанное с ней нарушение жизнедеятельности, но и выраженность депрессии и тревоги. Важно отметить, что депрессия при хронической боли в спине в большей степени ассоциируется с инвалидностью, чем интенсивность боли или сочетанные соматические рас-

стройства [14]. К сожалению, комплексный подход редко применяется в нашей стране, что во многом связано с относительно низкой оплатой ведения пациентов с ХНБНЧС по медико-экономическому стандарту оказания стационарной помощи [3].

До поступления в КНБ пациенты проходили МРТ или КТ позвоночника; в большинстве случаев обнаруживались протрузии и экструзии (грыжи) дисков на КТ или МРТ, поэтому предполагалась дискогенная природа боли в спине, обсуждалась возможность хирургического лечения, что негативно влияло на течение заболевания, отношение к лечебным упражнениям. Важно отметить, что широко применяемая в настоящее время МРТ или КТ позвоночника при боли в спине приводит к ошибочной диагностике протрузий и экструзий дисков как причины боли в спине [3]. В наблюдаемой группе пациентов выявление других возможных причин боли (поражение КПС, ФС, миофасциальные боли) улучшало представление пациентов о прогнозе и течении заболевания, позволяло более обоснованно рекомендовать лечебные упражнения, которые составляют основу для уменьшения суставной и скелетно-мышечной боли [3]. Большое значение могло иметь информирование пациентов о том, что лечебные упражне-

Клинические показатели хронической боли в спине у 50 пациентов до и после курса стационарного лечения
Clinical indicators of chronic back pain in 50 patients before and after inpatient treatment

Показатели	До лечения	После лечения	p
Интенсивность боли в покое по ЦРШ, баллы	$4,0 \pm 2,5$	$1,4 \pm 1,3$	$<0,001$
Интенсивность боли при движении по ЦРШ, баллы	$6,6 \pm 1,9$	$2,8 \pm 1,8$	$<0,001$
Интенсивность боли в ночное время по ЦРШ, баллы	$2,7 \pm 2$	$0,7 \pm 0,9$	$<0,001$
Степень нарушения жизнедеятельности по ШО, %	$39 \pm 18,9$	$19,9 \pm 14,6$	$<0,001$
HADS тревога, баллы	$6,5 \pm 3,9$	$3,3 \pm 2,4$	$<0,001$
HADS депрессия, баллы	$5,0 \pm 3,7$	$3,1 \pm 2,9$	$<0,001$



Общая оценка результатов лечения по общему впечатлению лечащего врача, %
General assessment of treatment outcomes based on the general impression of the attending physician, %

ния представляют собой одно из наиболее эффективных направлений лечения ХНБНЧС. До начала лечения многие пациенты считали, что усиление боли во время движений, лечебных упражнений свидетельствует о дополнительном повреждении позвоночника, и отказывались от лечебных упражнений, ограничивали свою активность, у них возникал страх движений (кинезиофобия) и ощущение безысходности, плохого прогноза заболевания (катастрофизации), характерной для ХНБНЧС [15, 16]. В наблюдаемой группе многие пациенты из-за болевого синдрома вели малоподвижный образ жизни, ограничивали общение с другими людьми, профессиональную и бытовую активность.

В наблюдаемой нами группе пациенты ранее не проводили регулярную кинезиотерапию, многие считали ее опасной в связи с возможностью увеличения размера протрузий и экструзий диска и вследствие этого ухудшения состояния. Важно отметить, что кинезиотерапия эффективна в отношении уменьшения боли и улучшения функциональной активности пациентов с ХНБНЧС, она включает упражнения, направленные на укрепление мышц, выносливость, подвижность, увеличение объема движений, точность выполнения движений, улучшение функционирования [17, 18]. Контроль специалиста по кинезиотерапии обеспечивает более высокую терапевтическую эффективность в облегчении боли и улучшении качества жизни, дополнительное преимущество дают пешие прогулки и физические упражнения на свежем воздухе [19, 20]. В наблюдаемой группе пациентов мы проводили персонализированную кинезиотерапию с учетом возможностей и предпочтений пациентов, во всех случаях использовались пешие прогулки с постепенным увеличением их по объему, что повышало приверженность пациентов регулярным занятиям [21].

В наблюдаемой группе пациентов с ХНБНЧС наблюдались эмоциональные расстройства (депрессия и повышенная тревожность), поэтому использовались образовательная программа и элементы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которая расценивается как одно из наиболее эффективных направлений в лечении хронической боли в спине [22, 23]. КПТ была направлена как на неправильные представления пациентов о причинах и методах терапии ХНБНЧС, так и на эмоциональные расстройства и нарушения сна; она включала выявление и последующую модификацию неправильных убеждений в отношении как ХНБНЧС, так и эмоциональных нарушений. Поведенческая составляющая КПТ направлена на изменение «болевого» образа жизни, регулярные занятия лечебными упражнениями, обучение техникам релаксации и управления неадаптивными привычками.

В наблюдаемой группе все пациенты получали Риксию® в качестве НПВС, потому что прием НПВС приводит к уменьшению боли и позволяет пациентам начать более активно и регулярно заниматься физическими упражнениями, пешими прогулками. Прием перорального препарата, такого как эторикоксиб, не уступает по эффективности другим НПВС, применяемым парентерально, но имеет преимущество в безопасности, поэтому при боли в спине рекомендуются пероральные формы НПВС в минимальных терапевтических дозах и на короткий срок [24, 25]. В наблюдаемой группе пациентов отсутствовали нежелательные по-

бочные явления, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований по эффективности и безопасности эторикоксиба при неспецифической боли в спине [26–28]. В соответствии с принципами персонализированной медицины у пациентов были выявлены сочетанные заболевания и на этой основе назначено адекватное лечение в комбинации с эторикоксибом. В частности, все пациенты из группы высокого риска осложнений со стороны ЖКТ принимали в комбинации с эторикоксибом ингибиторы протонной помпы. При прекращении или существенном снижении интенсивности боли пациентам было рекомендовано прекращение приема эторикоксиба, поэтому курс был недлительным (в среднем 2 нед) и снижался риск возможных осложнений. Во всех случаях сердечно-сосудистых заболеваний проводился контроль артериального давления, пациент был проинформирован о необходимости регулярного приема антигипертензивных и других средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Эторикоксиб (Риксия®), селективный ингибитор циклооксигеназы-2, сочетает в себе высокий анальгетический и противовоспалительный потенциал при низкой частоте осложнений со стороны ЖКТ и рекомендуется при ХНБНЧС [10]. В нескольких исследованиях отмечены эффективность и безопасность эторикоксиба при ХНБНЧС [26–28]. Показано, что при хронической боли в спине эторикоксиб в суточной дозе 60 и 90 мг имеет значимое преимущество перед плацебо в отношении уменьшения интенсивности боли и улучшения функциональной активности [26]. Преимущество перед плацебо отмечалось уже через неделю лечения, оно было максимальным через 4 нед и сохранялось в течение 3 мес. Эти данные были подтверждены и в другом рандомизированном исследовании с использованием эторикоксиба [27]. Еще в одном исследовании около 450 пациентов были рандомизированы на прием эторикоксиба в дозе 60 мг или диклофенака в дозе 150 мг в сутки [28]. Через 4 нед установлено существенное снижение интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале и уменьшение инвалидности при приеме как эторикоксиба, так и диклофенака, однако отмечена тенденция к более низкой частоте побочных эффектов при приеме эторикоксиба.

Эффективность эторикоксиба при ХНБНЧС может быть связана с уменьшением процессов периферической и центральной сенситизации [29] вследствие центрального обезболивающего механизма действия эторикоксиба, связанного с его способностью проникать через гематоэнцефалический барьер [30].

Заключение. Таким образом, результаты исследования ЭЛББРУС продемонстрировали хорошую эффективность эторикоксиба при лечении ХНБНЧС. Применение комплексной терапии, основанной на образовательной программе, когнитивной терапии, лечебных упражнениях, персонализированном подходе (коррекция сочетанных заболеваний и состояний) и применении эторикоксиба в качестве НПВС, не только приводило к уменьшению выраженности боли, снижению степени нарушения жизнедеятельности, но и опосредованно позволяло снизить выраженность тревоги и депрессии. Новый дженерик эторикоксиба Риксия® продемонстрировал хороший терапевтический потенциал и отсутствие лекарственных осложнений при коротком курсе применения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- 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.
- 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 Apr 4;166(7):514–30. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14.
- Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боли в поясничной области. Москва; 2018. Режим доступа: https://static-eu.insales.ru/files/1/8037/5726053/original/boli_v_pojasn_oblasti.pdf [Parfenov VA, Isaykin AI. *Boli v poiasnichnoy oblasti* [Pain in the lumbar region]. Moscow; 2018. Available from: https://static-eu.insales.ru/files/1/8037/5726053/original/boli_v_pojasn_oblasti.pdf (In Russ.)].
- Hansen H, Manchikanti L, Simopoulos TT, et al. A systematic evaluation of the therapeutic effectiveness of sacroiliac joint interventions. *Pain Physician*. 2012 May-Jun;15(3):E247–78.
- Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. Clinical Guidelines. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng5
- Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017 Feb 18;389(10070):736–47. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9. Epub 2016 Oct 11.
- Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018 Nov;27(11):2791–803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2
- 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):201–16. doi: 10.1002/ejp.931
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*. 2015 Feb 18;350:h444. doi: 10.1136/bmj.h444
- Каратеев АЕ. Эторикоксиб может использоваться при неспецифической боли в спине: новое показание для хорошо известного препарата. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(2):125–30. doi: 10.14412/2074-2711-2020-2-125-130
- [Karateev AE. Etoricoxib can be used for chronic nonspecific back pain: a new indication of the well-known drug. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(2):125–30. doi: 10.14412/2074-2711-2020-2-125-130 (In Russ.)].
- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jun;41(6):1073–93. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016
- Бахтадзе МА, Болотов ДА, Кузьминов КО. Индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в нижней части спины (опросник Освестри): оценка надежности и валидности русской версии. *Мануальная терапия*. 2016;64(4):24–33. [Bakhtadze MA, Bolotov DA, Kuzminov KO. Oswestry Disability Index: a Study of Reliability and Validity of the Russian Version. *Manual'naya terapiya* = *Manual Therapy*. 2016;64(4):24–33 (In Russ.)].
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Hung C-I, Liu C-Y, Fu T-S. Depression: an important factor associated with disability among patients with chronic low back pain. *Int J Psychiatry Med*. 2015;49:187–98. doi: 10.1177/0091217415573937
- Monticone M, Ferrante S, Rocca B, et al. Effect of a long-lasting multidisciplinary program on disability and fear-avoidance behaviors in patients with chronic low back pain: results of a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2013 Nov;29(11):929–38. doi: 10.1097/AJP.0b013e31827fef7e. Erratum in: *Clin J Pain*. 2021 Mar 1;37(3):249.
- Парфенова ЕВ. Инсомния и когнитивно-поведенческая терапия при хронической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):119–24. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-119-124
- Parfenova EV. Insomnia and cognitive behavioral therapy for chronic back pain. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):119–24. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-119-124 (In Russ.)].
- Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Apr;24(2):193–204. doi: 10.1016/j.berh.2010.01.002
- Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):493–505. doi: 10.7326/M16-2459. Epub 2017 Feb 14.
- O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Apr;96(4):724–34. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.003. Epub 2014 Dec 19. Erratum in: *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Jun;96(6):1182.
- 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.
- Malfliet A, Ickmans K, Huysmans E, et al. Best Evidence Rehabilitation for Chronic Pain Part 3: Low Back Pain. *J Clin Med*. 2019 Jul 19;8(7):1063. doi: 10.3390/jcm8071063
- Richmond H, Hall AM, Copsey B, et al. The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015 Aug 5;10(8):e0134192. doi: 10.1371/journal.pone.0134192
- Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Aug 12;8(8):CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub4
- Kuritzky L, Samraj GP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *J Pain Res*. 2012;5:579–90. doi: 10.2147/JPR.S6775. Epub 2012 Nov 28.
- Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 10;2(2):CD012087. doi: 10.1002/14651858.CD012087
- Birbara CA, Puopolo AD, Munoz DR, et al; Etoricoxib Protocol 042 Study Group. Treatment of chronic low back pain with etoricoxib, a new cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor: improvement in pain and disability – a randomized, placebo-controlled, 3-month trial. *J Pain*. 2003 Aug;4(6):307–15. doi: 10.1016/s1526-5900(03)00633-3
- Pallay RM, Seger W, Adler JL, et al. Etoricoxib reduced pain and disability and improved quality of life in patients with chronic low back pain: a 3 month, randomized, controlled trial. *Scand J Rheumatol*. 2004;33(4):257–66. doi: 10.1080/03009740410005728
- Zerbini C, Ozturk ZE, Grifka J, et al; Etoricoxib CLBP Study Group. Efficacy of etoricoxib 60 mg/day and diclofenac 150 mg/day in reduction of pain and disability in patients with chronic low back pain: results

of a 4-week, multinational, randomized, double-blind study. *Curr Med Res Opin.* 2005 Dec;21(12):2037-49.
doi: 10.1185/030079905X75069

29. Moss P, Benson HAE, Will R, Wright A. Fourteen days of etoricoxib 60 mg improves

pain, hyperalgesia and physical function in individuals with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2017 Nov;25(11):1781-91.
doi: 10.1016/j.joca.2017.07.009. Epub 2017 Aug 2.

30. Arendt-Nielsen L, Egsgaard LL, Petersen KK. Evidence for a central mode of action for etoricoxib (COX-2 inhibitor) in patients with painful knee osteoarthritis. *Pain.* 2016 Aug;157(8):1634-44.
doi: 10.1097/j.pain.0000000000000562

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

19.07.2022/20.09.2022/21.09.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. 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.

This article has been supported by Sun Pharmaceutical Industries Ltd. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Рожков Д.О. <https://orcid.org/0000-0002-0951-5284>

Шевцова К.В. <https://orcid.org/0000-0002-9228-5108>

Гринюк В.В. <https://orcid.org/0000-0003-3524-3494>

Парфенов В.А. <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>