



РОО «Амбулаторный врач»
Российское научное медицинское общество терапевтов
Ассоциация ревматологов России
Российское общество по изучению боли
Общероссийская общественная организация «Общество врачей России»

КОНСЕНСУС ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В СПИНЕ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПОЛИКЛИНИК

Москва, 2017

Составители:

- А. Л. Верткин профессор
- А. Е. Каратеев д. м. н.
- М. Л. Кукушкин профессор
- В. А. Парфенов профессор
- Н. Н. Яхно академик РАН

ВВЕДЕНИЕ

Боль в спине объединяет широкий спектр нарушений состояния костных и мышечно-связочных структур позвоночника и занимает второе место по частоте обращений в поликлинику и третье – по количеству госпитализаций.

Глобальное исследование заболеваемости населения (Global Burden of Disease Study) признало боль в спине главной медицинской причиной снижения качества жизни в мире и в России.

Боль в спине является междисциплинарной медицинской проблемой, но тем не менее первичное обращение этих пациентов осуществляется к терапевтам и врачам общей практики, на которых лежит ответственность за своевременную дифференциальную диагностику и назначение полного комплекса терапии в тех случаях, когда боль в спине не является проявлением серьезного или угрожающего жизни заболевания.

Консенсус экспертов призван систематизировать известные методы диагностики, лечения и вторичной профилактики боли в спине для их обязательного применения в поликлинике терапевтом или врачом общей практики.

**Консенсус по ведению пациентов с болью в спине
для терапевтов и врачей общей практики поликлиник
утвержден Советом экспертов 16 сентября 2017 года.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

МКБ-10 определяет боль в спине (М54 «Дорсалгия») как симптом, а не как нозологическую единицу, проводя разделение в зависимости от локализации.

С практической точки зрения удобно выделять три основные причины болей в спине:

1) Неспецифическая боль (частота встречаемости – 85–90%).

Термин «неспецифическая боль в спине» означает, что не удалось выявить серьезную патологию (заболевание), являющуюся причиной боли: инфекцию, травму, воспаление, опухоль, остеопороз, ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит, заболевание соединительной ткани и др. Помимо этого, должны отсутствовать специфические признаки вовлечения в процесс корешков спинномозговых нервов (радикулопатия и синдром конского хвоста) и стеноза спинномозгового канала.

2) Специфическая причина: опухоли, в т. ч. метастатические; спондилоартрит, воспаления, переломы позвонков и заболевания внутренних органов (частота встречаемости – 4–7%).

3) Боль, вызванная компрессионной радикулопатией, стенозом поясничного канала (частота встречаемости – 7%).

Факторы риска развития неспецифической боли в спине.

Среди них – тяжелый физический труд, частые сгибания и наклоны туловища, подъем тяжестей, сидячий образ жизни, а также вибрационные воздействия. В группе риска находятся лица, чей труд связан с неадекватными для позвоночника нагрузками, а также люди, которые вынуждены длительно находиться в статическом напряжении, сидячем положении (профессиональные водители, офисные работники).

У подавляющего большинства пациентов неспецифическая боль в спине проходит в течение нескольких дней или недель, однако в 2–10% случаев она принимает хроническое течение.

Клинический модуль

Основные причины боли в спине

Таблица 1. Основные причины боли в спине

Неспецифическая боль (85–90%)	Радикулопатии (1–5%); стеноз поясничного канала (до 2%)	Специфические причины (4–7%): <ul style="list-style-type: none">• перелом позвоночника,• первичные и метастатические,• опухоли позвоночника,• миеломная болезнь,• спондилоартрит,• остеомиелит,• эпидурит,• сирингомиелия,• опухоли спинного мозга, и спинномозговых корешков,• заболевания внутренних органов
-------------------------------	--	---

Классификация

В зависимости от длительности боли она подразделяется на:

- острую (продолжительность – до 12 недель);
- хроническую (продолжительность – более 12 недель).

Клиническая картина

Учитывая, что чаще всего боль локализуется в нижней части спины, в последующем тексте Консенсуса большее внимание будет уделено боли именно в нижней части спины (БНЧС)*.

* БНЧС – боль, локализуемая между XII парой ребер и ягодичными складками. В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) соответствует рубрикам М54 (Дорсалгия), М54.5 – (Люмбалгия). Данный Консенсус по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиники не рассматривает вопросы лечения боли в шее и грудном отделе позвоночника.

Как правило, боль в нижней части спины возникает остро после физической нагрузки, неловкого движения, переохлаждения, усиливается при движениях, в определенной позе, и уменьшается после отдыха, растирания или разминания болезненных мышц. Боли могут ограничивать объем произвольных движений. О вовлечении в патологический процесс корешков можно говорить при выявлении чувствительных, рефлекторных или двигательных нарушений, простреливающих болей, иррадиирующих в нижние конечности.

Диагностический модуль

При первичном обращении пациента с болью в нижней части спины в поликлинику необходимо исключить «красные флаги» и при их наличии провести дополнительные обследования и/или направить его на консультацию к специалистам.

Основные вопросы, которые нужно задавать при опросе и осмотре пациента с болью в спине для исключения угрожающей жизни патологии, требующей дополнительного обследования и консультации узкого специалиста.

Таблица 2. «Красные флаги» при боли в спине

Вопросы	Возможная патология	Диагностические действия*
Связано ли появление боли в спине с травмой (особенно важно у женщин в менопаузе)?	Перелом позвоночника и/или остеопороз	Рентгенография, консультация травматолога, эндокринолога
Кроме боли в спине, отмечается сильная боль на всем протяжении ноги, ощущение онемения пальцев стопы, слабость в конечности, недержание мочи и кала?	Люмбоишалгия, стеноз позвоночного канала, синдром конского хвоста	Консультация невролога
Имеется ли лихорадка, лимфоаденопатия, лейкоцитоз, повышение СОЭ и С-реактивного белка?	Септический процесс или онкологическое заболевание	Обследование для исключения инфекционного или онкологического заболевания
Были ли хирургические вмешательства, повторные инъекции препаратов (в. ч. у лиц с наркотической зависимостью)? Имеются ли признаки иммунодефицита на фоне инфекционного заболевания (СПИД) или химиотерапии?	Септический процесс (дисцит, туберкулез, остеомиелит позвоночника)	Обследование для исключения инфекционного заболевания
Имеются ли онкологические заболевания в анамнезе? Отмечается ли немотивированное похудание, анемия, лихорадка?	Онкологическое заболевание	Онкопоиск, консультация онколога
Появление болевого синдрома отмечается в раннем возрасте (до 25 лет)? Боль в спине продолжается в течение длительного времени, носит «воспалительный характер»: усиливается в состоянии покоя и ночью, особенно под утро, не уменьшается после отдыха, но снижается после нагрузки (разминки)?	Спондилит (в частности, анкилозирующий спондилит и др.)	Консультация ревматолога, рентгенография позвоночника, КТ, МРТ

Имеются ли признаки висцерального заболевания, которое может проявляться острой болью в спине (панкреатит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, почечная колика, аневризма аорты, заболевания малого таза и др.)?

Соответствующая висцеральная патология

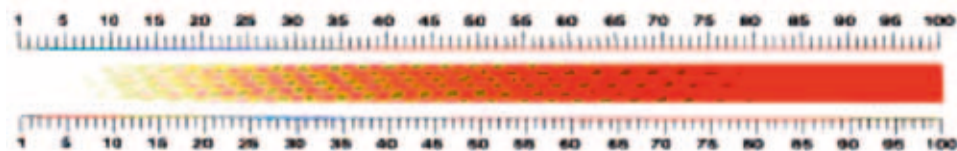
Диагностика соответствующей висцеральной патологии, консультация узкого специалиста

* Обследование проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, принятыми для конкретной патологии.

Стандартное терапевтическое обследование обязательно включает дифференциальную диагностику заболеваний и выявление лихорадки, похудания, изменения формы суставов, цвета кожных покровов, лимфаденопатии, гепатолиенального синдрома и др.

Для оценки выраженности и динамики болевого синдрома используется визуально-аналоговая шкала (ВАШ) (рис. 1).

Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала (0 – нет боли; 100 – нестерпимая боль).



Минимальный лабораторный диагностический набор состоит из анализа крови и мочи, оценки скорости клубочковой фильтрации, концентраций глюкозы и при наличии возможности – высокоточного С-реактивного белка.

Минимальный инструментальный набор состоит из измерения артериального давления, ЭКГ, рентгеновского исследования органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ (РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОНОЧНИКА, КТ ИЛИ МРТ, СЦИНТИГРАФИЯ, ДЕНСИТОМЕТРИЯ) НАЗНАЧАЮТСЯ ТЕРАПЕВТОМ ПРИ НАЛИЧИИ «КРАСНЫХ ФЛАГОВ».

Таблица 3. Распределение обязанностей терапевта, невролога и ревматолога при диагностике болей в спине

Терапевт	Невролог	Ревматолог
Оценка клинической картины, стандартное лабораторное и инструментальное обследование	Осмотр	Осмотр
Выявление «красных флагов» и при их наличии – дополнительное инструментальное обследование	Проведение специальных исследований, назначение консультации нейрохирурга, других специалистов	Проведение специальных исследований
Назначение НПВП и витаминных комплексов	Назначение нелекарственной и лекарственной терапии	Назначение нелекарственной и лекарственной терапии

Алгоритм ведения пациента с болью в спине представлен в Прил. 1.

Терапевтический модуль

Лечение боли в спине

К общим принципам лечения болей в спине относится информирование пациента об основных причинах боли в спине, о роли активного образа жизни и дозированной физической нагрузки, избегании длительного постельного режима.

Общая терапия болевого синдрома в спине предусматривает применение средств, влияющих на патогенетические основные механизмы: воспаление, болезненный мышечный гипертонус, нарушение трофики нервной ткани и др.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Основные положения по использованию НПВП при болях в спине:

1. НПВП назначаются сразу же после постановки диагноза, перорально в средней или максимальной терапевтической дозе.

2. Инъекционные формы НПВП могут использоваться в течение первых 2–5 дней, согласно инструкции, при наличии выраженной боли или при невозможности перорального приема.

3. Длительность курса НПВП определяется временем, необходимым для максимально полного купирования боли и восстановления функции опорно-двигательного аппарата.

4. Критерием хорошей эффективности является уменьшение боли не менее чем на 50% от исходного уровня и не позднее 5–7 дней после назначения препарата в полной терапевтической дозе.

5. Неэффективность терапии (уменьшение интенсивности боли менее 20% от исходного уровня) с помощью адекватных доз НПВП в течение 2–4 недель служит основанием для назначения консультации невролога.

6. При назначении НПВП всегда следует учитывать риск развития нежелательных явлений (Прил. 2). Не следует комбинировать два и более различных препарата этой группы, а также использовать дозы, превышающие рекомендованные.

7. Во всех случаях для предупреждения нежелательных реакций НПВП должны назначаться ингибиторы протонной помпы (например, омепразол, рабепразол).

8. Локальные формы НПВП (мази, гели и др.) следует использовать лишь при умеренной/слабой боли, а также при наличии противопоказаний для системных НПВП.

Основные вопросы, которые следует задать пациенту перед назначением НПВП

№	Вопросы	Ответы
1	Отмечались ли у Вас ранее заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (гастрит с повышенной секреторной функцией, эрозия, язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, операции)?	
2	Есть ли у Вас заболевания сердца и сосудов (артериальная гипертензия, перенесенный инфаркт миокарда, нарушения ритма, а также жалобы на боли за грудиной при ходьбе, одышку, отеки ног, перебои в работе сердца)?	
3	Были ли у Вас операции на сердце (протезирование клапанов, стентирование, шунтирование)?	
4	Принимаете ли Вы препараты, влияющие на свертываемость крови (аспирин или другое)?	
5	Есть ли у Вас заболевание почек?	
6	Есть ли у Вас аллергия на какие-либо лекарства?	
7	Есть ли у Вас какие-либо другие хронические заболевания	
8	Для женщин детородного возраста: возможна ли беременность?	

Тактика назначения широко применяемых НПВП

Кеторолак

«Традиционный» НПВП (неселективный ингибитор циклооксигеназы) с высоким анальгетическим потенциалом. Кеторолак целесообразно использовать при сильной боли в спине, вызывающей значительные страдания и нарушения функции («не могу из-за боли встать»). В начале лечения может применяться парентерально в виде внутримышечных или внутривенных инъекций по 30 мг 3–4 раза в сутки, на срок до 2 суток. Затем переходят на пероральный прием по 10 мг 3 раза в день. Общая длительность приема – не более 5 дней.

Напроксен

«Традиционный» НПВП (неселективный ингибитор ЦОГ-2), который используется для купирования умеренной или выраженной боли. Назначается в дозе по 500 мг 2 раза в день после приема пищи. Для купирования БС обычно требуется курс 2–4 недели. Напроксен достаточно часто вызывает нежелательные реакции со стороны ЖКТ, но при этом считается наиболее безопасным НПВП в отношении сердечно-сосудистой системы. Препарат уменьшает натрийуретический и диуретический эффект фуросемида; может усилить гипотензию, вызываемую бета-адреноблокаторами.

Нимесулид

Умеренно селективный ингибитор ЦОГ-2 с благоприятным сочетанием высокой эффективности, хорошей переносимости и финансовой доступности, что позволяет рассматривать его как средство выбора для лечения скелетно-мышечной боли. Нимесулид назначается при умеренной или выраженной боли в спине перорально по 100 мг 2 раза в день 2–4 недели.

Целекоксиб

Высокоселективный ингибитор ЦОГ-2 с минимальным риском развития гастропатии. Применяется в дозе 200 мг 2 раза в сутки, с последующим переходом на 200 мг 1 раз для поддерживающей терапии. При острой боли рекомендованная однократная стартовая доза составляет 400 мг с последующим переходом на 200 мг 2 раза в сутки. Целекоксиб не применяется после аортокоронарного шунтирования, при клинических проявлениях ишемической болезни сердца, перемежающейся хромоте, после перенесенного инсульта.

Противопоказания для назначения системных НПВП (Прил. 3):

- высокий риск кардиоваскулярных осложнений;
- язва или эрозии желудочно-кишечного тракта (по результатам эндоскопического исследования);
- хроническая болезнь почек при СКФ ≤ 30 мл/мин;
- воспалительные заболевания кишки (язвенный колит, болезнь Крона);
- аллергия на НПВП;
- беременность.

Во всех случаях следует пользоваться утвержденной инструкцией по применению конкретного препарата.

КОМБИНИРОВАНИЕ НПВП С НЕЙРОТРОПНЫМИ ВИТАМИНАМИ

Нейротропные витамины стимулируют процессы, улучшающие функционирование нервной системы и уменьшающие болевой синдром. В частности, витамин В₁ улучшает энергообеспечение нейронов, витамин В₆ контролирует синтез транспортных белков в осевых цилиндрах, витамин В₁₂ активирует синтез липопротеинов, служащих структурными элементами миелиновых волокон. Комплекс витаминов В₁, В₆, В₁₂ тормозит прохождение болевых импульсов не только на уровне заднего рога, но и в таламусе.

Во многих исследованиях подтверждено потенцирующее действие витаминов группы В при болях в спине при применении НПВП.

В последние годы стали активно применяться трехкомпонентные комплексы, содержащие В₁ (тиамин), В₆ (пиридоксин) и В₁₂ (цианокобаламин) в высоких дозах в одной таблетке

или ампуле. Примером официальной комбинации такого рода является препарат Нейробион. Используется ступенчатая терапия: сначала инъекционная форма (1 амп/сут) – до снятия острых симптомов, далее пероральный прием (1 табл. 3 раза в день).

Миорелаксанты

При наличии признаков выраженного мышечного спазма и неэффективности монотерапии НПВП рекомендованы миорелаксанты. Назначаются короткими курсами (на 7–14 дней). Среди миорелаксантов используются тизанидин, обладающий центральным миорелаксирующим и анальгезирующим действием, а также толперизон, у которого механизм действия реализуется за счет подавления рефлекторной активности на уровне спинного мозга.

Нелекарственные методы

Острая неспецифическая боль

Информирование пациента о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности быстрого выздоровления при соблюдении рекомендаций врача. Постельный режим не показан; в тех случаях, когда пациенты вследствие интенсивной боли вынуждены лежать, продолжительность постельного режима не должна превышать 2 дней. Нет основной рекомендацией рекомендовать пациентам с болью в спине спать на жесткой поверхности. Избегать как чрезмерной двигательной и физической активности, так и длительных статических нагрузок.

Привлечение других специалистов (кинезитерапевта, психолога и др.) осуществляет невролог.

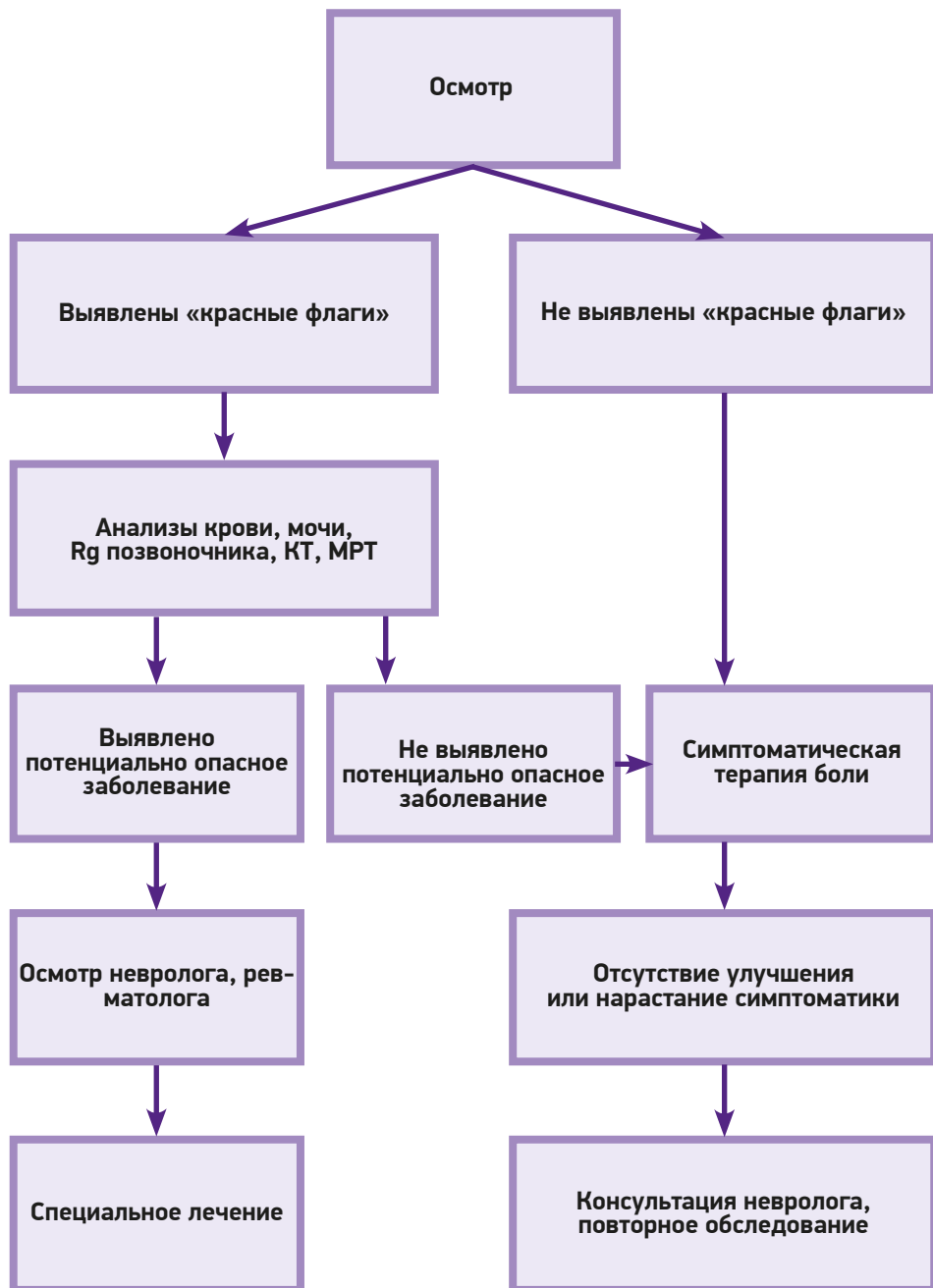
Лекарственный формуляр

Группа препаратов	Фармакотерапевтическая группа, группировочное название или МНН	Торговое наименование	Тактика применения
НПВП**	Нимесулид Кеторолак Диклофенак Напроксен Декскетопрофен Мелоксикам Целекоксиб	Найз® Кеторол® Диклофенак Налгезин® Форте Фламадекс® Мелоксикам Целебрекс®	Назначаются терапевтом
Витамины	Комбинации витаминов В ₁ , В ₆ и В ₁₂ в высоких дозах (тиамин + пиридоксин + цианокобаламин)	Нейробион®	Назначаются терапевтом
Миорелаксанты	Толперазон Тизанидин Баклофен	Мидокалм® Сирдалуд® Баклосан®	Назначаются терапевтом
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	Омес®	Назначаются терапевтом

** В рамках молекул представлены наиболее потребляемые торговые наименования по данным IMS розничный аудит, МАТ август 2017 г., рынок М01А рецептурных таблетированных форм.

Приложение 1.

Алгоритм ведения пациента с болью в нижней части спины



Приложение 2.

Основные нежелательные реакции, которые могут возникать на фоне приема НПВП

Осложнение	Частота (на 100 больных в год)	Патогенез (основной механизм)	Типичные клинические проявления	Диагностика
НПВП-гастропатия	0,5–1	Блокада ЦОГ-1, снижение количества ПГ в слизистой оболочке ЖКТ; уменьшение защитного потенциала провоцирует повреждение под действием кислоты	Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение, перфорация и стриктура верхних отделов ЖКТ	ЭГДС
НПВП-ассоциированная диспепсия	10–40	Контактное действие НПВП; повышение проницаемости слизистой оболочки для H ⁺	Гастралгии, тошнота, тяжесть в эпигастрии после приема НПВП	Наличие жалоб при отсутствии ЭГДС-изменений
НПВП-энтеропатия	0,5–1	Блокада ЦОГ-1, снижение количества ПГ в слизистой оболочке кишки, с повышением проницаемости и развитием воспаления	Сочетание ЖДА и гипоальбуминемии при отсутствии признаков НПВП-гастропатии; кишечное кровотечение или непроходимость	ВКЭ; маркеры проницаемости и воспаления кишки (кальпротектин и др.)
Артериальная гипертензия	2–10	Блокада ЦОГ-2 в почках	Повышение АД, снижение эффективности антигипертензивных препаратов (ингибиторов АПФ и др.)	СМАД
Острые кардиоваскулярные нарушения	0,5–1,0	Усиление тромбообразования из-за нарушения баланса между синтезом ТхА ₂ (ЦОГ-1-зависимый процесс) и простаглина (ЦОГ-2-зависимый процесс)	Инфаркт миокарда, ишемический инсульт, нарушение сердечного ритма, коронарная смерть	Ухудшение течения ИБС на фоне приема НПВП
Нефротоксические реакции	≈1,0	Снижение ЦОГ-1/ЦОГ-2-зависимого синтеза ПГ в ткани почек	Задержка жидкости, снижение СКФ, развитие ОПН и прогрессирование ХБП	Контроль СКФ
Послеоперационное кровотечение	0,5–1,0	Антитромботическое действие из-за нарушения баланса между синтезом ТхА ₂ (ЦОГ-1-зависимый процесс) и простаглина (ЦОГ-2-зависимый процесс) за счет подавления первого	Повышенная кровоточивость после операции	Увеличение времени свертывания крови; тщательный контроль кровопотери

Примечание: ЦОГ – циклооксигеназа, ПГ – простагландины, ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия, ЖДА – железодефицитная анемия, ВКЭ – видеокапсульная эндоскопия, СМАД – суточное мониторирование артериального давления, ИБС – ишемическая болезнь сердца, СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

Приложение 3.

Противопоказания (риски) для назначения системных НПВП

Риск осложнений со стороны ЖКТ		Риск сердечно-сосудистых осложнений	
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> язвенный анамнез (включая язвы, осложненные кровотечением или перфорацией); ЖКТ-кровотечение или перфорация в анамнезе; прием низких доз аспирина для профилактики атеротромбоза или иных антитромботических средств и/или антикоагулянтов 	Очень высокий	<ul style="list-style-type: none"> установленный диагноз заболевания ССС (ИМ, ОКС, реваскуляризация коронарных и других артерий, ОНМК/ТИА, клинически выраженная ИБС, аневризма аорты, заболевания периферических артерий, ХСН); документально подтвержденный значимый субклинический атеросклероз сонных и коронарных артерий; осложненный СД (с повреждением органов-мишеней или другими ФР); ХБП (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²); SCORE ≥ 10%
		Высокий	<ul style="list-style-type: none"> значимо повышенные ФР (ОХС ≥ 8 ммоль/л или ЛПНП > 6 ммоль/л или АД ≥ 180/100 мм рт. ст.) ХБП (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м²); СД без поражения органов-мишеней (за исключением молодых пациентов с СД 1-го типа без ФР); SCORE = 5–10%
Умеренный	Пожилой возраст (> 65 лет), диспепсия, курение, прием ГК, инфицированность <i>H. pylori</i>	Умеренный	SCORE = 1–5%
Низкий	Отсутствие факторов риска	Низкий	SCORE < 1%

Примечание: ГК – глюкокортикоиды, ИМ – инфаркт миокарда, ОКС – острый коронарный синдром, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА – транзиторная ишемическая атака, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФР – фактор риска, СД – сахарный диабет, ХБП – хроническая болезнь почек, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) – шкала для оценки риска гибели от заболевания ССС.

МЕТОДОЛОГИЯ ПОДГОТОВКИ КОНСЕНСУСА ЭКСПЕРТОВ

1. К обсуждению «Консенсуса по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиник» были привлечены более 60 экспертов из всех Федеральных округов РФ, в том числе главные специалисты по терапии, неврологии, ревматологии и клинической фармакологии городов, областей, округов, научные сотрудники профильных НИИ, работники вузов, а также терапевты и врачи общей практики поликлиник.

2. Определена цель: оптимизация диагностики и лечения пациентов с болью в спине на поликлиническом этапе.

3. Создана рабочая группа:

- Руководитель – профессор Верткин А. Л.;
- Ответственный исполнитель – доцент Кнорринг Г. Ю.;

Титульные авторы:

- академик РАН Яхно Н. Н.;
- д. м. н. Каратеев А. Е.;
- профессор Кукушкин М. Л.;
- профессор Парфенов В. А.

4. Создан экспертный совет: Абросимов В. Н. (Рязань, терапевт); Алифинова В. М. (Томск, невролог); Амелин А. В. (Санкт-Петербург, невролог); Баранцевич Е. Р. (Санкт-Петербург, невролог); Батищева Г. А. (Воронеж, клинический фармаколог); Бельская Г. Н. (Челябинск, невролог); Большакова Т. Ю. (Красноярск, ревматолог); Бурдаков В. В. (Оренбург, невролог); Верткин А. Л. (Москва, терапевт, клинический фармаколог); Головачева В. А. (Москва, невролог); Давыдов О. С. (Москва, невролог); Доронина О. Б. (Новосибирск, невролог); Зиновьева О. Е. (Москва, невролог); Иванова О. Н. (Воронеж, ревматолог); Каратеев А. Е. (Москва, ревматолог); Кнорринг Г. Ю. (Москва, терапевт, клинический фармаколог); Колбасников С. В. (Тверь, терапевт); Купаев В. И. (Самара, терапевт); Лемперт Б. А. (Волгоград, терапевт); Мартынов А. И. (Москва, терапевт); Несмеянова О. Б. (Челябинск, ревматолог); Носова А. В. (Москва, терапевт, клинический фармаколог); Парфенов В. А. (Москва, невролог); Пешехонова Л. К. (Воронеж, ревматолог); Поверенова И. Е. (Самара, невролог); Поветкин С. В. (Курск, клинический фармаколог); Сергиенко Д. А. (Челябинск, невролог); Скальский С. В. (Омск, клинический фармаколог); Стремоухов А. А. (Москва, терапевт, врач общей практики); Токарева Е. Р. (Севастополь, невролог); Фищенко О. Н. (Москва, невролог); Чуканова Е. И. (Москва, невролог); Чурюканов М. В. (Москва, невролог); Шварцман Г. И. (Санкт-Петербург, невролог); Широков В. А. (Екатеринбург, невролог).

5. Создан проект текста «Консенсуса», структурированный по модульному принципу (в качестве структурных положений модулей использованы данные, которые опубликованы в двух и более клинических рекомендациях и руководствах ведущих профильных обществ по ведению пациентов с болью в нижней части спины):

КЛИНИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ: опрос, анамнез.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ: дифференциальный диагноз, лабораторные и инструментальные данные, «красные флаги»; показания для консультации смежных специалистов.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ: методы лекарственной и немедикаментозной терапии, вопросы профилактики и реабилитации.

6. Проект «Консенсуса» размещен на следующих сайтах:

www.ambulatory-doctor.ru, www.rusmg.ru

7. Подготовлены опросные листы для сбора мнений экспертов, содержащие основные положения Консенсуса.

Образец

Основные причины боли в спине

	Структурный элемент	Причина боли
1	Диски	Грыжа (с секвестрацией или без секвестрации)
2	Суставы	Частичные или полные разрывы капсулы, признаки хронического воспаления
3	Околопозвоночные мышцы	Спазм, воспаление, повреждение, инфекции, поражение фасций
4	Кости	Переломы, вклинения, опухоли, инфекции
5	Нервная ткань	Компрессия, ишемия, опухоли, инфекции

СОГЛАСЕН

НЕ СОГЛАСЕН
с позицией № _____

Замечания (при необходимости)

8.

9. Рассылка опросных листов членам экспертного совета.

10. Сбор опросных листов, анализ полученных данных и корректура текста «Консенсуса». В проект «Консенсуса» внесены положения, получившие более 90% одобрений экспертов, которые не требовали дальнейшего обсуждения. Все вопросы, получившие менее 90% одобрений, были направлены в экспертный совет для принятия решения о включения их в окончательную редакцию консенсуса.

11. Проведение заседания экспертного совета, 15–16 сентября 2017 с принятием окончательной версии «Консенсуса».

12. Согласование «Консенсуса» с титульными организациями.

13. Издание «Консенсуса».

14. Утверждение на Национальном конгрессе терапевтов и Всероссийской научной сессии «Амбулаторный прием».

15. Публикация в федеральных профильных журналах сокращенной или полной версии «Консенсуса».

16. Публикации в региональных медицинских журналах с участием членов экспертного совета.

17. Размещение текста «Консенсуса» на сайтах проекта, титульных организаций.

18. Создание презентаций и докладов с включением материалов консенсуса.

19. Включение в программы медицинских мероприятий указанных докладов.

20. Согласование «Консенсуса» с главным специалистом Министерства здравоохранения РФ.

21. Представление в Министерство здравоохранения РФ «Консенсуса» для утверждения его в качестве клинических рекомендаций.

Список литературы

1. Подчуфарова Е. В. Боль в спине / Боль: практическое руководство для врачей // Под ред. Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкина, М.: Издательство РАМН, 2011. – 512 с. – С. 230–297
2. Давыдов О. С. Распространенность болевых синдромов и их влияние на качество жизни в мире и в России по данным исследования глобального бремени болезней за период с 1990 по 2013 год / Российский журнал боли.– 2015. №3–4, . – С. 5–12.
3. Верткин А. Л., Наумов А. В., Шамуилова М. М., Кнорринг Г. Ю. Коморбидность и боль в нижней части спины: актуальные вопросы. Справочник поликлинического врача. – 2016. – № 5. – 30–35.
4. Кукушкин М. Л., Табеева Г. Р., Подчуфарова Е. В. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. Клинические рекомендации. / Под ред. Яхно Н. Н. – 2-е изд. – М.: ИМА-Пресс, 2014. – 72 с.
5. Неспецифическая боль в нижней части спины. Методические рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы. – М.: 2014. – 32 с.
6. Парфенов В. А., Исайкин А. И. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. – М.: ИМА-Пресс, 2016. – 104 с.
7. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care *Eur Spine J* (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
8. 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; 386: 743–800.
9. Itz CJ, Willems PC, Zeilstra DJ, Huygen FJ. Dutch Multidisciplinary Guideline for Invasive Treatment of Pain Syndromes of the Lumbosacral spine. *Pain Pract*. 2016 – 15 : 90–110.
10. Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein SM, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2011 – 20 : 40–50.
11. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. *Pain Physician*. – 2013 ; 16 (2 Suppl) : S49–S283.
12. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 – 166 : 514–530.
13. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 – 13 : E825–E846.
14. Savigny P, Kuntze S, Watson P, et al. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009. 235 p.

