

Боль в спине: наиболее частые ошибки диагностики и терапии

Е.С. Филатова¹, А.Е. Каратеев¹, д.м.н. Е.Г. Филатова²

¹ ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

РЕЗЮМЕ

В статье обсуждаются некоторые врачебные ошибки в виде необоснованно частого назначения нейровизуализации пациентам с неспецифической болью в спине, плохого знания клинических признаков воспалительной боли и особенностей болевого синдрома при коксартрите, что приводит к назначению неверного, а зачастую дорогостоящего и небезопасного лечения. При планировании подходов к лечению острой и подострой боли в спине внимание следует акцентировать на необходимости избегать постельного режима и сохранять посильную активность, учитывать нежелательные явления при выборе обезболивающего средства в соответствии с наличием коморбидных заболеваний у пациента, использовать один препарат при необходимости в виде ступенчатой терапии. Подробно изложены результаты клинических исследований теноксикама, показаны его фармакологические свойства, преимущества и терапевтические возможности.

Ключевые слова: боль в спине, ошибки, коксартрит, радикулопатия, теноксикам, Тексаред.

Для цитирования: Филатова Е.С., Каратеев А.Е., Филатова Е.Г. Боль в спине: наиболее частые ошибки диагностики и терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 11. С. 3–8.

ABSTRACT

Back pain: the most common errors in diagnosis and therapy

E.S. Filatova¹, A.E. Karateev¹, E.G. Filatova²

¹ Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow

² Sechenov University, Moscow

The article discusses some medical errors in the form of unreasonably frequent prescription of neuroimaging for patients with nonspecific back pain, poor knowledge of the clinical signs of inflammatory pain, and characteristics of pain in coxarthrosis, which leads to the prescription of incorrect and often expensive and unsafe treatment. When planning approaches to the treatment of acute and sub-acute back pain, attention should be focused on the need to avoid bed rest and maintain reasonable activity, take into account adverse effects when choosing an anesthetic in accordance with the presence of comorbid diseases in the patient, use one drug if necessary in the form of sequential therapy. The results of clinical studies of tenoxicam are described in detail, its pharmacological properties, benefits and therapeutic possibilities are shown.

Key words: back pain, errors, coxarthrosis, radiculopathy, tenoxicam, Texared.

For citation: Filatova E.S., Karateev A.E., Filatova E.G. Back pain: the most common errors in diagnosis and therapy // RMJ. Medical Review. 2018. № 11. P. 3–8.

ВВЕДЕНИЕ

Боль в нижней части спины (БНЧС) является самой частой причиной обращения к врачу. Согласно исследованию глобального бремени болезней в 188 странах мира, результаты которого были опубликованы в 2015 г., по показателю DALYs (disability-adjusted life years) — числу лет жизни, потерянных из-за болезни, боль в спине занимает первое место среди самых распространенных заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, бронхолегочные инфекции, цереброваскулярные заболевания и дорожные травмы [1].

БНЧС чаще всего возникает в возрасте от 20 до 50 лет, при этом наиболее выраженная боль наблюдается в возрасте 50–64 года. Согласно эпидемиологическим данным, от боли в спине страдают 24% мужчин и 32% женщин [2]. У 10–20% пациентов острая боль превращается в хроническую. Таким образом, около трети взрослого населения испытывают БНЧС, что делает эту проблему чрезвычайно актуальной.

БНЧС является одной из наиболее частых причин нетрудоспособности, ведет к значительному снижению качества жизни, с этим заболеванием также связаны колоссальные затраты, как прямые, так и непрямые. В США подсчитали, что прямые медицинские расходы на одного пациента с БНЧС в течение года составляют 8 тыс. долл., а непрямые колеблются от 7 тыс. до 25 тыс. долл. на одного работающего в зависимости от длительности болевого синдрома [3, 4].

Несмотря на актуальность проблемы, природа боли в спине остается малоизученной, методов лечения, имеющих серьезную доказательную базу, недостаточно, и врач испытывает значительные объективные и субъективные трудности

при диагностике причин боли, назначении эффективных методов лечения и зачастую совершает ряд типичных ошибок, некоторые из которых мы попытаемся обсудить.

Диагностика боли в нижней части спины

В настоящее время все многочисленные причины БНЧС объединяют в три основные группы («диагностическая триада»):

- неспецифические скелетно-мышечные (85%);
- специфические, связанные с серьезной патологией (опухоли, травмы, инфекции и др.);
- вызванные компрессионной радикулопатией (3%) или стенозом позвоночного канала (4%) [5].

Отнесение пациента к одной из перечисленных категорий позволяет определить правильную и наиболее эффективную тактику. Приоритет в диагностике имеют тщательно собранный анамнез и клиническое неврологическое обследование пациента: локализация, частота и продолжительность боли, факторы, ее облегчающие и усиливающие, продолжительность боли, сведения о предыдущих обострениях, проводившейся терапии и ее эффективности. Важно также собрать сведения о сопутствующих соматических заболеваниях и проанализировать их возможную роль в возникновении болевого синдрома. При неврологическом осмотре необходимо обращать внимание на наличие неврологической симптоматики и ее прогрессирование, а также на тазовые нарушения (острая задержка мочеиспускания отмечается в 90% случаев при поражении конского хвоста, при отсутствии синдрома конского хвоста нарушения мочеиспускания вероятны в 1 из 10 тыс. случаев) [5].

Чаще всего (в 85% случаев) в рутинной клинической практике врач имеет дело с неспецифической скелетно-мышечной болью. Самыми распространенными причинами неспецифической БНЧС являются мышечно-тонический и миофасциальный синдромы, патология межпозвоковых дисков без компрессии нервных структур, спондилоартроз (фасет-синдром), дисфункция крестцово-подвздошного сочленения. Миотонический и миофасциальный болевые синдромы могут выступать как самостоятельно, так и возникать на фоне дегенеративного процесса в позвоночнике.

На первом этапе диагностики необходимо исключить специфические боли в спине. Несмотря на то, что такие боли встречаются редко, настороженность в этом отношении должна быть при каждом осмотре, т. к. в качестве причины могут выступать тяжелые, инвалидизирующие, а нередко фатальные заболевания. Для этого разработана система «красных флагов» (табл. 1).

При выявлении вышеуказанных симптомов необходимо проводить дополнительную диагностику, включающую МРТ, рентгеновскую денситометрию, лабораторные тесты, ЭМГ и др. Целью диагностического поиска является исключение или подтверждение специфической природы заболевания.

ОШИБКА: ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА, ВЕДУЩАЯ К ВЫРАЖЕННОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Анкилозирующий спондилит (АС), или болезнь Бехтерева, относят к наиболее трудно диагностируемым причинам специфической воспалительной боли в спине (1–5%). Согласно статистике, правильный диагноз, а значит, и тера-

пию пациент с АС получает в среднем через 7–10 лет после дебюта заболевания. Это связано как с медленным развитием определенных рентгенографических изменений (сacroилеита), которые появляются через несколько лет непрерывного или рецидивирующего воспаления в илео-сакральной области, так и с низким уровнем осведомленности врачей об особенностях клинических проявлений и подходах к диагностике этого заболевания. Раннее начало лечения АС замедляет течение заболевания и играет решающую роль в сохранении дееспособности и поддержании хорошего качества жизни [6].

Согласно критериям Международного общества по изучению спондилоартритов 2009 г. (The Assessment of SpondyloArthritis international Society, ASAS, 2009) [7], воспалительная боль в нижней части спины (ВБНЧС) — это хроническая боль (длящаяся более 3 мес.), имеющая следующие характеристики:

- возраст начала — до 40 лет;
- постепенное начало;
- ночная боль (во второй половине ночи);
- уменьшение боли после физических упражнений;
- отсутствие улучшения на фоне отдыха.

Боль считается воспалительной при наличии 4 из 5 признаков. Кроме того, для ВБНЧС характерны наличие перемежающейся боли в ягодицах, утренняя скованность более 30 мин и хороший ответ на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Лабораторная диагностика при ВБНЧС выявляет изменения в виде повышения СОЭ и С-реактивного белка, а по данным рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) — признаков сacroилеита, отмечается также наличие генетического маркера HLA-B27 у 90% больных.

ОШИБКА: НЕДООЦЕНКА РОЛИ КОКСАРТРИТА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БНЧС

На начальных стадиях заболевания коксартрит (остеоартрит (ОА) тазобедренного сустава) протекает практически бессимптомно. На протяжении нескольких лет больной может замечать разве что некоторую скованность после пробуждения. При прогрессировании заболевания

Таблица 1. «Красные флаги» при БНЧС

Возраст	моложе 18 лет и старше 50 лет
Анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • наличие недавней травмы спины; • наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); • длительное использование кортикостероидов; • наркомания, ВИЧ-инфекция, иммунодефицитное состояние; • плохое самочувствие; • необъяснимая потеря веса
Характер и локализация боли	<ul style="list-style-type: none"> • постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое (немеханическая боль); • боль в грудной клетке; • необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, влагалище; • связь болей с дефекацией, мочеиспусканием, половым сношением
Обследование	<ul style="list-style-type: none"> • лихорадка, симптомы интоксикации; • структурная деформация позвоночника; • неврологические симптомы, указывающие на поражение корешка или спинного мозга

появляется боль в области паха при движении, возможно ее распространение на бедро, в область ягодицы, колена и голени, что и приводит к диагностическим ошибкам.

Для клинической диагностики коксартроза характерны следующие симптомы: постепенное начало, чаще после 40 лет; указание на незначительную травму сустава (необязательно); «стартовая боль» при попытке встать со стула или кровати и/или в начале ходьбы; отсутствие чувствительных и других неврологических нарушений; позитивные тесты на подвижность в тазобедренном суставе (болезненность при внутренней ротации, отведении и приведении ноги). В далеко зашедших случаях заметны укорочение ноги, сколиоз, атрофия мышц бедра, изменение походки. Для подтверждения диагноза используют рентген или КТ тазобедренного сустава.

ОШИБКА: ДИАГНОСТИКА РАДИКУЛОПАТИИ ИЛИ СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

Наличие грыжи или стеноза позвоночного канала часто встречается в клинической практике, более того, изменение при нейровизуализации могут оказаться бессимптомными [8, 9]. Кроме того, не отмечено также четкой связи между степенью протрузии диска и клиническими проявлениями [10]. Ведущее значение имеет неврологическое обследование с анализом мышечной силы, рефлексов, чувствительных нарушений в соответствии с топографией соответствующего корешка.

Клиническими признаками радикулярной боли являются:

- острое начало болевого синдрома, часто в результате резкого неподготовленного движения, подъема тяжести или падения;
- боль односторонняя, распространяется от поясничной области или ягодицы по ноге до стопы («длинная боль»);
- боль в ноге больше выражена, чем в спине;
- интенсивность боли высокая: 7 и более баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ);
- характер боли — нейропатический: прострелы, жжение, покалывание, аллодиния и др.;
- симптомы выпадения функций корешка: гипестезия, слабость и гипотрофия в индикаторных мышцах, выпадение рефлексов;
- симптомы натяжения корешка: позитивный прямой тест Ласега (чувствительность — 90%, специфичность — 26%), позитивный перекрестный тест Ласега (чувствительность — 29%, специфичность — 88%).

Основными клиническими проявлениями спинального стеноза являются «нейрогенная хромота» или «нейрогенная клаудикация»: боль в ногах, онемение, парестезии после стояния/ходьбы (дистанция прохождения переменна); облегчение болевого синдрома при наклоне туловища вперед или сидении; ограничение разгибания позвоночника и согбенное положение тела в вертикальном положении; возможны чувствительные и рефлекторные нарушения.

Диагноз радикулопатии или стеноза позвоночного канала является прежде всего клиническим, результаты КТ или МРТ несут исключительно подтверждающее значение. При рассмотрении межпозвонковой грыжи как причины радикулопатии необходимо помнить, что грыжа в теле позвонка (грыжа Шморля) не является причиной боли, медиальная грыжа также не сопровождается болью; бессимптомные протрузии у пациентов в возрасте 25–60 лет

наблюдаются в 35% случаев, старше 60 лет — в 100% [10]. Латеральные грыжи среднего и большого размера могут быть причиной радикулопатии вследствие компрессии корешка или его сосудов.

Причинами стеноза позвоночного канала могут быть протрузии, грыжи дисков, гипертрофия фасеточных суставов, остеофиты, дегенеративный спондилолистез (обычно L4/5 или L5/S1), чаще всего сочетание нескольких факторов. Сужение центрального позвоночного канала до 12 мм является относительным и может не иметь клинического значения, стеноз 10 мм и меньше — абсолютный, как правило, подтверждается неврологической симптоматикой.

ОШИБКА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ И ДРУГИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЯХ В СПИНЕ

Использование нейровизуализации при неспецифических БНЧС не улучшает результаты терапии пациентов, а наоборот, может иметь ряд негативных последствий.

На МРТ или КТ нередко выявляются изменения, не коррелирующие с клинической картиной болезни и неврологической симптоматикой, определяемой при осмотре. Эти изменения могут мотивировать к проведению дополнительных, зачастую дорогостоящих обследований, а в отдельных случаях — к хирургическим вмешательствам или применению других инвазивных методов.

Негативным психологическим последствием нейровизуализационных находок является их ятрогенное влияние на пациента — убеждение его в наличии тяжелого инвалидизирующего заболевания. Ятрогения, пессимистическое отношение к заболеванию, неверие в благоприятный исход, катастрофизация наряду с другими биопсихосоциальными факторами способствуют хронизации болевого синдрома.

В этом случае врачу очень сложно доказать пациенту безопасность выявленных находок, предостеречь от поиска радикальных, в т. ч. хирургических методов лечения, и возникновения тревожных и тревожно-депрессивных нарушений, также способствующих хронизации боли.

Нужно также помнить о последствиях рентгеновского излучения, особенно у молодых женщин: лучевая доза, которую получают клетки яичников при проведении рентгенографии или КТ пояснично-крестцовой области в двух проекциях, достаточно высока и может оказывать влияние на фертильность и иметь другие негативные последствия.

Лечение неспецифической боли в спине

В 2014 г. опубликованы методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы по диагностике и лечению неспецифической боли в спине [11]. При острой БНЧС диагностические мероприятия предлагается ограничить опросом и физикальным исследованием. Применение инструментальных методов — рентгенографии и МРТ в отсутствие так называемых «красных флагов» (признаков угрожающего жизни заболевания) в подавляющем большинстве случаев не требуется.

ОШИБКА: СОБЛЮДЕНИЕ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА, СНИЖАЮЩЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ И СПОСОБСТВУЮЩЕГО ХРОНИЗАЦИИ БОЛИ

В качестве первого шага для терапии БНЧС предлагается успокоить пациента и рекомендовать по возможности сохранять обычную физическую активность. Если пациент

нуждается в покое для уменьшения боли, необходимо мотивировать его как можно раньше возвращаться к активному образу жизни. Важно учитывать возраст, общее физическое состояние пациента, а также избегать нагрузочных упражнений [5].

ОШИБКА: ПОИСК НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО НПВП ИЛИ НАЗНАЧЕНИЕ ОДНОВРЕМЕННО ДВУХ НПВП ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ

«Золотым стандартом» в лечении БНЧС является использование НПВП, а также миорелаксантов в качестве дополнения. НПВП представлены обширным списком препаратов: 26 международных непатентованных названий и более 1 тыс. торговых названий. Масштаб применения НПВП можно оценить по уровню продаж — за 2013 г. в нашей стране было реализовано 103 777 084 упаковки этих препаратов [12]. Очевидно, что практикующий врач испытывает большие сложности при выборе НПВП для конкретного больного.

При выборе наиболее эффективного НПВП при БНЧС следует помнить, что результаты метаанализа 65 РКИ, в которых участвовало более 11 тыс. пациентов, показали отсутствие различий их эффективности, включая сравнение неселективных и селективных ингибиторов циклооксигеназы (ЦОГ) [13, 14]. Поэтому важнейшим критерием выбора НПВП является его безопасность, обусловленная механизмом действия препарата и основанная на оценке степени риска, исходя из состояния ЖКТ и сердечно-сосудистой системы пациента.

При назначении пациенту одновременно двух препаратов (например, одного — парентерально, другого — в таблетке) происходит прежде всего увеличение вероятности развития нежелательных явлений (НЯ), а не усиление противоболового воздействия. Рекомендуют ступенчатую терапию: при острой сильной боли назначение препарата на 3–5 дней парентерально с целью более быстрого обезболивания, затем того же средства в таблетированной форме, затем — в виде мази или геля для продолжения терапии [11].

Однако в реальной клинической практике результат применения лекарства может быть различным и зависит от характера заболевания, индивидуальной чувствительности пациента и наличия коморбидной патологии. Важную роль играют фармакологические особенности препарата, определяющие быстроту действия, стойкость эффекта и риск развития НЯ [15].

Видное место среди НПВП занимают оксикамы. Действие оксикамов, так же как и остальных НПВП, заключается в блокаде фермента ЦОГ. Особенностью подгруппы является то, что они связываются с активной зоной ферментативного канала ЦОГ, образуя множественные гидрофобные связи и единственную непосредственную водородную связь между 4-гидроксильной группой молекулы препарата и аминокислотой Ser-530 ЦОГ. Фиксация двух молекул H₂O в активной зоне фермента обеспечивает дополнительные полярные связи между действующим веществом и структурами ЦОГ в каталитической вершине и области строения ферментативного канала. Связь боковой цепи оксикама с аминокислотой Leu-531 ЦОГ формирует особую пространственную конформацию комплекса и появление гидрофобного «кармана», представленного 8 аминокислотными остатками фермента: Met-113, Val-116, Leu-117, Ile-345, Val-349, Leu-531, Leu-534 и Met-535.

Именно образование «кармана» определяет большую селективность в отношении ЦОГ-2 и более длительный противовоспалительный эффект этих препаратов [16]. Кроме того, оксикамы влияют не только на активность ЦОГ-2, но и на матриксную ПГЕ2-синтазу (м-ПГЕ2С) — фермент, благодаря которому происходит конечный синтез основного медиатора воспаления — ПГЕ2.

Теноксикам давно и широко используется во многих странах мира [17]. Препарат является неселективным ингибитором ЦОГ-2. Соотношение ингибирующих концентраций ЦОГ-2/ЦОГ-1 для него составляет 1,34 (к примеру, для индометацина — более 10) [18]. Это свидетельствует об относительно более выраженной блокаде ЦОГ-2 и наличии менее выраженных побочных эффектов, связанных с блокадой ЦОГ-1.

Теноксикам обладает устойчивой стабильной фармакодинамикой. Он практически полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — его биодоступность составляет 99%. Он обнаруживается в крови уже через 30 мин после перорального приема. Достаточно быстро — в среднем через 2 ч (1,0–5,0 ч) после приема 20 мг теноксикама достигается пиковая концентрация препарата в плазме — 2,7 мг/л (2,3–3,0 мг/л). Теноксикам практически полностью связывается белками плазмы (на 99%), при этом за счет низкой липофильности и высокой ионизации его проникновение в ткани происходит плавно и постепенно: пиковая концентрация в синовиальной жидкости составляет 1/3 от содержания в плазме и достигается примерно через 20 ч. Препарат метаболизируется в печени с образованием 5'-гидрокси- и 6-О-глюкуронированной формы, которые выводятся с мочой и желчью. Особенности теноксикама являются линейная фармакодинамика (отмечается при использовании в дозах от 10 до 100 мг) и весьма медленная элиминация. Время полужизни этого лекарства составляет в среднем 70 ч (49–81 ч) [17]. В связи с перечисленными свойствами препарат не только относительно безопасен, но и удобен для лечения хронической боли. Препарат выпускают в виде раствора для инъекций в мышцу, внутривенного введения, в составе ректальных суппозиторий или таблеток для перорального приема; его можно использовать для ступенчатой терапии.

Клиническую эффективность 20 мг/сут теноксикама сравнивали с таковой пироксикама [19], пироксикама и диклофенака [20], а также кетопрофена [21]. Во всех исследованиях было показано, что анальгетическое и противовоспалительное действие теноксикама не уступало действию препаратов контроля, но суммарная частота НЯ (особенно со стороны ЖКТ) была ниже.

Эффективность, хорошая переносимость и удобство применения сделали теноксикам удачным средством для длительного лечения. Так, в работе британских исследователей С.С. Langdon et al. теноксикам был назначен 2963 больным с ОА и ревматоидным артритом на срок 12 нед. При этом около 60% пациентов продолжили использовать теноксикам более 3 мес., а 31% продлили его прием до 1 года [22].

При острой боли в спине длительность терапии НПВП в среднем составляет 7–14 дней, при сохранении боли может быть увеличена до 3 нед., в отдельных случаях — до 6 нед. Использование адъювантных препаратов с синергичным противоболовым действием может сократить длительность использования НПВП, а значит,

РАБОТАЕТ ДО 24 ЧАСОВ^{1,3}

ТЕКСАРЕД

**Высокая скорость действия
и стабильный результат 24 часа^{1,2}**



- Скоростной результат — максимальная концентрация **через 15 минут**^{1,2}
- **До 24 часов** от боли и воспаления^{1,3}
- Удобство применения — **1 раз в сутки**^{4,5,6}
- **Широкий спектр показаний**^{4,5}
- Инъекционная и таблетированная формы

1. «Теносикам (тексамен) в лечении острой цервикалгии: результаты открытого сравнительного исследования» Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева. «Неврология и психиатрия» №4, 2014.
2. SPC Tenoxicam 20 mg lyophilisate for solution for injection. <http://www.mhra.gov.uk> (от 28.06.18)
3. «Эффективное лечение боли: важен системный подход» А.Б.Данилов «Медицинский совет» №17,2017г
4. Инструкции по медицинскому применению препарата Тексаред лиофилизат для приготовления раствора для инъекции 20 мг №1, РУ ЛС-000295 от 23.06.17; Инструкции по медицинскому применению препарата Тексаред таблетки 20 мг №10, РУ ЛС-000294, РУ ЛС-000295 от 23.06.17
5. «Теносикам». Каратеев А.Е. «Клиническая фармакология и терапия». 26.5.2017
6. «Эффективность теносикама у больных с анкилозирующим спондилитом» И.З.Гайдукова, А.В.Апаркина, Э.В.Хондкарян, А.П.Ребров. «Неврология и психиатрия» №2,2018

и вероятность возникновения НЯ. В качестве адъювантных средств при острой боли используют НПВП местно, миорелаксанты (tizанидин, толперизон) [11].

При хронической БНЧС эксперты не рекомендуют применять физиотерапевтические методы, многие из которых имеют очень слабую доказательную базу. Согласно рекомендациям, в таких случаях показаны короткие курсы фармакотерапии и манипуляций, физические упражнения и когнитивная поведенческая терапия. В качестве адъювантной терапии наряду с НПВП целесообразно использование антидепрессантов, у ряда пациентов — антиконвульсантов. При отсутствии значимого улучшения после использования этих методов следует перейти к мультидисциплинарной терапии с привлечением специалистов по лечению хронической боли [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей статье обсуждены лишь некоторые из многочисленных ошибок, которые совершают врачи в повседневной практике. С целью их предотвращения необходимо соблюдать три основных правила: 1) приоритет в диагностике имеют тщательно собранный анамнез и клиническое неврологическое обследование пациента; 2) дополнительные методы обследования назначаются строго по показаниям и имеют уточняющий, вспомогательный характер; 3) при лечении пациента фокус внимания направлен на сохранение активного образа жизни и консервативную терапию: эффективный препарат при острой и подострой боли выбирают индивидуально, учитывая механизм действия, нежелательные явления и коморбидные заболевания пациента.

Литература

- Murray C.J., Barber R.M., Foreman K.J. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition // *Lancet*. 2015. Vol. 386 (10009). P. 2145–2191. DOI: 10.1016/S0140–6736 (15) 61340-X.
- Breen A.C., Carr E., Langworthy J.E. et al. Back pain outcomes in primary care following a practice improvement intervention: a prospective cohort study // *BMC Musculoskelet Disord*. 2011. Vol. 12 (1). P. 28.
- Groe M., Sadosky A., Stacey B. et al. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns and health care cost in usual care settings // *Spine*. 2012. Vol. 37 (11). E668–E677.
- Sadosky A., Taylor-Stokes G., Lobasco S. et al. Relationship between self-reported low back pain severity and other patient-reported outcomes: result of observational study // *J Spinal Disord. Tech*. 2013. Vol. 26 (1). P. 8–14.
- Данилов А.Б. Боль в спине. В кн.: В помощь врачу общей практике. Неврология / под ред. И.Л. Голубева, А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2018. С. 110–122 [Danilov A.B. Bol' v spine. V kn.: V pomoshch' vrachu obshchey praktike. Nevrologiya / pod red. I.L. Golubeva, A.M. Veyna. M.: MEDpress-inform, 2018. S. 110–122 (in Russian)].

- Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф., Филатова Е.Г. Дифференциальная диагностика воспалительной и механической боли в спине, возможности терапии // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016. Т. 116 (6). С. 104–108 [Filatova Ye.S., Erdes Sh.F., Filatova Ye.G. Differentsial'naya diagnostika vospalitel'noy i mekhanicheskoy boli v spine, vozmozhnosti terapii // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016. T. 116 (6). S. 104–108 (in Russian)].
- Rudwaleit M., van der Heijde D., Landewe R. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2009. Vol. 68 (6). P. 777–783. DOI: 10.1136/ard.2009.108233.
- Jensen M.C., Brant-Zawadzki M.N., Obuchowski N. et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain // *N. Engl. J. Med*. 1994. Vol. 331 (2). P. 69–73.
- Powell M.C., Wilson M., Szypryt P. et al. Prevalence of lumbar disc degeneration observed by magnetic resonance in symptomless women // *Lancet*. 1986. Vol. 2 (8520). P. 1366–1367.
- Haldeman S. North American Spine Society: failure of the pathology model to predict back pain // *Spine (Phila Pa 1976)*. 1990. Vol. 15 (7). P. 718–724.
- Неспецифическая боль в нижней части спины (дифференциальная диагностика и комплексное лечение). Департамент здравоохранения г. Москвы. Методические рекомендации № 11, М., 2014. 32 с. [Nespetsificheskaya bol' v nizhney chasti spiny (differentsial'naya diagnostika i kompleksnoye lecheniye). Departament zdavookhraneniya g. Moskvyy. Metodicheskiye rekomendatsii № 11, M., 2014. 32 s. (in Russian)].
- Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М.: ИМА-Пресс, 2009. 167 с. [Karateyev A. Ye., Yakhno N.N., Lazebnik L.B. i dr. Primeniye nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov. Klinicheskiye rekomendatsii. M.: IMAPress, 2009. 167 s. (in Russian)].
- Brune K., Patrignani P. New insights into the use of currently available non-steroidal anti-inflammatory drugs // *J Pain Res*. 2015 Feb 20. Vol. 8. P. 105–118. DOI: 10.2147/JPR. S75160. eCollection 2015.
- Conaghan P.G. A turbulent decade for NSAIDs: update on current concepts of classification, epidemiology, comparative efficacy, and toxicity // *Rheumatol Int*. 2012 Jun. Vol. 32 (6). P. 1491–1502. DOI: 10.1007/s00296–011–2263–6.
- Hunter T.S., Robison C., Gerbino P.P. Emerging evidence in NSAID pharmacology: important considerations for product selection // *Am J Manag Care*. 2015 Apr. Vol. 21 (7 Suppl.). P. 139–147.
- Xu S., Rouzer C.A., Marnett L.J. Oxycams, a class of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and beyond // *IUBMB Life*. 2014 Dec. Vol. 66 (12). P. 803–811. DOI: 10.1002/iub.1334.
- Lora M., Morisset S., Ménard H.A. et al. Expression of recombinant human cyclooxygenase isoenzymes in transfected COS-7 cells in vitro and inhibition by tenoxicam, indomethacin and aspirin // *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 1997 May. Vol. 56 (5). P. 361–367.
- Nilsen O.G. Clinical pharmacokinetics of tenoxicam // *Clin Pharmacokinet*. 1994. Vol. 26 (1). P. 16–43.
- Simpson J., Golding D.N., Freeman A.M. et al. A large multicentre, parallel group, double-blind study comparing tenoxicam and piroxicam in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis // *Br J Clin Pract*. 1989. Vol. 43 (9). P. 328–333.
- Moser U., Waldburger H., Schwarz H.A., Gobelet C.A. A double-blind randomised multicentre study with tenoxicam, piroxicam and diclofenac sodium retard in the treatment of ambulatory patients with osteoarthritis and extra-articular rheumatism // *Scand J Rheumatol Suppl*. 1989. Vol. 80. P. 71–80.
- Ejstrup L., Knudsen J.V., Petersen L. A randomised double-blind multicentre trial comparing tenoxicam and ketoprofen in osteoarthritis // *Scand J Rheumatol Suppl*. 1989. Vol. 80. P. 48–53.
- Langdon C.G., Moran D.G., Jamieson V. et al. A multicentre study of tenoxicam for the treatment of osteo-arthritis and rheumatoid arthritis in general practice // *J Int Med Res*. 1990. Vol. 18 (6). P. 489–496.