

Парфенов В.А.^{1,2}, Исайкин А.И.¹, Кузьмина Т.И.¹, Черненко О.А.², Милованова О.В.²,
Романова А.В.², Самхаева Н.Д.², Шор Ю.М.²

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины и ²Клиника нервных болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)», Москва, Россия
^{1,2}119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Лечение пациентов с острой и подострой люмбалгией и люмбоишиалгией

У части пациентов с острой неспецифической люмбалгией и люмбоишиалгией амбулаторное лечение неэффективно, поэтому их направляют в отделения или центры боли для специализированного обследования и лечения.

Цель исследования — изучение анатомических причин боли и эффективности лечения пациентов с острой и подострой люмбалгией и люмбоишиалгией в стационарных условиях с использованием цефекоксиба (Дилакса).

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 80 пациентов (47 женщин и 33 мужчины, средний возраст $51,0 \pm 15,3$ года) с острой и подострой люмбалгией ($n=11$) или люмбоишиалгией ($n=69$). Интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), ограничение функциональной активности — по шкале Роланда—Морриса (ШРМ). Для уменьшения интенсивности болевого синдрома пациенты получали цефекоксиб (Дилакса) по 200 мг 2 раза в сутки внутрь. При поражении крестцово-подвздошного сочленения (КПС) или фасеточных суставов (ФС) в части случаев использовали лечебные блокады с анестетиками и глюкокортикоидами. Пациенты были информированы о доброкачественном характере заболевания, занимались лечебной гимнастикой.

Результаты и обсуждение. В качестве причин боли установлены поражение КПС (48,8%), ФС и КПС (18,7%), ФС (17,5%), грыжи диска (10%), синдром грушевидной мышцы (2,5%), синдром грушевидной мышцы и поражение КПС (2,5%).

Длительность лечения составила в среднем $11,0 \pm 2,4$ дня. К концу исследования клинически значимое снижение боли было отмечено у 86% пациентов. В результате лечения интенсивность боли по ВАШ уменьшилась в среднем в 2,4 раза (с 7,0 до 2,9 балла): у пациентов с люмбалгией — в 4 раза (с 6,4 до 1,6 балла), с люмбоишиалгией — в 2,3 раза (с 7,1 до 3,1 балла); степень инвалидизации по ШРМ уменьшилась в среднем в 1,9 раза (с 8,1 до 4,3 балла): у пациентов с люмбалгией — в 3,6 раза (с 6,8 до 1,9 балла), с люмбоишиалгией — в 1,9 раза (с 8,3 до 4,7 балла). В период терапии не наблюдалось каких-либо нежелательных явлений.

Заключение. Выявлена высокая частота поражения КПС и ФС при подострой люмбоишиалгии. Отмечены высокая эффективность и безопасность применения цефекоксиба при острой и подострой люмбоишиалгии и люмбалгии.

Ключевые слова: острая люмбоишиалгия; подострая люмбоишиалгия; острая люмбалгия; подострая люмбалгия; неспецифическая боль в нижней части спины; нестероидные противовоспалительные препараты; цефекоксиб; Дилакса.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для ссылки: Парфенов ВА, Исайкин АИ, Кузьмина ТИ и др. Лечение пациентов с острой и подострой люмбалгией и люмбоишиалгией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(3):57–62.

Treatment of patients with acute and subacute lumbodinia and lumbar ischialgia

Parfenov V.A.^{1,2}, Isaikin A.I.¹, Kuzminova T.I.¹, Chernenko O.A.², Milovanova O.V.², Romanova A.V.², Samkhaeva N.D.², Shor Yu.M.²

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

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

No effect of outpatient treatment is observed in some patients with acute nonspecific lumbodinia and lumbar ischialgia; therefore they are referred to pain management departments or centers for specialized examination and treatment.

Objective: to study of the anatomical causes of pain and the efficiency of celecoxib (Dilaxa) treatment in patients with acute and subacute lumbodinia and lumbar ischialgia in the inpatient setting.

Patients and methods. Eighty patients (47 women and 33 men; mean age, 51.0 ± 15.3 years) with acute and subacute lumbodinia ($n=11$) or lumbar ischialgia ($n=69$) were followed up. Pain intensity was assessed using a visual analogue scale (VAS); functional limitation was rated according to the Roland—Morris scale (RMS). To reduce the intensity of pain syndrome, patients took oral celecoxib (Dilaxa) 200 mg twice daily. Therapeutic blockades with anesthetics and glucocorticoids were used in some cases of damage to the sacroiliac joint (SIJ) or facet joints (FJ). Patients were informed of the benign nature of the disease; they did therapeutic exercises.

Results and discussion. The causes of pain were ascertained to be injuries of SIJ (48,8%), FJ and SIJ (18,8%), FJ (17,5%), herniated disc (10%), piriformis syndrome (2.5%), and piriformis syndrome and SIJ injury (2.5%).

The duration of treatment averaged 11.0 ± 2.4 days. By the end of the study, there was a clinically significant reduction in pain in 86% of patients. The treatment resulted in a 2.4-fold average reduction in pain intensity (from 7.0 to 2.9 VAS scores): a 4-fold reduction in patients with lumbodinia (from 6.4 to 1.6 scores) and a 2.3-fold one in those with lumbar ischialgia (from 7.1 to 3.1 scores); the degree of disability reduced by an average of 1.9 times (from 8.1 to 4.3 RMS scores): by 3.6 times (from 6.8 to 1.9 scores) and 1.9 (from 8,3 to 4,7 scores) times in patients with lumbodinia and in those with lumbar ischialgia, respectively. No adverse events were observed during the treatment period.

Conclusion. There were high SIJ and FJ injury rates in subacute lumbar ischialgia. Celecoxib was noted to be highly effective and safe in treating acute and subacute lumbar ischialgia and lumbodinia.

Keywords: acute lumbar ischialgia; subacute lumbar ischialgia; acute lumbodinia; subacute lumbodinia; nonspecific low back pain; nonsteroidal anti-inflammatory drugs; celecoxib; Dilaxa.

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru

For reference: Parfenov VA, Isaikin AI, Kuzminova TI, et al. Treatment of patients with acute and subacute lumbodinia and lumbar ischialgia. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(3):57–62.

DOI: 10.14412/2074-2711-2019-3-57-62

Боль в нижней части спины (люмбалгия) занимает 1-е место среди неинфекционных заболеваний по показателю, который отражает количество лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья [1, 2]. Люмбалгия и боль в нижней части спины с распространением в ногу (люмбоишиалгия) в большинстве случаев (90–99%) имеют неспецифическое происхождение [3] и могут быть вызваны поражением фасеточных суставов (ФС), крестцово-подвздошного сочленения (КПС), поражением мышц (миофасциальным синдромом), грыжей межпозвоночного диска с компрессией спинномозгового корешка и без таковой, поясничным стенозом [4, 5]. Обследование при люмбалгии и люмбоишиалгии направлено на исключение специфических причин (переломы, онкологические процессы, воспалительные и другие заболевания), которые встречаются у небольшой части пациентов (1–2%), обращающихся к врачу с болью в спине [6, 7]. Врачебная тактика во многом определяется длительностью боли: острая (до 6 нед), подострая (6–12 нед) и хроническая (более 12 нед) [8].

Рекомендации экспертов разных стран совпадают по основным направлениям ведения пациентов с острой неспецифической болью в спине: отмечается важная роль информирования пациента о доброкачественном характере и высокой вероятности быстрого разрешения заболевания, целесообразности сохранения двигательной активности и избегания постельного режима [9–18]. Для уменьшения неспецифической боли в спине рекомендуются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в терапевтических дозах и относительно коротким курсом [9–18]. НПВП эффективнее, чем плацебо, купируют как острую, так и хроническую неспецифическую боль в спине [9, 19, 20]. Различные НПВП близки по эффективности при неспецифической боли в спине, поэтому выбор препарата из этой группы во многом основывается на индивидуальной переносимости, наличии сочетанных заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при которых повышен риск осложнений, связанных с применением НПВП [9, 19–21]. У пациентов с риском ЖКТ-осложнений предпочтительно назначение селективного ингибитора циклооксигеназы 2 (ЦОГ2) цекоксиба [22].

У части пациентов с неспецифической болью в спине амбулаторное лечение неэффективно, поэтому их направляют в отделения или центры боли для специализированного обследования и лечения.

Цель настоящего исследования – изучение причин боли и результатов лечения пациентов с острой, подострой люмбалгией и люмбоишиалгией в стационарных условиях в нашей стране. В литературе мы не встретили подобных исследований.

Пациенты и методы. *Критерии включения* в наблюдательное исследование: неспецифическая боль в нижней части спины длительностью до 90 дней, интенсивностью от 40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 100 мм), возраст пациентов от 18 до 75 лет.

Критерии не включения: повышенная чувствительность к цекоксибу; сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты или других НПВП; состояние после аортокоронарного шунтирования; активные эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения или желудочно-кишечное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника в фазе обострения; сердечная недостаточность (II–IV функционального класса по NYHA); заболевания периферических артерий и цереброваскулярные заболевания в выраженной стадии; геморрагический инсульт в анамнезе; беременность и период грудного вскармливания; печеночная недостаточность класса С по классификации Чайлда–Пью; почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации <30 мл/мин); прогрессирующие заболевания почек; подтвержденная гиперкалиемия; возраст до 18 лет; непереносимость лактозы; дефицит лактазы или синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; наличие злокачественного новообразования; наличие острой травмы позвоночника или других специфических заболеваний.

В исследование включено 80 пациентов (47 женщин и 33 мужчины) в возрасте от 21 года до 75 лет (средний возраст $51,0 \pm 15,3$ года) с острой и подострой люмбалгией и люмбоишиалгией (длительностью до 90 дней), проходивших лечение в неврологическом отделении Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Специфический характер боли был исключен на основании соматического и неврологического обследования, в части случаев после проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) или рентгеновской компьютерной томографии позвоночника, лабораторных обследований. Причину боли в спине определяли на основании результатов неврологического, мануального и ортопедического обследований, у части пациентов использовали диагностическую блокаду (введение анестетика) в область КПС или ФС.

Оценивали интенсивность боли по ВАШ, изменения повседневной активности по шкале Роланда–Морриса (ШРМ) в начале и в конце наблюдения, эффективность и безопасность лечения препаратом Дилакса, побочные эффекты терапии, ее длительность, общее впечатление врачей о результатах лечения.

Со всеми пациентами были проведены образовательные беседы о доброкачественном характере боли, высокой вероятности быстрого снижения ее интенсивности и разрешения заболевания. Все пациенты были проинформированы о необходимости избегания неадекватных физических нагрузок, неудобных статических положений. Пациентам были назначены лечебная гимнастика, массаж и мануальная терапия, в части случаев при поражении ФС и КПС – лечебные блокады с анестетиками и глюкокортикоидами.

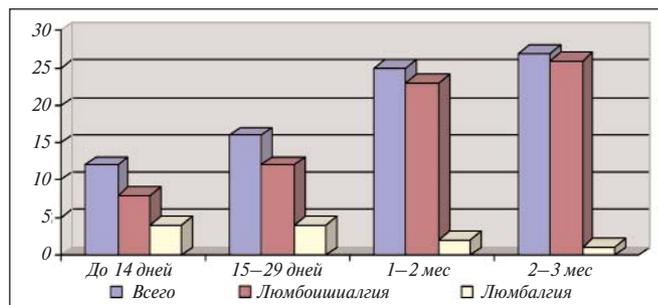


Рис. 1. Длительность болевого синдрома до начала терапии у пациентов с люмбалгией и люмбоишалгией

Таблица 1. Причины острой и подострой люмбалгии и люмбоишалгии у 80 пациентов, n (%)

Причина боли	Люмбалгия (n=11)	Люмбоишалгия (n=69)	Итого
Поражение КПС	3 (27,3)	36 (52,2)	39 (48,8)
Поражение КПС и ФС	2 (18,2)	13 (18,8)	15 (18,7)
Поражение ФС	6 (54,5)	8 (11,6)	14 (17,5)
Грыжа диска	—	8 (11,6)	8 (10,0)
Синдром грушевидной мышцы	—	2 (2,9)	2 (2,5)
Поражение КПС и синдром грушевидной мышцы	—	2 (2,9)	2 (2,5)
Всего	11	69	80

Таблица 2. Сочетанные заболевания у пациентов с люмбалгией и люмбоишалгией, n (%)

Заболевание	Число пациентов (n=80)
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желудка или другие заболевания ЖКТ в анамнезе	38 (47,5)
АГ	27 (33,75)
Тревожно-депрессивные расстройства	15 (18,75)
СД	6 (7,5)
Узловой зоб, эутиреоз	2 (2,5)
Другие заболевания в стадии ремиссии	16 (20)

Примечание. АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет.

Для уменьшения боли пациенты получали НПВП – целекоксиб (Дилакса) 200 мг 2 раза в день. Пациентов наблюдали ежедневно, препарат отменяли, если боль прошла или существенно регрессировала (на $\geq 30\%$ по ВАШ). В качестве дополнительной терапии 64 пациентам назначали миорелаксанты, 13 – антидепрессанты. 38 пациентов имели заболевания ЖКТ, у 17 из них с высоким риском желудочно-кишечных осложнений с профилактической целью использовали ингибитор протонной помпы.

Расчеты проводили с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 23. При статистическом анализе применяли методы: парный двухвыборочный t-тест,

корреляционный анализ, тест Манна–Уитни, тест Краскела–Уоллиса. Данные для непрерывных переменных были представлены в виде $M \pm \delta$, где M – среднее арифметическое, а δ – среднее квадратичное отклонение. Для описания категориальных переменных использовали частоты. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Преобладали пациенты с подострой люмбалгией и люмбоишалгией (рис. 1).

Причины люмбалгии и люмбоишалгии представлены в табл. 1.

По данным анамнеза и медицинской документации, до госпитализации пациенты не были информированы о доброкачественном характере заболевания, необходимости двигательной активности. Многие пациенты (64 из 80) до начала настоящего лечения принимали НПВП (диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, нимесулид и др.), при этом у большинства из них (у 61 из 64) не наблюдалось значительного эффекта.

У части пациентов (преимущественно пожилого возраста) имелись сочетанные хронические заболевания, характеристика которых представлена в табл. 2.

В результате проведенного лечения у всех пациентов уменьшилась или полностью прошла боль в спине, повседневная активность в значительной степени вернулась к исходному уровню (наблюдавшемуся до развития болевого синдрома; рис. 2, 3). Существенное ослабление боли ($\geq 30\%$) наблюдалось через 7 дней более чем у половины (58%) и через 14 дней у большинства (86%) пациентов.

Длительность лечения у пациентов с люмбалгией и люмбоишалгией колебалась от 7 до 14 дней (в среднем $11,0 \pm 2,4$ дня). Имеющаяся у части пациентов боль в спине к моменту окончания лечения существенно не ограничивала их повседневную активность. Все работающие пациенты смогли продолжить профессиональную деятельность, длительность пребывания на больничном листе у них была кратковременной (менее 15 дней).

Эффективность лечения по общему клиническому впечатлению врача была следующей: в целом у 98% пациентов отмечалось улучшение, в том числе у половины (49%) – значительное улучшение (рис. 4).

Обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что острая и подострая люмбалгия и люмбоишалгия часто были вызваны поражением КПС и ФС, что согласуется с данными других авторов [4, 7]. Грыжи межпозвоночных дисков с развитием компрессии спинномозгового корешка и без нее встречались реже, чем поражение суставов, а дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника по типу остеохондроза служили фоном, но не причиной люмбалгии и люмбоишалгии. У большинства пациентов с

люмбоишалгией при МРТ были обнаружены грыжи дисков, поэтому их состояние ошибочно расценивалось как дискогенная радикулопатия. Однако при обследовании в стационаре было установлено, что в большинстве случаев люмбоишалгия вызвана поражением КПС и ФС, которое по клиническим проявлениям (распространение боли в ногу) напоминает дискогенную радикулопатию. При поражении КПС и ФС, в отличие от дискогенной радикулопатии, нет признаков вовлечения спинномозгового корешка (утрата чувствительности, выпадение рефлекса, слабость мышц, симптомы натяжения), выявляются характерные изменения при мануальном и ортопедическом обследовании, положительна диагностическая проба с введением анестетика [6, 7]. В нашем исследовании не было пациентов с чисто миофасциальной болью, которая продолжает рассматриваться как одна из частых причин люмбалгии [23], что может быть связано с относительно небольшим числом пациентов с люмбалгией.

Большое значение имеет информирование пациентов с острой люмбалгией, люмбоишалгией о доброкачественном характере и благоприятном прогнозе заболевания, целесообразности сохранения двигательной активности [9–18]. До поступления в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова пациенты не получали такой информации. У большинства пациентов с люмбоишалгией выявленные при МРТ грыжи расценивались как дискогенная радикулопатия, при этом части пациентов рекомендовалось хирургическое лечение, что негативно влияло на их представление о прогнозе заболевания. МРТ позвоночника не рекомендуется проводить в первые 4 нед острой люмбалгии или люмбоишалгии, если нет симптомов опасности, поскольку ее применение приводит к чрезмерной диагностике патологических измененных структур позвоночного столба [6, 7]. Важно отметить, что и у лиц, не имеющих боли в нижней части спины, часто (81,4%) обнаруживаются грыжи дисков [24]. Выявление у пациентов поражения КПС и ФС позволяет, с одной стороны, уменьшить у них опасения в отношении последствий грыжи диска и необходимости хирургического лечения, с другой – подтверждает целесообразность применения НПВП для уменьшения боли и воспалительных изменений.

Результаты настоящего исследования показали высокую эффективность цефекоксиба (Дилакса) при подострой люмбоишалгии и люмбалгии, а также информирования пациентов, назначения лечебной гимнастики, лечебных блокад в случаях поражения КПС и ФС, что возможно в стационарных условиях. В настоящее время при неспецифической люмбалгии и люмбоишалгии доказана эффективность НПВП, а эффективность лечебных блокад КПС и ФС остается дискуссионной [16]. Одни эксперты рекомендуют применение лечебных блокад ФС и КПС [13], другие – нет [11, 14]. На наш взгляд, лечебные блокады КПС и ФС улучшают функциональную активность пациента, облегчают занятия лечебной гимнастикой и оказывают позитивное психологическое влияние, особенно в тех случаях, когда у пациента были обнаружены грыжи дисков и обсуждалось хирургическое лечение. Следует отметить, что лечебная гимнастика дает положительный результат, но следует исключить упражнения, которые могут спровоцировать усиление боли (значительные сгибания, разгибания и вращение); выполнение физических упражнений и постепенное

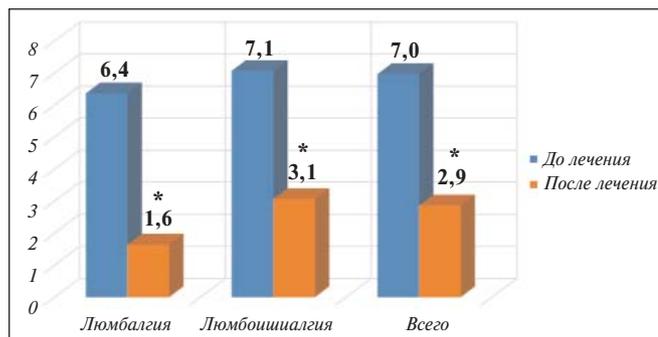


Рис. 2. Интенсивность боли (по ВАШ) в начале и в конце наблюдения у пациентов с люмбалгией и люмбоишалгией. Здесь и на рис. 3: * – $p < 0,001$

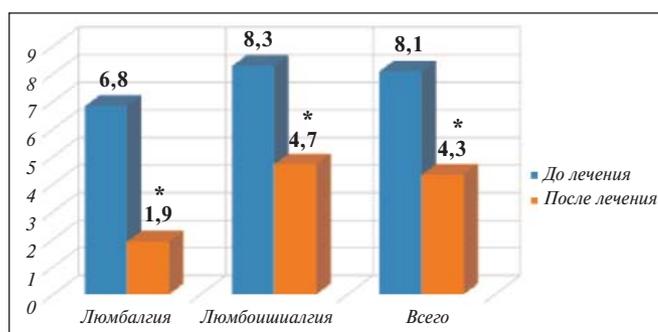


Рис. 3. Снижение инвалидизации (по ШРМ) в начале и в конце наблюдения у пациентов с люмбалгией и люмбоишалгией

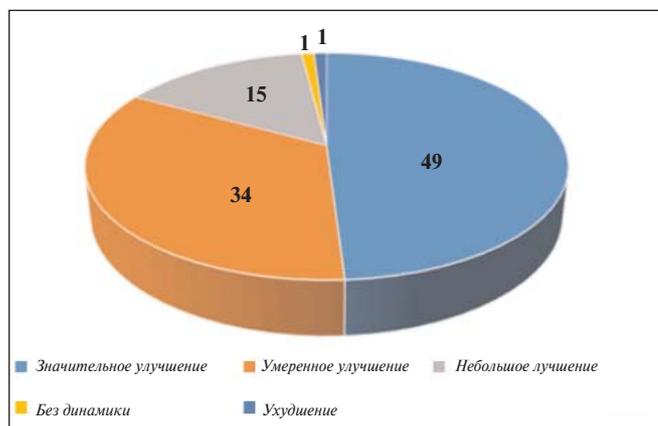


Рис. 4. Изменение состояния пациентов (в %) с люмбалгией и люмбоишалгией в результате лечения (по общему впечатлению врача)

увеличение длительности пеших прогулок снижают вероятность хронизации болевого синдрома [25, 26].

В ходе исследования показана высокая эффективность терапии НПВП в отношении снятия боли и уменьшения связанной с ней инвалидизации при неспецифической люмбалгии и люмбоишалгии, что согласуется с мнением экспертов [9–22]. В соответствии с принципами персонализированной медицины у пациентов были выявлены сочетанные заболевания, проводилось их адекватное лечение на фоне приема цефекоксиба (Дилакса). В частности, согласно клиническим рекомендациям «Рациональное ис-

пользование НПВП» (2018) [18], пациенты с высоким риском осложнений со стороны ЖКТ принимали в комбинации с препаратом Дилакса ингибитор протонной помпы. При существенном снижении интенсивности боли НПВП отменяли, поэтому курс такой терапии не был длительным (1–2 нед), что снижало риск осложнений. Во всех случаях сердечно-сосудистых заболеваний проводился контроль артериального давления, пациентов предупреждали о необходимости регулярного приема антигипертензивных и других средств в комбинации с НПВП. При наличии депрессивных и (или) тревожных расстройств назначалась соответствующая терапия.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой эффективности целекоксиба (Дилакса) при острой и подострой люмбагии и люмбоишиалгии, а также о его высокой безопасности: у пациентов отсутствовали нежелательные явления, что согласуется с результатами ранее проведенного исследования эффективности и безопасности целекоксиба при неспецифической боли в спине [27]. Значи-

тельная часть пациентов, включенных в исследование, имели заболевания ЖКТ, что повышало вероятность развития нежелательных явлений при лечении неселективными НПВП. Поэтому мы использовали селективный ингибитор ЦОГ2 целекоксиб (Дилакса), который российскими экспертами рекомендуется в качестве препарата выбора среди НПВП для лечения скелетно-мышечной боли у пациентов с риском развития осложнений со стороны ЖКТ [22].

Заключение. Таким образом, в настоящем исследовании отмечена значительная частота поражения КПС и ФС как причины люмбагии и люмбоишиалгии. Показана эффективность у пациентов с острой и подострой люмбагией и люмбоишиалгией комплексной терапии, включающей НПВП, информирование (образовательная беседа) о благоприятном прогнозе заболевания, лечебную гимнастику и применение лечебных блокад в случаях поражения КПС и ФС. Отмечены высокая эффективность и безопасность препарата Дилакса (целекоксиб) при острой и подострой люмбоишиалгии и люмбагии.

ЛИТЕРАТУРА

- Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jun;73(6):968-74. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428. Epub 2014 Mar 24.
- 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.
- Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust.* 2017 Apr 3; 206(6):268-273.
- Bogduk N. On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. *Pain.* 2009 Dec 15;147(1-3):17-9. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.020. Epub 2009 Sep 16.
- Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боли в поясничной области. Москва; 2018. 200 с. [Parfenov VA, Isaikin AI. *Boли v poyasnichnoy oblasti* [Pain in the lumbar region]. Moscow; 2018. 200 p.]
- Chou R. In the clinic. Low back pain. *Ann Intern Med.* 2014 Jun 3;160(11):ITC6-1.
- Urits I, Burshtein A, Sharma M, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2019 Mar 11;23(3):23. doi: 10.1007/s11916-019-0757-1.
- Heuch I, Foss IS. Acute low back usually resolves quickly but persistent low back pain often persists. *J Physiother.* 2013 Jun;59(2):127. doi: 10.1016/S1836-9553(13)70166-8.
- Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006 Mar;15 Suppl 2:S169-91.
- 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.
- 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
- 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.
- Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017.
- Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, et al. Non-specific low back pain. *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Dec 25;114(51-52):883-890. doi: 10.3238/arztebl.2017.0883.
- Stochkendahl M J, 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.
- 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):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2. Epub 2018 Jul 3.
- 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.
- Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль: рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2018;10(2):4-11. [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Acute non-specific (musculoskeletal) low back pain: Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2018;10(2):4-11. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11
- 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.
- Wong JJ, Cote P, Ameis A, et al. A. 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.
- Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD000396. doi: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.
- 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 revma-*

tologiya = Rheumatology Science and Practice. 2016;54(3):247-65. (In Russ.]. doi: 10.14412/1995-4484-2016-247-265

23. Donnelly JM, Fernandez-de-Las-Penas C, Finnegan M, Freeman JL. Travell, Simons & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction. Third Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2018.

24. Kim S, Lee T, Lim S. Prevalence of Disc Degeneration in Asymptomatic Korean Subjects. Part 1: Lumbar Spine. *J Korean Neurosurg Soc*. 2013 Jan;53(1):31-8.

doi: 10.3340/jkns.2013.53.1.31.

Epub 2013 Jan 31.

25. 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.

26. 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*. 2019 Mar;41(6):622-632. doi: 10.1080/09638288.2017.1410730. Epub 2017 Dec 5.

27. Bedaiwi MK, Sari I, Wallis D, et al. Clinical Efficacy of Celecoxib Compared to Acetaminophen in Chronic Nonspecific Low Back Pain: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Jun;68(6):845-52. doi: 10.1002/acr.22753.

Поступила 25.08.2019

Публикация статьи поддержана ООО «КРКА ФАРМА». 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.