

# Ошибки и оптимизация ведения пациентов с хронической люмбалгией: обсуждение на основе клинического наблюдения

**А.Х. Мухаметзянова**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0827-9427>, [albimukhametzyanova@yandex.ru](mailto:albimukhametzyanova@yandex.ru)

**В.А. Парфенов**, <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>, [vladimirparfenov@mail.ru](mailto:vladimirparfenov@mail.ru)

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

## Резюме

Хроническая неспецифическая боль в нижней части спины (хроническая люмбалгия) – одна из наиболее частых причин нетрудоспособности взрослого населения. В настоящее время предложены эффективные методы лечения хронической неспецифической люмбалгии, которые включают образовательную программу, кинезиотерапию, психологические методы лечения, оптимизацию лекарственной терапии. Однако эти методы не часто используются в реальной клинической практике, что отражает наблюдение пациентки 52 лет, у которой в течение 6 мес. не отмечалось положительного эффекта от терапии. По данным МРТ у пациентки были выявлены грыжи дисков на уровне нижних поясничных позвонков, с которыми пациентка связывала стойкий болевой эффект. Однако при обследовании выявлены признаки поражения фасеточных суставов и крестцово-подвздошного сочленения, которые имели ведущее значение в качестве анатомической причины боли. У пациентки также были обнаружены эмоциональные нарушения, феномен катастрофизации, болевое поведение. С пациенткой была проведена образовательная беседа, подобраны лечебные упражнения, в качестве нестероидных противовоспалительных препаратов использовались днём Новема и вечером Новема Найт. Через 7 дней боли существенно уменьшились, улучшился сон, увеличилась приверженность к занятиям по лечебной гимнастике, через 1,5 мес. болевой синдром регрессировал, пациентка стала активной, как и до заболевания. Обсуждаются вопросы оптимизации ведения пациентов с хронической люмбалгией, возможности широкого внедрения комплексного подхода в клиническую практику.

**Ключевые слова:** хроническая боль в спине, лечение, нестероидные противовоспалительные препараты, мультидисциплинарный подход, кинезиотерапия

**Для цитирования:** Мухаметзянова АХ, Парфенов ВА. Ошибки и оптимизация ведения пациентов с хронической люмбалгией: обсуждение на основе клинического наблюдения. *Медицинский совет*. 2024;18(22):47–52. <https://doi.org/10.21518/ms2024-472>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Errors and optimization of management of patients with chronic lumbalgia: Discussion based on the clinical observation

**Albina Kh. Mukhametzyanova**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0827-9427>, [albimukhametzyanova@yandex.ru](mailto:albimukhametzyanova@yandex.ru)

**Vladimir A. Parfenov**, <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>, [vladimirparfenov@mail.ru](mailto:vladimirparfenov@mail.ru)

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia

## Abstract

Chronic nonspecific low back pain (chronic lumbalgia) is one of the most common causes of disability in the adult population. Currently, effective methods of treatment of chronic nonspecific lumbalgia have been proposed, which include an educational program, kinesiotherapy, psychological methods of treatment and optimization of drug therapy. However, these methods are not often used in real clinical practice, which reflects the observation of a 52-year-old patient who had no positive effect from therapy for 6 months. According to the MRI data, the patient had herniated discs at the level of the lower lumbar discs, with which the patient associated a persistent pain effect. However, the examination revealed signs of damage to the facet joints and sacroiliac joint, which were of leading importance as an anatomical cause of pain. The patient also had emotional disorders, the phenomenon of catastrophization, and painful behavior. An educational conversation was held with the patient, therapeutic exercises were selected, Novema in the afternoon and Novema Night in the evening were prescribed as a non-steroidal anti-inflammatory drug. After 7 days, the pain decreased significantly, sleep improved, adherence to therapeutic gymnastics increased, after 1.5 months the pain syndrome regressed, the patient became active as before the disease. The issues of optimizing the management of patients with chronic lumbalgia and the possibility of widespread implementation of an integrated approach in clinical practice are discussed.

**Keywords:** chronic back pain, treatment, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, multidisciplinary approach, kinesiotherapy

**For citation:** Mukhametzyanova AKh, Parfenov VA. Errors and optimization of management of patients with chronic lumbalgia: Discussion based on the clinical observation. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(22):47–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-472>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Хроническая боль в нижней части спины (ХБНЧС, хроническая люмбалгия) – одна из наиболее частых причин нетрудоспособности взрослого населения. Показатель заболеваемости у женщин в среднем составляет 9 330, у мужчин – 5 520 на 100 000 населения [1]. Примерно 60% пациентов с БНЧС сообщают о сохранении боли или рецидивах спустя год после ее возникновения [2]. У 3–10% пациентов боль в спине склонна к хронизации [3, 4]. 7% обращений к врачу общей практики приходится на БНЧС, более чем у 30% пациентов спустя год после возникновения боли в спине сохраняются клинически значимые симптомы [5].

Скелетно-мышечная (неспецифическая) боль является наиболее частой (90%) причиной хронической БНЧС [6]. Люмбалгию расценивают как скелетно-мышечную боль, если не обнаруживаются повреждение спинномозгового корешка (радикулопатия) и поясничный стеноз, а также нет специфических причин боли (перелом позвонков, опухоль, инфекционное поражение, спондилоартрит или другие заболевания) [7–9].

Многие пациенты с хронической люмбалгией длительное время не имеют эффекта от терапии, потому что не используют эффективные нелекарственные методы лечения, включающие образовательную программу, кинезиотерапию и когнитивно-поведенческую терапию. Оптимизация ведения пациентов с хронической люмбалгией с использованием современных нелекарственных методов, рациональной фармакотерапии является важной составляющей лечения [10]. Приводим клиническое наблюдение успешного ведения пациентки с хронической люмбалгией с помощью комбинации нелекарственных средств и фармакотерапии.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Г., 52 года, обратилась в июне 2024 г. в амбулаторное отделение Клиники нервных болезней (КНБ) имени А.Я. Кожевникова с жалобами на высокоинтенсивные (8 баллов по числовой рейтинговой шкале, ЧРШ) ноющие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с распространением по наружной поверхности левой ноги до середины голени, на периодическое нарушение сна. Боли усиливались при стоянии, ходьбе и уменьшались в покое.

Из анамнеза заболевания известно, что три года назад впервые отметила боли в спине и левой ноге, которые беспокоили в течение 6 мес. Настоящее обострение – с декабря 2023 г. Пациентке проводилось местное

введение анестетиков в область крестцово-подвздошного сочленения (КПС) слева – с кратковременным положительным эффектом (в течение трех дней), после чего болевой синдром возобновлялся. В анализах крови: общий анализ крови + СОЭ, С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), инфекции крови (ВИЧ, сифилис, гепатит С, гепатит В) – в пределах нормы. Общий анализ мочи (ОАМ) – в пределах референсных значений. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) пояснично-крестцового отдела позвоночника (*рисунок*) – дегенеративно-дистрофические изменения, протрузия межпозвоночного диска (м/п) на уровне L5-S1, задняя центральная с правосторонней латерализацией грыжа м/п диска на уровне L4-L5.

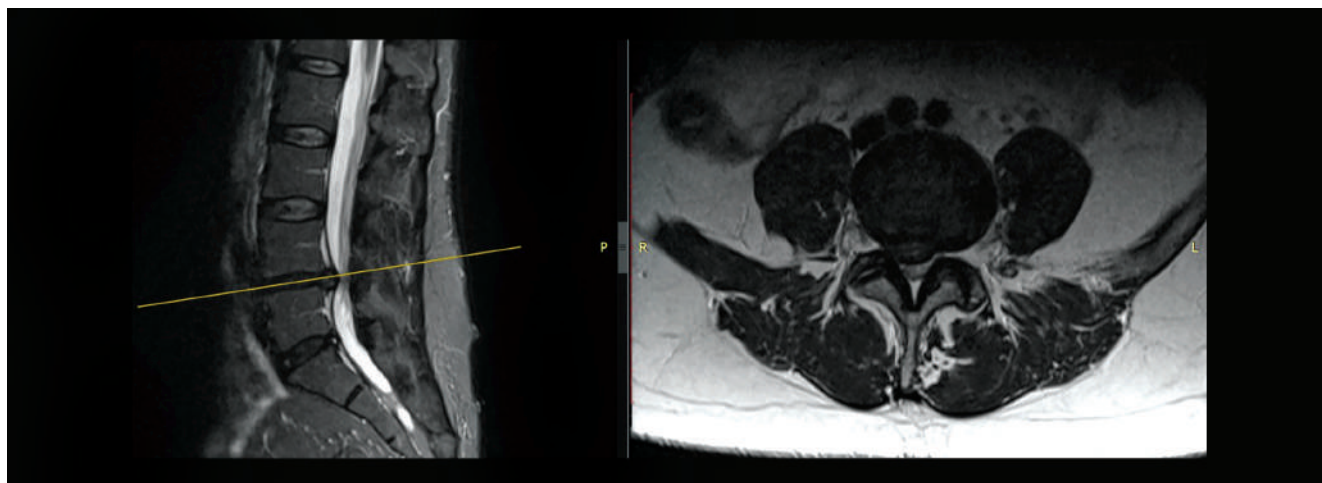
Хронические заболевания, операции, травмы отрицает.

В неврологическом статусе черепные нервы без патологии, парезов, расстройств чувствительности нет, рефлексы сохранены, патологических знаков нет. Отмечается выраженное ограничение объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации КПС слева с воспроизведением типичного паттерна боли, признаки дисфункции фасеточных суставов L4-L5, L5-S1. Симптомы натяжения нервных корешков (Ласега, Вассермана) отрицательные. Проба Бонне – Бобровниковой отрицательная с двух сторон. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – отсутствие выраженных симптомов тревоги (2 балла) и депрессии (5 баллов). Выраженная степень функциональных нарушений отмечена по индексу Освестри (44%) и опроснику Роланда – Морриса (50%). По диагностическому опроснику невропатической боли (Douleur Neuropathique en 4, DN4) – 3 балла, что указывает на отсутствие признаков невропатической боли.

На основании обследования был поставлен диагноз «хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в нижней части спины (хроническая люмбалгия)» (по МКБ-10 M.54.5 – боль внизу спины).

С пациенткой была проведена образовательная беседа о благоприятном прогнозе заболевания, отсутствии клинического значения выявленной межпозвоночной грыжи, важности систематического поддержания физической активности, проведения регулярных лечебных упражнений. Специалистом по лечебной гимнастике подобраны лечебные упражнения в течение 2 нед., затем пациентка стала проводить самостоятельные ежедневные занятия. В качестве нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) были назначены днем Новема® (напроксен 275 мг) и вечером Новема® Найт (напроксен 220 мг + дифенгидрамин 25 мг).

- **Рисунок.** МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника
- **Figure.** Lumbosacral spine MRI scan



В процессе беседы с пациенткой выявлены неправильные представления о боли в спине, катастрофизации имеющихся симптомов. Пациентка применяла неадаптивные стратегии преодоления боли: ограничила физическую активность, применяла пассивные методы лечения боли. Спустя 7 дней болевой синдром уменьшился до 4 баллов по ЧРШ, улучшился сон, увеличилась приверженность к занятиям по лечебной гимнастике. Спустя 1,5 мес. после начала лечения болевой синдром регрессировал, нормализовалось эмоциональное состояние, пациентка стала активной в течение дня.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует типичные ошибки и возможности оптимизации при ведении пациентов с хронической люмбалгией. На догоспитальном этапе с пациенткой не проводилась образовательная программа, не использовались лечебные упражнения, не применялись эффективные обезболивающие средства. Поэтому у пациентки сложились неправильные представления о причинах боли и прогнозе заболевания, она связывала боль в спине с выявленной грыжей диска на МРТ как проявление «остеохондроза». Остеохондроз представляет собой естественный процесс дегенерации (старения) структур позвоночника, наблюдается в разной степени у всех людей и не расценивается как важная причина боли в спине [8]. Негативные (автоматические) мысли привели к катастрофизации и кинезиофобии, выраженному ограничению жизнедеятельности, что подтверждалось данными опросников Освестри и Роланда – Морриса.

Большое значение имело информирование пациентки о том, что грыжи межпозвонковых дисков встречаются у многих людей пожилого, среднего и даже молодого возраста. Наличие грыжи не всегда приводит к боли, их обнаружение на МРТ или компьютерной томографии (КТ) позвоночника у пациента с болью в спине не означает, что они служат ее причиной. По данным систематического обзора, распространенность грыжи диска у бессимптомных людей

колеблется от 29% (у 20-летних) до 43% (у 80-летних) [11]. Важно информировать пациентов о том, что спонтанный регресс наблюдается более чем в 90% случаев секвестрированной грыжи диска, 70% случаев грыжи дисков (экструзии) и более чем в 40% случаев протрузии дисков [12].

У пациентки не было выявлено «красных флажков» – симптомов, настораживающих в отношении специфических причин боли [8]. В проведенном неврологическом и нейроортопедическом обследовании не было выявлено признаков поражения корешковых структур, центральных дискогенных болей. В качестве анатомического источника боли выявлялась дисфункция КПС с воспроизведением типичного паттерна боли при пальпации, дисфункция фасеточных суставов, подтверждающаяся положительным тестом Кемпа, при пальпации паравerteбрально в проекции фасеточных суставов L4-L5, L5-S1.

Очевидно, что хроническое течение боли поддерживалось наличием «желтых флажков» – факторов, способствующих хронизации боли. К ним относятся неадекватное лечение острой боли, неправильное восприятие боли пациентами и катастрофизация, длительный постельный режим при острой боли, чрезмерное ограничение физической активности, страх перед физическими нагрузками, снижение трудовой, социальной и бытовой активности, «болевой» тип личности, аггравация существующих симптомов, пониженное настроение, проблемы в личной и семейной жизни, заинтересованность пациента в длительной нетрудоспособности или рентное отношение к болезни [13–16]. Пациентка имела нарушения сна, которые способствовали сохранению боли, поэтому в лечении были использованы как НПВС (Новема®), так и НПВС в комбинации со снотворным средством (Новема® Найт).

Наличие коморбидных эмоциональных нарушений (тревога, катастрофизация, «болевое» поведение) также является значимым психологическим фактором, усугубляющим ограничение жизнедеятельности при хронической люмбалгии [17].

В соответствии с анамнезом заболевания, у пациентки игнорировались «желтые флажки», поэтому предшествующее лечение было неэффективным. Согласно

рекомендациям последних клинических руководств, лечение пациентов с хронической люмбагией следует начинать с немедикаментозных методов – образовательная беседа (информирование пациента о доброкачественном характере заболевания, целесообразности сохранения физической, социальной и профессиональной активности), лечебная гимнастика, психологические методы лечения (когнитивно-поведенческая терапия, майндфулнесс-терапия), мануальная терапия в сочетании с лечебной гимнастикой. Психологические методы терапии составляют основу мультидисциплинарного ведения пациентов с хронической неспецифической БНЧС [17–21].

НПВП – препараты первой линии при лечении острой и хронической скелетно-мышечной боли [7]. НПВП подразделяются на селективные и неселективные. Неселективные НПВП, снижая воспаление и агрегацию тромбоцитов, повышают риск желудочно-кишечных кровотечений [22]. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 оказывают меньшее воздействие на желудочно-кишечный тракт [23], однако способствуют тромбообразованию и существенно повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, селективные НПВП, как правило, противопоказаны пациентам с более высоким риском заболеваний сердечно-сосудистой системы и заболеваний почек, а неселективные НПВП – пациентам с более высоким риском желудочно-кишечных кровотечений [24]. В настоящее время не установлено достоверного преимущества какого-либо одного НПВП перед другими в отношении облегчения неспецифической БНЧС [25–27].

Препарат Новема® (напроксен) является неселективным НПВП, который обладает длительным (до 12 ч) обезболивающим эффектом и высоким профилем кардиологической безопасности; несколько рандомизированных клинических исследований (РКИ) продемонстрировали эффективность напроксена при различных болевых синдромах [28, 29]. Напроксен натрия одобрен для безрецептурного применения в 38 странах мира в дозах 220–550 мг. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило напроксен для временного облегчения боли умеренной и средней интенсивности в дозе 220 мг или 440 мг каждые 8–12 ч, максимум 660 мг в течение 24 ч. Отмечено, что однократная доза 220 мг может обеспечить облегчение боли на срок до 12 ч. Препарат Новема® Найт представляет собой комбинацию двух лекарственных средств: дифенгидрамина гидрохлорида (25 мг) и напроксена

натрия (220 мг). Действие дифенгидрамина гидрохлорида основано на блокировании H1-гистаминовых рецепторов, расположенных в головном мозге, что приводит к седативному и снотворному эффекту. Помимо блокады H1-рецепторов, дифенгидрамина гидрохлорид также обладает холинолитическим действием за счет способности блокировать M-холинергические рецепторы. Дифенгидрамин легко преодолевает гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), что позволяет оказывать центральное и периферическое антиноцицептивное действие, предположительно за счет ингибирования высвобождения гистамина тучными клетками и опосредованного торможения выброса субстанции P и блокады в зоне воспаления гистаминовых рецепторов макрофагов и нейтрофилов [32]. Комбинация дифенгидрамин + напроксен в составе препарата Новема® Найт обладает дополнительным преимуществом за счет эффективного купирования боли с одновременным улучшением качества и увеличением продолжительности сна [30, 31]. В представленном наблюдении включение Новема® и Новема® Найт в комплексную терапию привело к быстрому и выраженному положительному эффекту.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническое наблюдение демонстрирует важность выявления факторов риска хронизации боли: неправильные представления о своем заболевании, использование пассивных методов лечения боли, катастрофизация. С учетом анамнеза заболевания, данных неврологического, нейроортопедического и нейропсихологического обследования, факторов хронизации боли в спине к пациентке был применен мультидисциплинарный подход для лечения хронической люмбагии. Лечение включало образовательную программу, лечебную гимнастику, оптимизацию лекарственной терапии и применение в качестве фармакотерапии Новема® и Новема® Найт, которые показали хорошую переносимость и выраженный анальгетический эффект.

Таким образом, выявление типичных ошибок ведения пациентов с хронической люмбагией, использование комплекса эффективных нелекарственных и лекарственных методов терапии позволяют помочь многим пациентам с хронической болью в спине.



Поступила / Received 20.09.2024  
Поступила после рецензирования / Revised 07.10.2024  
Принята в печать / Accepted 16.10.2024

## Список литературы / References

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(6):e316–e329. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X).
2. Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain.* 2013;17(1):5–15. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x>.
3. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007;147(7):478–491. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006>.
4. Tavee JO, Levin KH. Low back pain. *Continuum.* 2017;23(2):467–486. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000449>.
5. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2017;356:i6748. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6748>.
6. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2017;389(10070):736–747. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30970-9).
7. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* 2018;27(11):2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>.

8. Парфенов ВА, Исайкин АИ. *Боли в нижней части спины: мифы и реальность*. М.: ИМА-ПРЕСС; 2016. 104 с. Режим доступа: <https://nnp.ima-press.net/nnp/article/view/842/>.
9. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19:2075–2094. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y>.
10. Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР. Хроническая скелетно-мышечная боль в спине: ошибки при ведении пациентов и вопросы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(3):103–109. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-3-103-109>. Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR. Chronic musculoskeletal low back pain: mistakes in patient management and optimization issues. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3):103–109. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-3-103-109>.
11. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811–816. <https://doi.org/10.3174/ajnr.a4173>.
12. Chiu CC, Chuang TY, Chang KH, Wu CH, Lin PW, Hsu WY. The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2015;29(2):184–195. <https://doi.org/10.1177/0269215514540919>.
13. Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(51-52):883–890. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883>.
14. Суслова ЕЮ, Парфенов ВА. Комплексный подход к лечению пациентов с хронической люмбагией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(10-2):16–21. <https://doi.org/10.17116/jnevro201511510216-21>. Suslova EYu, Parfenov VA. A complex approach to the treatment of patients with chronic lumbalgia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(10-2):16–21. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro201511510216-21>.
15. Головачева ВА, Головачева АА. Успешные комбинации лекарственной и нелекарственной терапии при болях в нижней части спины. *Российский журнал боли*. 2024;22(1):57–67. <https://doi.org/10.17116/pain2024220157>. Golovacheva VA, Golovacheva AA. Successful combinations of drug and non-drug therapy for low back pain. *Russian Journal of Pain*. 2024;22(1):57–67. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/pain2024220157>.
16. Головачева ВА, Табеева ГР, Головачева АА. Неспецифическая боль в нижней части спины: принципы и алгоритмы успешного ведения пациентов в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(3):85–94. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-3-85-94>. Golovacheva VA, Tabeeva GR, Golovacheva AA. Non-specific low back pain: principles and algorithms for successful management of patients in real clinical practice. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85–94. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-3-85-94>.
17. Исайкин АИ, Насонова ТИ, Мухаметзянова АХ. Эмоциональные нарушения и их терапия при хронической поясничной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(5):90–95. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-5-90-95>. Isaikin AI, Nasonova TI, Mukhametzyanova AKh. Emotional disorders and their therapy in chronic low back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(5):90–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-5-90-95>.
18. Ho EK, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM et al. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. *BMJ*. 2022;376:e067718. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067718>.
19. Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S 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*. 2016;21(2):201–216. <https://doi.org/10.1002/ejp.931>.
20. Hootten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1699–1718. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.10.009>.
21. Парфенов ВА, Яхно НН, Давыдов ОС, Кукушкин МЛ, Чурыканов МВ, Головачева ВА и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(25):7–16. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-7-16>. Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, Kukushkin ML, Churyukanov MV, Golovacheva VA et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(25):7–16. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-7-16>.
22. Seibert K, Zhang Y, Leahy K, Hauser S, Masferrer J, Perkins W et al. Pharmacological and biochemical demonstration of the role of cyclooxygenase 2 in inflammation and pain. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1994;91(25):12013–12017. <https://doi.org/10.1073/pnas.91.25.12013>.
23. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. *JAMA*. 2000;284(10):1247–1255. <https://doi.org/10.1001/jama.284.10.1247>.
24. Migliorini F, Vaishya R, Pappalardo G, Schneider M, Bell A, Maffulli N. Between guidelines and clinical trials: evidence-based advice on the pharmacological management of non-specific chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1):432. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06537-0>.
25. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2008(1):CD000396. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000396.pub3>.
26. Насонов ЕЛ, Яхно НН, Каратеев АЕ, Алексеева ЛИ, Баринов АН, Барулин АЕ и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. *Научно-практическая ревматология*. 2016;54(3):247–265. Режим доступа: <https://rsp.mediar-press.net/rsp/article/view/2206>. Nasonov EL, Yakhno NN, Karateev AE, Alekseeva LI, Barinov AN, Barulin AE et al. General principles of treatment for musculoskeletal pain: interdisciplinary consensus. *Rheumatology Science and Practice*. 2016;54(3):247–265. (In Russ.) Available at: <https://rsp.mediar-press.net/rsp/article/view/2206>.
27. Каратеев АЕ, Насонов ЕЛ, Ивашкин ВТ, Мартынов АИ, Яхно НН, Арутюнов ГП и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(Прил. 1):1–29. Режим доступа: <https://rsp.mediar-press.net/rsp/article/view/2536/1691>. Karateev AE, Nasonov EL, Ivashkin VT, Martynov AI, Yakhno NN, Arutyunov GP et al. Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Clinical guidelines. *Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(Suppl. 1):1–29. (In Russ.) Available at: <https://rsp.mediar-press.net/rsp/article/view/2536/1691>.
28. Левин ОС, Скоромец АА, Табеева ГР, Дороница ОБ, Широков ВА, Тринитатский ЮВ и др. Эффективность и безопасность напроксена в лечении неспецифической люмбагии: результаты открытого многоцентрового исследования (NEST). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(5):27–31. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911905127>. Levin OS, Skoromets AA, Tabeeva GR, Doronina OB, Shirokov VA, Trinitatsky YuV et al. The efficacy and safety of naproxen in the treatment of nonspecific lumbalgia: the results of an open multi-center study (NEST). *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(5):27–31. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro201911905127>.
29. Каратеев АЕ. Напроксен: универсальный анальгетик с минимальным риском кардиоваскулярных осложнений. *Современная ревматология*. 2016;10(2):70–77. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2016-2-70-77>. Karateev AE. Naproxen: A universal analgesic with a minimal risk of cardiovascular events. *Sovremennaya Revmatologiya*. 2016;10(2):70–77. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2016-2-70-77>.
30. Cooper S, Laurora I, Wang Y, Venkataraman P, An R, Roth T. Efficacy and tolerability studies evaluating a sleep aid and analgesic combination of naproxen sodium and diphenhydramine in the dental impaction pain model in subjects with induced transient insomnia. *Int J Clin Pract*. 2015;69(10):1149–1158. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12669>.
31. Данилов АБ, Пилипович АА, Пястолова МВ. НОВЕМА® НАЙТ (дифенгидрамин + напроксен) у пациентов с болевым синдромом и бессонницей: результаты многоцентрового неинтервенционного наблюдательного исследования. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(6):56–63. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-6-56-63>. Danilov AB, Pilipovich AA, Pyastolova MV. NOVEMA® NIGHT (diphenhydramine + naproxen) in patients with pain and insomnia: results of a multi-center non-interventional observational study. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(6):56–63. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-6-56-63>.

### Вклад авторов:

Концепция статьи – А.Х. Мухаметзянова, В.А. Парфенов

Концепция и дизайн исследования – А.Х. Мухаметзянова, В.А. Парфенов

Написание текста – А.Х. Мухаметзянова, В.А. Парфенов

Сбор и обработка материала – А.Х. Мухаметзянова

Обзор литературы – А.Х. Мухаметзянова

Анализ материала – В.А. Парфенов

Редактирование – В.А. Парфенов

Утверждение окончательного варианта статьи – В.А. Парфенов, А.Х. Мухаметзянова

#### **Contribution of authors:**

*Concept of the article* – Albina Kh. Mukhametzyanova, Vladimir A. Parfenov

*Study concept and design* – Albina Kh. Mukhametzyanova, Vladimir A. Parfenov

*Text development* – Albina Kh. Mukhametzyanova, Vladimir A. Parfenov

*Collection and processing of material* – Albina Kh. Mukhametzyanova

*Literature review* – Albina Kh. Mukhametzyanova

*Material analysis* – Vladimir A. Parfenov

*Editing* – Vladimir A. Parfenov

*Approval of the final version of the article* – Vladimir A. Parfenov, Albina Kh. Mukhametzyanova

**Согласие пациентов на публикацию:** пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

**Basic patient privacy consent:** patients signed informed consent regarding publishing their data.

#### **Информация об авторах:**

**Мухаметзянова Альбина Хамитовна**, врач-невролог, аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; albmukhametzyanova@yandex.ru

**Парфенов Владимир Анатольевич**, д.м.н., профессор, врач-невролог, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; vladimirparfenov@mail.ru

#### **Information about the authors:**

**Albina Kh. Mukhametzyanova**, Neurologist, Postgraduate Student of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; albmukhametzyanova@yandex.ru

**Vladimir A. Parfenov**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Neurologist, Head of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; vladimirparfenov@mail.ru