

Герасимова О.Н.¹, Парфенов В.А.², Калимеева Е.Ю.²¹Поликлиника № 6 ЗАО «Медицинские услуги», Москва, Россия;²Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия¹129329, Москва, ул. Кольская, 2; ²119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Лечение пациентов с острой и подострой дорсалгией

Цель исследования — изучение эффективности лечения острой и подострой дорсалгии на основе информирования пациентов, применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) без использования методов физиотерапии, рефлексотерапии и мануальной терапии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 140 пациентов (87 женщин и 53 мужчины, средний возраст $50,7 \pm 17,6$ года) с острой и подострой болью в спине. У 127 (91%) из них установлена неспецифическая (скелетно-мышечная) боль, у 13 (9%) — дискогенная радикулопатия. Все пациенты были информированы о доброкачественном характере заболевания, высокой вероятности его быстрого разрешения, целесообразности отказа от длительного постельного режима, а также отсутствия необходимости в физиотерапии, рефлексотерапии, массаже и мануальной терапии. Для уменьшения боли пациенты получали мелоксикам по 15 мг/сут внутрь или внутримышечно (в/м) либо сначала в/м по 15 мг/сут, а затем внутрь. Оценивали интенсивность боли по числовой рейтинговой шкале, ограничение функциональной активности по шкале Роланда—Морриса (ШРМ).

Результаты. После лечения интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале уменьшилась в среднем с 6,4 до 1,0 балла, инвалидизация по ШРМ — с 6,8 до 1,4 балла ($p < 0,001$). Длительность лечения составила в среднем $11,0 \pm 4,4$ дня. Сравнение различных схем введения мелоксикама не показало достоверных различий, положительный результат отмечен во всех случаях. Во время лечения не наблюдалось каких-либо нежелательных явлений.

Заключение. Отмечена высокая эффективность ведения пациентов с острой и подострой дорсалгией на фоне информирования (образовательная беседа), применения мелоксикама, персонализированного подхода (лечение сочетанных заболеваний и состояний). Отказ от методов физиотерапии, массажа, иглорефлексотерапии и мануальной терапии существенно снижает стоимость лечения пациентов с острой дорсалгией.

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: Герасимова ОН, Парфенов ВА, Калимеева ЕЮ. Лечение пациентов с острой и подострой дорсалгией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(3):36–41.

Treatment of patients with acute and subacute dorsalgia

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

¹Polyclinic Six, ZAO «Meditsinskie Usługi» (Medical Services), Moscow, Russia; ²Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

¹2, Kolskaya St., Moscow 129329; ²11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021

Objective: to investigate the efficiency of treatment for acute and subacute dorsalgia, by providing information to patients and by using nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) without conducting physical therapy, reflexotherapy, and manual therapy.

Patients and methods. A total of 140 patients (87 women and 53 men; mean age 50.7 ± 17.6 years) with acute and subacute back pain were followed up. Out of them 127 (91%) patients were found to have nonspecific (musculoskeletal) pain; 13 (9%) had discogenic radiculopathy. All the patients were informed of the benign nature of the disease, the high probability of its rapid resolution, the feasibility of abandoning prolonged bedrest, and the lack of need for physical therapy, reflexotherapy, massage, and manual therapy. To reduce pain, the patients received meloxicam 15 mg/day orally or intramuscularly or first 15 mg/day intramuscularly and then orally. The investigators assessed pain intensity with the numerical rating scale and functional activity restrictions with the Roland-Morris disability (RMD) questionnaire.

Results. After treatment, the visual analogue scale pain intensity scores decreased from an average of 6.4 to 1.0; the RMD scores dropped from 6.8 to 1.4 ($p < 0.001$). The duration of treatment averaged 11.0 ± 4.4 days. Comparison of different meloxicam dosage regimens showed no significant differences; a positive result was noted in all cases. No adverse events were observed during treatment.

Conclusion. The investigation has shown the high efficiency of management in patients with acute and subacute dorsalgia, by providing information to patients (an education conversation), by using meloxicam, and by applying a personalized approach (treatment for concomitant diseases and conditions). Refusing physiotherapy, massage, acupuncture, and manual therapy substantially reduces the cost of treatment in patients with acute dorsalgia.

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

Contact: *Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru*

For reference: *Gerasimova ON, Parfenov VA, Kalimeeva EYu. Treatment of patients with acute and subacute dorsalgia. Nevrologiya, neiro-psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2018;10(3):36–41.*

DOI: *10.14412/2074-2711-2018-3-36-41*

Боль в спине (дорсалгия) — одна из наиболее частых причин обращения к врачу, в Российской Федерации практически каждый второй пациент обращается в поликлинику в связи с болью, при этом в половине таких обращений присутствует жалоба на боль в спине [1]. Дорсалгия занимает первое место среди всех неинфекционных заболеваний по показателю, отражающему количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [2].

Боль в спине расценивается как неспецифическая (скелетно-мышечная), если не обнаруживается компрессии спинномозгового корешка (радикулопатия), спинного мозга, корешков конского хвоста, а также нет специфических причин боли: перелома позвонков, опухоли, инфекционного поражения, спондилоартрита или других заболеваний, которые могут приводить к ее развитию [3]. К факторам риска появления дорсалгии относят тяжелый физический труд, частые наклоны туловища, подъем тяжестей, а также сидячий образ жизни, вибрационные воздействия [4].

В настоящее время имеется несколько национальных и международных рекомендаций по ведению пациентов с поясничной болью, основанных на результатах большого числа рандомизированных исследований (к апрелю 2009 г. таких исследований было 958) [3]. В 2010 г. опубликован сравнительный анализ национальных и международных рекомендаций, вышедших с 2000 по 2008 г. и совпадающих по основным позициям обследования и лечения пациентов [3]. Недавно появились рекомендации экспертов из Канады [5], Великобритании [6], Дании [7] и США [8], которые также совпадают по основным направлениям ведения пациентов с поясничной болью. Согласно этим рекомендациям, у пациента с дорсалгией первостепенное значение имеет исключение специфической боли в спине, которое основано на анализе жалоб, истории заболевания, кратком соматическом и неврологическом обследовании. У большинства (90–99%) пациентов с острой болью в спине не обнаруживается ее специфических причин, при этом выявляется скелетно-мышечная боль и (или) дискогенная радикулопатия (1–5% случаев). Целесообразно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения. Для купирования боли при острой и подострой дорсалгии рекомендуется использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в терапевтических дозах и относительно коротким курсом. НПВП эффективнее плацебо как при острой, так и при хронической неспецифической боли в спине [9, 10]. При острой дорсалгии не доказано положительного влияния методов физиотерапии, рефлексотерапии, массажа и мануальной терапии [3, 5–8], которые часто назначаются пациентам в нашей стране и существенно повышают стоимость лечения. Несомненный интерес представляет анализ использования этих рекомендаций в общей терапевтической практике.

Цель исследования — изучение эффективности ведения пациентов с острой и подострой дорсалгией на основе их информирования, применения НПВП и отказа от методов физиотерапии, рефлексотерапии и мануальной терапии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 140 пациентов (87 женщин и 53 мужчины) в возрасте от 17 до 86 лет (средний возраст $50,7 \pm 17,6$ года) с острой и подострой болью в спине длительностью до 60 дней, обратившихся за консультацией к неврологу в поликлинику № 6 ЗАО «Медицинские услуги» г. Москвы. Специфический характер боли был исключен на основании соматического и неврологического обследования, в части случаев после проведения магнитно-резонансной (МРТ) или рентгеновской компьютерной (КТ) томографии позвоночника, лабораторных обследований.

Оценивали интенсивность боли по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), ограничение функциональной активности по шкале Роланда–Морриса (ШРМ) в начале и конце наблюдения, побочные эффекты лечения.

Все пациенты были информированы о доброкачественном характере заболевания, высокой вероятности его быстрого разрешения, целесообразности отказа от длительного постельного режима, сохранения (при возможности) профессиональной, социальной и бытовой активности. Пациенты также получали наглядную информацию (в виде информационных листовок) о необходимости избегать неадекватных физических нагрузок, неудобных статических положений.

Для уменьшения боли всем пациентам назначали НПВП — мелоксикам (Мовалис®): 71 (51%) пациенту — по 15 мг/сут внутрь; 20 (14%) — внутримышечно (в/м) по 15 мг/сут; 49 (35%) — в/м по 15 мг/сут в течение 3–5 дней, а затем по 15 мг/сут внутрь. Выбор схемы лечения определялся индивидуально с учетом выраженности боли, предпочтения пациента, возможности инъекционного введения препарата в амбулаторных условиях, наличия сопутствующих заболеваний. В качестве дополнительной терапии 109 пациентов использовали миорелаксанты: 103 — мидокалм и 6 — сирдалуд. Части пациентов с дискогенной радикулопатией назначали также прегабалин по 75–150 мг/сут. 11 больных с тревожными и депрессивными расстройствами получали амитриптилин, 4 — атаракс. Для профилактики возможных осложнений 29 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) принимали ингибиторы протонной помпы (18 — омепразол и 11 — пантопразол). У пациентов не применяли методы физиотерапии, массажа, мануальной терапии, рефлексотерапии и др.

Расчеты проводили с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 23. При статистическом анализе использовали методы: парный двухвыборочный t-тест, корреляционный анализ, тест Манна–Уитни, тест Краскела–Уоллиса. Данные для непрерывных переменных были представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, а m — статистическая погрешность. Для описания категориальных переменных применяли частоты. Различия считали достоверными (статистически значимыми) при $p < 0,05$.

Результаты. Локализация боли представлена на рис. 1. Преобладала боль в поясничной области (люмбалгия) и в поясничной области и ноге (люмбоишиалгия), реже встречалась боль в шее (цервикалгия) и еще реже — в грудной клетке (торакалгия).

У 127 (91%) пациентов установлена неспецифическая (скелетно-мышечная) боль, у 13 (9%) — дискогенная радикулопатия. До начала наблюдения длительность боли колебалась от 1 до 59 дней, составив в среднем $11,9 \pm 1,0$ день, при дискогенной радикулопатии — $21,7 \pm 4,4$ дня, при неспецифической боли в спине — $10,9 \pm 1,0$ день.

Интенсивность боли по ЧРШ в начале наблюдения достигала в среднем $6,4 \pm 0,15$ балла, при дискогенной радикулопатии — $7,6 \pm 0,4$ балла, при неспецифической боли — $6,3 \pm 0,16$ балла.

Ухудшение качества жизни по ШРМ в начале наблюдения составило в среднем $6,8 \pm 0,35$ балла, при дискогенной радикулопатии — $9,4 \pm 0,79$ балла, при неспецифической боли в спине — $6,5 \pm 0,37$ балла.

До начала наблюдения 52 пациента уже принимали НПВП (диклофенак, нимесулид, кеторолак, ибупрофен, мелоксикам, ацеклофенак, целекоксиб, лорноксикам), но без существенного положительного эффекта. В этой группе пациенты с высоким риском заболеваний ЖКТ не получали ингибиторы протонной помпы.

Значительная часть пациентов (преимущественно пожилого возраста) имела сочетанные хронические заболевания, характеристика которых представлена в таблице. Наличие хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и ЖКТ существенно повышало риск возможных осложнений терапии анальгетиками и НПВП.

В результате лечения у больных уменьшилась или полностью прошла боль в спине, повседневная активность в значительной степени вернулась к исходной (до развития боли). Выраженность боли по ЧРШ, ухудшение качества жизни по ШРМ в начале и конце наблюдения представлены на рис. 2 и 3. Как показано на рис. 3, существенное уменьшение боли и связанной с ней инвалидизации отмечалось у пациентов и со скелетно-мышечной болью, и с дискогенной радикулопатией. У пациентов с дискогенной радикулопатией прослеживалась тенденция к более высокой интенсивности боли и инвалидизации как исходно, так и в конце наблюдения.

При сравнении различных методов введения Мовалиса® (таблетки; в/м введение + таблетки; в/м введение) не выявлено достоверных различий, при всех формах назначения отмечались существенное уменьшение боли по ЧРШ и улучшение качества жизни по ШРМ (рис. 4).

Длительность лечения колебалась от 3 до 21 дня (в среднем $11,0 \pm 4,4$ дня; (рис. 5). Имеющаяся у части пациентов боль в спине к моменту окончания терапии существенно не ограничивала повседневную активность. Все работающие пациенты смогли продолжить профессиональную деятельность, длительность пребывания на больничном листе была кратковременной.

За время лечения не отмечено каких-либо нежелательных явлений. До начала наблюдения часть пациентов принимала другие НПВП, при этом наблюдались побочные эффекты, которые приводили к отмене препарата, курс лечения был неполным, пациентов продолжала беспокоить боль в спине.

Обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о благоприятном течении неспецифической дорсалгии и даже дискогенной радикулопатии, что согласуется с данными других авторов о том, что неспецифическая дорсалгия обычно регрессирует в течение 1–3 нед [11]. Показана высокая эффективность лечения острой и подострой дорсал-

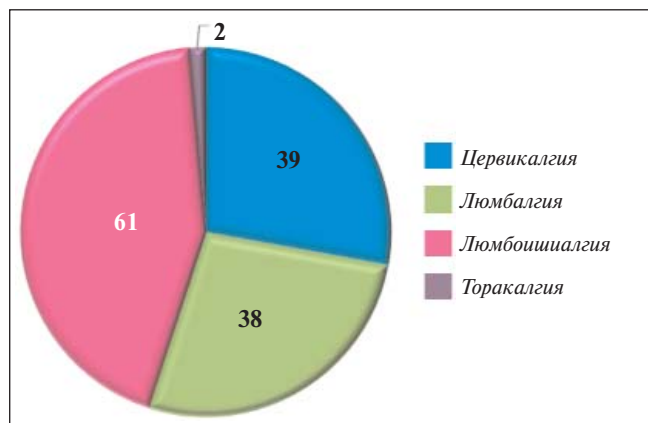


Рис. 1. Локализация боли в спине у 140 пациентов (в %)

Сочетанные заболевания у пациентов с дорсалгией

Заболевание	Число пациентов, n (%)
ЯБ двенадцатиперстной кишки, желудка или другие заболевания ЖКТ в анамнезе	23 (16,4)
АГ	17 (12,1)
Тревожно-депрессивные расстройства	15 (10,7)
СД	13 (9,3)
Инсульт или инфаркт миокарда в анамнезе	5 (3,6)
Онкологические заболевания в анамнезе	4 (2,9)
Другие заболевания	45 (32,1)

Примечание. ЯБ — язвенная болезнь; АГ — артериальная гипертензия; СД — сахарный диабет.

гии с быстрым купированием боли и связанной с ней инвалидизации, оцениваемой по ШРМ. Одно из ведущих направлений при ведении пациентов с острой лумбалгией — информирование их о доброкачественном характере и благоприятном исходе заболевания, целесообразности сохране-

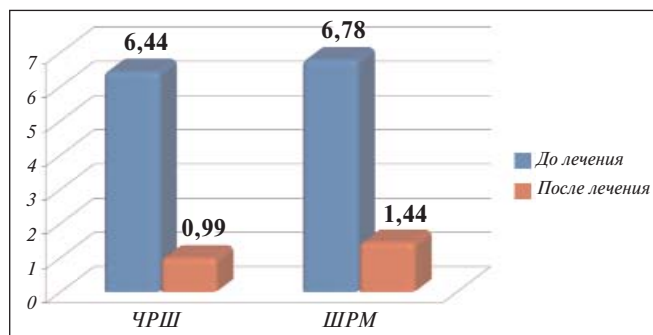


Рис. 2. Интенсивность боли (по ЧРШ, баллы) и ухудшение качества жизни (по ШРМ, баллы) в начале и конце наблюдения у 140 больных (различия достоверны, $p < 0,001$)

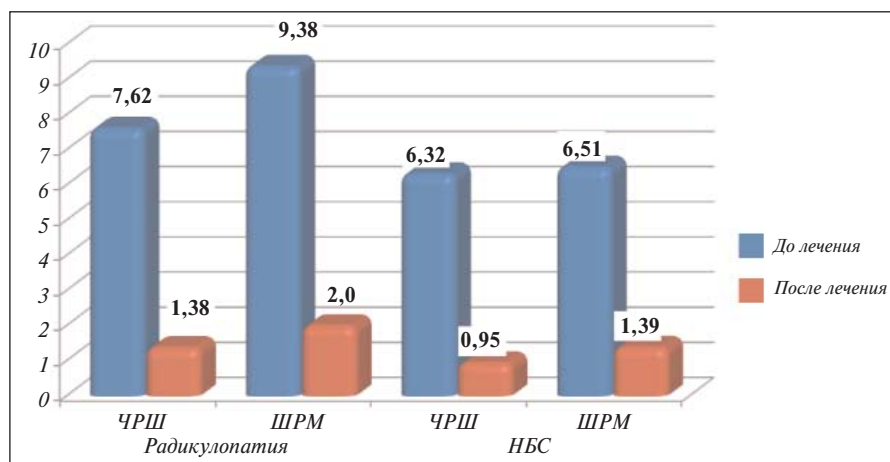


Рис. 3. Интенсивность боли (по ЧРШ, баллы) и ухудшение качества жизни (ШРМ, баллы) в начале и конце наблюдения у 13 больных с дискогенной радикулопатией и 127 пациентов с неспецифической болью в спине – НБС (различия достоверны, $p < 0,001$)

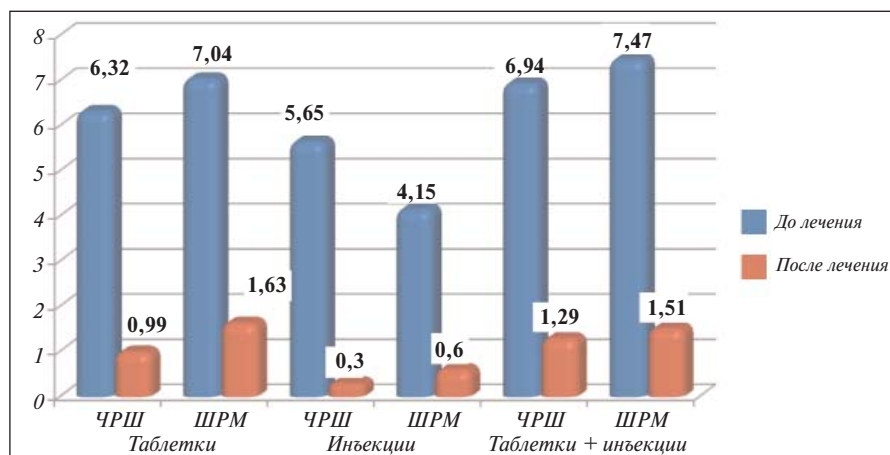


Рис. 4. Интенсивность боли (по ЧРШ, баллы) и ухудшение качества жизни (по ШРМ, баллы) в начале и конце наблюдения у 140 пациентов с дорсалгией при разных схемах назначения Мовалис® (различия достоверны, $p < 0,001$)

ния активности и при возможности продолжения работы [3, 5–8]. В случае дискогенной дорсалгии следует сообщить пациенту о вероятности естественного регресса грыжи диска. Если пациент из-за интенсивной боли вынужден лежать, продолжительность постельного режима не должна превышать 2 дней, более длительный постельный режим ухудшает течение заболевания [3]. Полезно также разъяснить пациенту, что он может соблюдать недлительный постельный режим при интенсивной боли, но это – способ уменьшить боль, а не метод лечения. Однако в настоящее время не доказано, что при острой или подострой дорсалгии более подробное обучение пациентов по типу «школы при боли в спине» имеет существенное преимущество перед простой информацией, полученной от врача [12].

К сожалению, информирование пациентов широко не используется в повседневной клинической практике. Ни один из пациентов, который был включен в настоящее наблюдение и обратился к другим специалистам, не получил подробной информации о прогнозе заболевания и его лечении. Пациентам рекомендовали инструментальные методы

обследования (КТ или МРТ позвоночника), при этом, если при КТ или МРТ выявляли грыжи дисков, их рассматривали как причину заболевания (даже при отсутствии клинических данных, указывающих на дискогенную радикулопатию). Полученная информация о наличии грыж межпозвоночных дисков негативно влияла на прогноз заболевания и возможности быстрого восстановления. Следует отметить, что в настоящее время проведение инструментальных методов обследования не рекомендуется при острой дорсалгии, если нет признаков «серьезного заболевания» [3, 5–8]. Однако врачи часто назначают КТ или МРТ при острой дорсалгии, игнорируя рекомендации экспертов.

В нашем наблюдении положительный эффект лечения отмечался при различных локализациях боли – люмбалгии, цервикалгии и торакалгии. Международные рекомендации разработаны преимущественно для люмбалгии, которая наиболее часто встречается в клинической практике. Однако врачебная тактика существенно не меняется при цервикалгии и торакалгии, поэтому большинство рекомендаций, касающихся люмбалгии, применимы и при болевых синдромах другой локализации [13]. У наших пациентов не выявлено существенных различий в эффективности лечения в зависимости от локализации боли.

Положительный эффект лечения зафиксирован не только при неспецифической боли в спине, но и при дискогенной радикулопатии, при которой вопрос о применении НПВП

остается спорным, поскольку нет убедительных доказательств их эффективности у таких пациентов [3, 5–8]. Однако следует отметить, что у многих пациентов, включенных в данное наблюдение, помимо признаков дискогенной радикулопатии, имелись и проявления скелетно-мышечной боли, что обосновывало применение НПВП.

При острой дорсалгии не доказана эффективность физиотерапии, массажа, иглорефлексотерапии и мануальной терапии [3, 5–8]. Применение мануальной терапии ассоциируется с возможностью увеличения грыжи межпозвоночного диска, на что особо указывают спинальные нейрохирурги [14]. У наших пациентов положительный эффект был достигнут без использования этих методов, однако мы включали в лечение элементы «школы при боли в спине» с демонстрацией листовок с изображением опасных движений и поз, которых нужно избегать. Данный метод также не имеет научных доказательств эффективности при острой дорсалгии, но составляет основу профилактики повторных обострений, которые нередко возникают у многих пациентов, способствуя развитию хронической формы заболева-

ния. В некоторых случаях при дорсалгии положительный результат может дать лечебная гимнастика, но не следует использовать упражнения, которые могут спровоцировать усиление боли (значительные сгибания, разгибания или вращения туловищем); раннее начало физических упражнений снижает вероятность хронического течения боли [15]. Пациентам с дорсалгией следует рекомендовать постепенное увеличение продолжительности пеших прогулок, которые по эффективности не уступают лечебной гимнастике [16].

В настоящем исследовании не отмечено ни одного нежелательного явления, что согласуется с результатами более ранней нашей работы [17]. Во многом это вызвано тем, что мы использовали персонализированный подход к ведению пациентов и, выявляя сочетанные заболевания, назначали адекватное лечение в комбинации с Мовалисом®. В частности, все пациенты с высоким риском осложнений со стороны ЖКТ принимали наряду с Мовалисом® ингибиторы протонной помпы, при существенном снижении боли рекомендовали прекращение приема НПВП. Это приводило к тому, что курс лечения НПВП в большинстве случаев не превышал 2 нед, что уменьшало риск возможных осложнений. При наличии у пациентов сердечно-сосудистых заболеваний контролировали артериальное давление, информировали пациентов о необходимости регулярного приема антигипертензивных и других средств в комбинации с НПВП. При депрессивных и (или) тревожных расстройствах проводили их терапию.

Использовались три возможные схемы применения Мовалиса® при дорсалгии: инъекции; инъекции + таблетки; таблетки. В настоящее время нет убедительных доказательств преимущества какой-либо из этих схем, в/м введение препарата не снижает риск осложнений со стороны ЖКТ, но вызывает риск побочных эффектов инъекций. Мы также не наблюдали преимуществ какой-либо из форм введения, положительный результат отмечен во всех случаях. На наш взгляд, при выборе той или иной схемы применения Мовалиса® следует учитывать особенности пациента, его предпочтения. Необходимо информировать пациента о возможных рисках при различных формах применения препарата. Часть пациентов испытывает трудности при проглатывании таблеток и капсул, другие — страх перед «уколами», поэтому необходим индивидуальный подход, учет пожеланий пациента, что в целом улучшает результаты лечения.

В нашем исследовании показана высокая эффективность Мовалиса® при острой и подострой дорсалгии. Более чем у трети пациентов лечение дорсалгии начиналось с применения других НПВП, но оказалось недостаточно эффективным и (или) сопровождалось побочными эффектами, в результате они прекращали прием НПВП до наступления положительного эффекта. Значительная часть пациентов, в

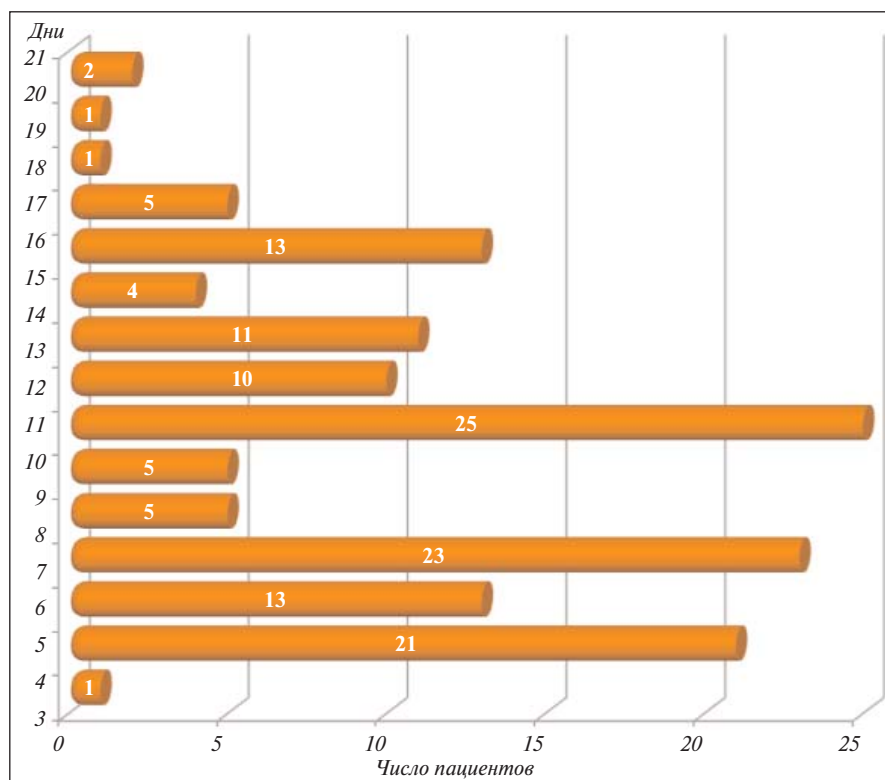


Рис. 5. Длительность лечения у 140 пациентов

возрасте 50 лет и старше, имела желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и другие заболевания, что повышало вероятность развития возможных нежелательных явлений при лечении НПВП. Ни у одного пациента не возникло каких-либо серьезных осложнений. В определенной степени это связано с относительно небольшой длительностью приема препарата, использованием при показаниях ингибиторов протонной помпы, терапии сопутствующих заболеваний, что соответствует рекомендациям по применению НПВП при скелетно-мышечной боли [18].

Безопасность применения Мовалиса® отмечена по данным метаанализа 28 клинических исследований (24 196 больных), в которых установлено, что препарат характеризуется достоверно меньшим риском развития желудочно-кишечных осложнений, чем традиционные НПВП (диклофенак, напроксен и пироксикам), и меньшим количеством тромбозомболических осложнений по сравнению с диклофенаком [19]. В большом сравнительном исследовании, включавшем более 9 тыс. пациентов, выявлено, что при лечении Мовалисом® частота побочных эффектов со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, диарея, боль в животе и др.) была достоверно ниже, чем при лечении диклофенаком [20].

Заключение. В целом отмечена высокая эффективность ведения пациентов с острой и подострой дорсалгией на фоне информирования (образовательной беседы), применения НПВП, персонализированного подхода (коррекция сочетанных заболеваний и состояний). Отказ от методов физиотерапии, массажа, иглорефлексотерапии и мануальной терапии существенно снижает стоимость лечения. Установлена высокая эффективность и безопасность применения мелоксикама (Мовалис®) у пациентов с острой и подострой дорсалгией.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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, Syroegin 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.)].
2. 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.
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. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Dec;24(6):769-81. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002.
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. 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):514-530. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14.
9. 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.
10. Wong JJ, Cote P, Ameis A, et al. Are non-steroidal anti-inflammatory drugs effective for the management of neck pain and associated disorders, whiplash-associated disorders, or non-specific low back pain? A systematic review of systematic reviews by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J*. 2016 Jan;25(1):34-61. doi: 10.1007/s00586-015-3891-4. Epub 2015 Apr 1.
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. 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.
13. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ*. 2017 Aug 14;358:j3221. doi: 10.1136/bmj.j3221
14. Hincapié 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):1517-1525. doi: 10.1007/s00586-017-5295-0. Epub 2017 Sep 18.
15. 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.
16. 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].
17. 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, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(3-4):40-6. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2009-54
18. 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
19. 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.
20. Hawkey C, Kahan A, Steinbrück K, et al. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared diclofenac in osteoarthritis patients. International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment. *Br J Rheumatol*. 1998 Sep;37(9):937-45.

Поступила 9.07.2018

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Публикация статьи поддержана ООО «Берингер Ингельхайм». 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.