

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

БІЛЬ У ПОПЕРЕКУ

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

2026

ЗМІСТ

Склад мультидисциплінарної робочої групи.....	4
Перелік скорочень.....	6
Передмова мультидисциплінарної робочої групи.....	8
Стандарт клінічної допомоги при болю в попереку	Error! Bookmark not defined.
Індикатори моніторингу на місцевому рівні	11
Стандарти клінічної допомоги	13
Про біль у попереку — Стандарт клінічної допомоги.....	14
Як користуватися цим стандартом клінічної допомоги.....	20
Загальна інформація про біль у попереку.....	22
Заява щодо якості 1. Первинне клінічне оцінювання	27
Заява щодо якості 2. Психосоціальне оцінювання	33
Заява щодо якості 3. Обмеження застосування візуалізаційних досліджень випадками, коли існує підозра на серйозну патологію	37
Заява щодо якості 4. Навчання та консультування пацієнта	43
Заява щодо якості 5. Заохочення до самодопомоги та фізичної активності..	46
Заява щодо якості 6. Фізичні та/або психологічні втручання.....	50
Заява щодо якості 7. Раціональне використання знеболювальних лікарських засобів	54
Заява щодо якості 8. Повторне оцінювання і направлення	58
Додаток А. Загальні принципи надання допомоги.....	62
Додаток В. Індикатори для підтримки моніторингу на місцевому рівні	64
Додаток С. Вимірювання та моніторинг досвіду пацієнтів.....	65
Додаток D. Інтеграція з національними стандартами безпеки та якості	66
Глосарій	68
А. Модуль А: Початкове оцінювання болю в попереку	72
Довідковий блок 1: Оцінювання можливих серйозних станів	73
Довідковий блок 2: Оцінювання можливих інших станів ^а	74
Модуль В: Допомога при болю в попереку	75
Довідковий блок 3: Лікування болю у попереку	76
Додаток 1. Коротка інструкція для лікарів загальної практики	82

Додаток 2. Коротка інструкція для відділень екстреної медичної допомоги	86
Додаток 3 Інструмент CORE для оцінювання болю в спині на основі структурованого клінічного обстеження	88
Додаток 4. Опитувальник для скринінгу м'язово-скелетного болю Örebro (коротка форма).....	94
Додаток 5. Скринінговий інструмент Keele STarT Back.....	97
Додаток 6. Дозування окремих фармакологічних засобів ^{a,b}	99
Список літератури.....	Error! Bookmark not defined.

\

Склад мультидисциплінарної робочої групи

КАЛЬБУС Олександр Іванович	завідувач кафедри неврології Дніпровського державного медичного університету МОЗ України, голова робочої групи;
ГРИБ Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано-Франківського національного медичного університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
НАСОНОВА Тетяна Іванівна	професор кафедри неврології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
ДЕМЧЕНКО Аліна Вікторівна	професор кафедри загальної практики-сімейної медицини, психіатрії та неврології Навчальнонаукового інституту післядипломної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;
МЕЛЬНИК Володимир Степанович	професор кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
КРАВЕЦЬ Ольга Вікторівна	завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету;
ХИЖНЯК Михайло Віталійович	в.о. директора державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П.Ромоданова НАМН України» (за згодою);
ГАРМІШ Андрій Романович	лікар-нейрохірург багатoproфільного ПРАТ «Медичний центр «Добробут» (за згодою);
ГАВРИЛІВ Ірина Романівна	лікар-невролог, лікар фізичної та реабілітаційної медицини ТОВ «Медичний центр «Оберіг» (за згодою);
ХІМІОН Людмила Вікторівна	завідувач кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
САНЬОЦЬКА Ірина Михайлівна	спеціаліст з питань первинної медичної допомоги Бюро ВООЗ в Україні, лікар-терапевт, лікар-кардіолог (за згодою);.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ
----------------------------	--

України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Електронну версію документа можна завантажити з Переліку (Реєстру) медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



Рецензенти:

КУЗНЄЦОВ Анатолійович	Антон	доцент кафедри неврології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н.;
ТОВАЖНЯНСЬКА Олена Леонідівна		керівник відділу нейрокогнітивних та судинних захворювань головного мозку державної установи «Інститут геронтології імені Чеботарьова» Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор.

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2031 рік.

Перелік скорочень

БП	Біль у попереку
В/в	Внутрішньовенне введення
КТ	Комп'ютерна томографія
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КН	Клінічна настанова
MPT	Магнітно-резонансна терапія
НПЗЗ	Нестероїдні протизапальні засоби
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів
АНPEQS (Australian Hospital Patient Experience Question Set)	Австралійський опитувальник щодо досвіду лікування пацієнта в лікарняних умовах
AGREE (Appraisal of Guidelines for Research &Evaluation)	Міжнародний інструмент, призначений для оцінки методологічної якості та прозорості клінічних настанов (рекомендацій)
VA (Department of Veterans Affairs)	Департамент у справах ветеранів США
GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)	Градація рекомендацій, оцінка, розробка, оцінювання
DoD (Department of Defense)	Міністерство оборони США
MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)	Програма зниження стресу на основі усвідомленості
ISAEC	Міжпрофесійні клініки з оцінювання та навчання у сфері вертебрології
NIFTI (Neuroplasticity, Intensity, Frequency, Task-specific training, Individualization)	Нейропластичність, інтенсивність, частота, тренування, індивідуалізація0 принципи ефективної реабілітації
NSQHS (National Safety and Quality Health Service Standards)	Національний стандарт безпеки та якості медичних послуг
NPS MedicineWise	Національна служба Австралії з питань раціонального призначення лікарських засобів
PROM (Patient-Reported Outcome Measure)	Інструмент (и) оцінювання результатів лікування з точки зору пацієнта

PRP (Platelet-Rich Plasma)	Аутологічна терапія, де використовується власна кров пацієнта
PHQ-4 (Patient Health Questionnaire)	Скринінговий інструмент для швидкої оцінки тривоги та депресії
SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant)	Конкретна, Вимірювана, Досяжна, Релевантна
STarT Back (Subgroups for Targeted Treatment Back Screening Tool)	Скринінговий інструмент для пацієнтів із болем у попереку
SASK	Вправи для здоров'я спини Групи провінції Саскачеван з питань розробки маршрутів пацієнтів із захворюваннями спини
SI-болі (Sacroiliac pain)	Біль у крижово-клубовому суглобі
ÖMPSQ - Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire	Опитувальник скринінгу м'язово-скелетного болю
СРБ	С-реактивний білок
CORE (Core Outcome Set for Low Back Pain)	Базовий набір результатів для оцінювання болю в спині
CPG (clinical practice guideline)	Клінічна настанова
TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)	Черезшкірна електрична нейростимуляція
FDA (Food and Drug Administration)	Управління з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США

Передмова мультидисциплінарної робочої групи

Клінічна настанова «Біль у попереку» (далі - КН) була створена на основі прототипу **Low Back Pain Clinical Care Standard September. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2022** (*Стандарт клінічної допомоги при болю в попереку, Австралійська комісія з безпеки та якості охорони здоров'я, 2022*), обраний робочою групою з використанням міжнародного інструменту – опитувальника з експертизи та оцінки настанов AGREE II як приклад найкращої практики надання медичної допомоги при болях в попереку, і є адаптованою для системи охорони здоров'я України та ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки її надання. Крім того, з метою розширення та доповнення інформації, робочою групою до цієї КН були включені розділи VIII та IX настанови **VA/DoD Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. US Department of Veterans Affairs (VA) and US Department of Defense (DoD). Version 3.0 – 2022** (*Клінічні рекомендації щодо діагностики та лікування болю в попереку. Міністерство у справах ветеранів США (VA) та Міністерство оборони США (DoD), 2022*), яка також була оцінена за AGREE II та отримала високі оцінки методологічної якості.

Ця КН була розроблена відповідно до Методики розробки та впровадження стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751. Фахівці у сфері охорони здоров'я ухвалюють рішення з урахуванням клінічної картини та обставин конкретного пацієнта, за результатами консультацій із пацієнтом та/або його/її законним представником на основі інформації, зазначеної у КН. Пацієнти можуть використовувати цю КН для обговорення із фахівцем у сфері охорони здоров'я питань стосовно надання медичної допомоги їх клінічних випадках.

Адаптація КН передбачає внесення до незмінного тексту оригінального документу коментарів робочої групи, у яких відображено можливість виконання тих чи інших положень КН в реальних умовах системи охорони здоров'я України, доступність медичних та реабілітаційних втручань, наявність реєстрації в Україні лікарських засобів, що зазначені в КН, відповідність нормативній базі щодо організації надання медичної та реабілітаційної допомоги.

Запропонована КН є рекомендаційним документом з найкращої медичної практики. Дотримання її положень не гарантує успішного лікування у кожному конкретному випадку; КН не можна розглядати як посібник, що включає усі необхідні методи діагностики та лікування або виключає інші. Ця КН є інструментом інформаційної підтримки лікаря і пацієнта в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, сприяючи підвищенню якості медичної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних ресурсів медичної допомоги. КН не відміняє індивідуальної відповідальності фахівців охорони здоров'я за прийняття належних рішень відповідно до обставин та стану конкретного

пацієнта. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення діагностики та лікування у конкретному закладі охорони здоров'я.

Low Back Pain Clinical Care Standard September. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2022

Заяви щодо якості

1. Початкове клінічне оцінювання

Оцінювання пацієнта, який звертається по допомогу у зв'язку з новим епізодом симптомів болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах та/або іншими неврологічними симптомами, повинне зосереджуватися на скринінгу на наявність специфічної та/або серйозної патології і врахуванні психосоціальних факторів. Таке оцінювання має включати цільове збирання анамнезу та фізикальний огляд, а також, за необхідності, сфокусоване неврологічне обстеження. Подальше спостереження організовується відповідно до доказового маршруту пацієнта з болем у попереку.

2. Психосоціальне оцінювання

Пацієнтам, які звертаються по допомогу у зв'язку з новим епізодом симптомів болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах та/або іншими неврологічними симптомами, слід якомога раніше проводити скринінг та оцінювання психосоціальних факторів, що можуть впливати на процес відновлення. Психосоціальне оцінювання має включати оцінювання розуміння пацієнтом свого діагнозу та болю, будь-яких занепокоєнь пацієнта і впливу болю на повсякденне життя. Таке оцінювання повторюють під час наступних візитів для вимірювання прогресу.

3. Обмеження застосування візуалізаційних досліджень випадками, коли існує підозра на серйозну патологію

Із пацієнтом слід обговорювати очікування щодо візуалізаційних досліджень та обмежену роль таких методів у діагностиці болю в попереку. Відповідне раннє направлення на візуалізаційні дослідження здійснюється за наявності ознак або симптомів специфічної та/або серйозної патології. Пацієнта слід повідомляти про ймовірність виявлення і клінічну значущість випадково виявлених патологій та проводити відповідне обговорення.

4. Навчання та консультування пацієнта

Пацієнту з болем у попереку слід надавати інформацію про його порушення здоров'я та конкретні рекомендації для кращого розуміння ним ситуації, усунення занепокоєнь та корекції очікувань. Із пацієнтом слід обговорювати потенційні користь, ризики і вартість лікарських засобів та інших варіантів лікування. Пацієнт повинен мати можливість ставити запитання та брати участь в ухваленні рішень щодо власного лікування.

5. Заохочення до самодопомоги та фізичної активності

Пацієнтів із болем у попереку слід заохочувати підтримувати активний спосіб життя та продовжувати займатися звичайною діяльністю (або якомога швидше, чи коли стане можливим повернутися до неї), включно з роботою. Слід обговорювати стратегії самодопомоги. Пацієнт і медичний працівник повинні разом розробити план із практичними рекомендаціями для максимального

збереження функцій та обмеження впливу болю й інших симптомів на повсякденне життя. Зазначений план має враховувати індивідуальні потреби та уподобання пацієнта.

6. Фізичні та/або психологічні втручання

На основі результатів клінічного та психосоціального оцінювання пацієнту з болем у попереку слід пропонувати фізичні та/або психологічні втручання. Метою терапії має бути подолання виявлених перешкод для відновлення.

7. Раціональне використання знеболювальних лікарських засобів

Пацієнту слід пояснювати, що метою застосування знеболювальних лікарських засобів є забезпечення фізичної активності, а не усунення болю. Призначення лікарського засобу здійснюється відповідно до чинних *клінічних настанов* із подальшим постійним оцінюванням ефективності та чітко визначеними цільовими показниками для припинення прийому. Фахівці повинні уникати призначення протисудомних лікарських засобів, бензодіазепінів та антидепресантів, оскільки їхня ефективність є обмеженою, а пов'язані з ними ризики часто переважають потенційну користь. Призначення опіоїдних знеболювальних засобів слід розглядати лише для ретельно відібраних пацієнтів, у найменшій дозі та на найкоротший можливий строк.

8. Повторне оцінювання і направлення

Пацієнти зі стійкими або прогресуючими симптомами/ ознаками чи функціональними порушеннями мають проходити раннє повторне оцінювання для визначення перешкод на шляху до покращення їхнього стану. Має розглядатися доцільність направлення для застосування мультидисциплінарного підходу. У разі сильного або прогресуючого болю у спині чи ногах, що не відповідає на інші методи лікування, а також за наявності прогресуючих неврологічних порушень або інших ознак специфічної та/або серйозної патології показаний огляд у хірурга або іншого спеціаліста.

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

Наведені нижче індикатори допоможуть службам охорони здоров'я здійснювати моніторинг ефективності надання ними допомоги відповідно до рекомендацій, наведених у цьому стандарті і призначені для підтримки заходів із підвищення якості, які реалізуються на місцевому рівні.

1. Початкове клінічне оцінювання

Індикатор 1a: наявність затвердженого на місцевому рівні протоколу оцінювання болю в попереку. У такому протоколі повинні бути визначені:

- маршрут оцінювання для виявлення специфічної та/або серйозної основної патології;
- затверджені на місцевому рівні валідовані інструменти для підтримки початкового оцінювання;
- процес забезпечення навчання медичних працівників застосуванню протоколу оцінювання та використанню затверджених інструментів;
- маршрут подальшого спостереження;
- процес оцінювання дотримання протоколу.

Індикатор 1b: частка пацієнтів із гострим болем у попереку, в медичній документації яких зафіксовані результати як початкового клінічного оцінювання, так і скринінгу на специфічну та/або серйозну основну патологію.

2. Психосоціальне оцінювання

Індикатор 2a: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що передбачає проведення раннього скринінгу пацієнтів на існування психосоціальних факторів при кожному новому зверненні. У такій політиці повинні бути визначені:

- процес забезпечення навчання медичних працівників застосуванню біопсихосоціального підходу для надання допомоги при больовому синдромі та виявлення психосоціальних факторів, пов'язаних із затримкою відновлення;
- затверджені на місцевому рівні інструменти оцінювання ризику, які допомагають медичним працівникам проводити раннє психосоціальне оцінювання;
- маршрути направлення до відповідних медичних працівників, які мають досвід у лікуванні больового синдрому і проведенні психологічної та/або фізичної терапії;
- процес оцінювання дотримання політики.

3. Обмеження застосування візуалізаційних досліджень випадками, коли існує підозра на серйозну патологію

Індикатор 3a: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що забезпечує належне використання візуалізаційних досліджень при болю в попереку. У такій політиці повинні бути визначені:

- показання до проведення візуалізаційних досліджень пацієнтам із болем у попереку;
- схвалені на місцевому рівні навчальні інструменти та ресурси, які слід використовувати для підтримки обговорення з пацієнтами доцільності візуалізації та інтерпретації її результатів;
- процес оцінювання дотримання політики.

Індикатор 3b: частка пацієнтів із новими епізодами болю в попереку, яких направлено на візуалізаційні дослідження і для яких відповідні показання до проведення таких досліджень зафіксовані в медичній документації.

4. Навчання та консультування пацієнта

Індикатор 4a: Наявність місцевих механізмів, що забезпечують надання пацієнтам інформації, консультацій та підтримки. Такі місцеві механізми мають визначати:

- інформацію, яку має отримати пацієнт із болем у попереку про своє порушення здоров'я;
- необхідність з'ясування у пацієнта з болем у попереку його занепокоєнь, пов'язаних із таким болем, а також очікувань щодо надання допомоги у зв'язку з ним;
- процес оцінювання того, чи були занепокоєння пацієнта, пов'язані з болем у попереку, розглянуті під час консультації.

5. Заохочення до самодопомоги та фізичної активності

Індикатор 5a: частка пацієнтів із болем у попереку, в медичній документації яких задокументовано обговорення стратегій самодопомоги та важливості підтримання фізичної активності шляхом продовження звичайної діяльності.

6. Фізичні та/або психологічні втручання

Індикатор 6a: частка пацієнтів із болем у попереку, які мають ризик несприятливих результатів та яких направлено до клінічних фахівців, які надають послуги з фізичної реабілітації та/або психологічні послуги.

Індикатор 6b: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що визначає маршрути направлення до медичних працівників, які надають відповідні послуги з фізичної реабілітації та/або психологічні послуги.

7. Раціональне використання знеболювальних лікарських засобів

Індикатор 7a: частка пацієнтів із болем у попереку, які отримували опіоїдні знеболювальні засоби.

Індикатор 7b: частка пацієнтів із болем у попереку, які отримували протисудомні лікарські засоби.

8. Повторне оцінювання і направлення

Індикатор 8a: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що визначає процес повторного оцінювання стану пацієнтів із болем у попереку та їх направлення. У такій політиці повинні бути визначені:

- показання та часові рамки для повторного оцінювання стану пацієнта з болем у попереку з метою перегляду діагнозу та плану лікування;
- маршрути направлення до відповідних надавачів послуг із охорони здоров'я і програм, орієнтованих на підтримку відновлення;
- механізми забезпечення ефективної комунікації між надавачами послуг із охорони здоров'я і пацієнтом;
- процес моніторингу ефективності рекомендованого лікування.

Визначення, необхідні для збирання та розрахунку даних за індикаторами, можна знайти за посиланням: meteor.aihw.gov.au/content/755790. Детальнішу інформацію про індикатори та інші заходи з підвищення якості наведено в додатку В.

Стандарти клінічної допомоги

Стандарти клінічної допомоги сприяють наданню доказової клінічної допомоги та спільному ухваленню рішень пацієнтами, піклувальниками і медичними працівниками. Метою таких стандартів є забезпечення отримання пацієнтами допомоги, що ґрунтується на провідних клінічних практиках, для лікування специфічних клінічних станів або проведення процедур, незалежно від місця лікування в Австралії.

Цей стандарт клінічної допомоги містить невелику кількість заяв щодо якості, що описують очікуваний рівень клінічної допомоги для специфічного клінічного стану або процедури. Для деяких заяв щодо якості передбачені індикатори, що допоможуть службам охорони здоров'я здійснювати моніторинг ефективності надання ними допомоги відповідно до рекомендацій, наведених у стандарті клінічної допомоги.

Стандарт клінічної допомоги не є клінічною настановою. У стандарті клінічної допомоги не описують усі компоненти допомоги при лікуванні специфічного клінічного стану або проведенні певної процедури; натомість увага зосереджується на ключових сферах допомоги, в яких потреба в підвищенні якості є найбільшою.

Метою стандартів клінічної допомоги є поліпшення результатів для здоров'я шляхом опису ключових компонентів належної допомоги, що дає змогу:

- пацієнтам і спільноті зрозуміти рекомендовану допомогу та свої варіанти лікування;
- медичним працівникам надавати допомогу відповідно до провідних практик;
- службам охорони здоров'я здійснювати моніторинг своєї ефективності і покращувати якість наданої допомоги.

Стандарти клінічної допомоги розробляє Австралійська комісія з безпеки та якості у сфері охорони здоров'я (Комісія) — урядове агентство Австралії, що очолює та координує національні заходи з підвищення безпеки та підвищення якості медичної допомоги на основі найкращих доступних доказів. Співпрацюючи з Урядом Австралії, штатами та територіями, приватним сектором, клінічними експертами, пацієнтами та піклувальниками, Комісія прагне забезпечити кращі інформування, підтримку й організацію системи охорони здоров'я для надання безпечної та якісної допомоги.

Про біль у попереку — Стандарт клінічної допомоги

Контекст

Біль у попереку — поширена форма проблем зі спиною, що в певний момент життя турбує більшість людей¹. Окрім больового синдрому, біль у попереку часто призводить до психологічного стресу і зниження якості життя²⁻⁴, а також є однією з основних причин інвалідності у світі⁵.

В Австралії проблеми зі спиною є основною причиною втрати працездатності, раннього виходу на пенсію та бідності через втрату доходу, а також однією з найпоширеніших причин звернення до відділень екстреної медичної допомоги⁶⁻¹². У 2018–2019 роках в Австралії на лікування захворювань опорно-рухового апарату, зокрема проблем зі спиною, було витрачено більше коштів, ніж на лікування будь-якої іншої категорії захворювань, порушень чи травм¹³.

Серія публікацій в *Австралійському атласі варіацій у сфері охорони здоров'я* допомогла виявити значні відмінності в наданні допомоги при болю в попереку в різних регіонах Австралії, зокрема щодо:

- проведення комп'ютерної томографії (КТ) поперекового відділу хребта¹⁴;
- застосування опіоїдних лікарських засобів^{14,15};
- хірургічних втручань на поперековому відділі хребта¹⁴⁻¹⁷.

У другому *Австралійському атласі варіацій у сфері охорони здоров'я* (Другий атлас) визначено потребу в підготовці в Австралії комплексних настанов щодо надання ранньої допомоги при болю в попереку, що ґрунтуються на настанові Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги «*Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and management*» [Біль у попереку та ішіалгія у людей віком старше за 16 років: оцінювання та надання допомоги], а також на інших відповідних якісних австралійських та міжнародних даних¹⁶.

У Другому атласі рекомендовано, щоб австралійські настанови забезпечували належне надання ранньої допомоги при болю в попереку та інформували пацієнтів про доступні варіанти лікування болю в попереку, їхні ризики та очікувану ефективність, а також сприяли розумінню цих варіантів пацієнтами⁶.

Доведено, що краще дотримання викладених у настановах рекомендацій щодо надання допомоги при болю в попереку забезпечує кращі результати для пацієнтів, у тому числі і швидші темпи відновлення та зменшення потреби в наданні безперервної допомоги^{18,19}. Їх дотримання також сприяє розсудливішому використанню методів візуалізації і доцільнішому використанню опіоїдів, інших лікарських засобів та інвазивних методів лікування, і в кінцевому підсумку забезпечує надання високоефективної допомоги більшій кількості пацієнтів^{9,20-22}.

У цьому стандарті клінічної допомоги описано основні компоненти допомоги, яку повинні отримувати пацієнти з болем у попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах.

Цілі

- Покращити раннє оцінювання, надання допомоги, повторне оцінювання стану та забезпечити належне ведення пацієнтів із болем у попереку.
- Зменшити використання методів обстеження та лікування, що можуть бути неефективними або непотрібними при лікуванні болю в попереку.

Обсяг допомоги

Цей стандарт клінічної допомоги стосується допомоги, яку повинні отримувати пацієнти віком від 16 років із болем у попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах. Він охоплює раннє клінічне оцінювання, надання допомоги, повторне оцінювання та направлення пацієнтів, які звертаються за допомогою з новим гострим епізодом симптомів болю в попереку.

Коментар робочої групи: Відповідно до законодавства України, дитиною вважається особа до досягнення повноліття, тобто до **18 років**. Згідно із Сімейним кодексом та Законом України «Про охорону дитинства», дитина — це особа, яка не досягла 18-річного віку. Це основний правовий критерій, що відповідає міжнародним нормам та Конвенції про права дитини.

Хоча цей стандарт не охоплює безперервне надання допомоги пацієнтам із хронічним болем у попереку, він включає надання ранньої допомоги пацієнтам із гострим епізодом, рецидивом або загостренням хронічного болю в попереку. Такі пацієнти можуть потребувати прискореного направлення та проходження подальшого оцінювання.

Стислий огляд обсягу допомоги, передбаченого цим стандартом клінічної допомоги, представлено на **рисунку 1**.

Заклади охорони здоров'я

Цей стандарт клінічної допомоги застосовується до всіх закладів охорони здоров'я, в яких надають таку допомогу, зокрема до:

- служб первинної медичної допомоги;
- відділень екстреної медичної допомоги.

Цей стандарт клінічної допомоги є особливо важливим для:

- лікарів загальної практики;
- надавачів допомоги у суміжних сферах охорони здоров'я, зокрема фізіотерапевтів, фармацевтів, психологів, мануальних терапевтів, ерготерапевтів, остеопатів та парамедиків;
- лікарів екстреної медичної допомоги;
- медичних сестер/ братів та практикуючих медичних сестер/ братів.

Він також може бути актуальним для інших спеціалізованих служб, що надають передбачену цим стандартом допомогу.

Не всі заяви щодо якості в цьому стандарті клінічної допомоги застосовні до кожної служби охорони здоров'я або клінічного підрозділу. Під час визначення того, як застосовувати кожну заяву, служби охорони здоров'я повинні враховувати свої індивідуальні обставини.

Впровадження стандарту здійснюється з урахуванням контексту надання допомоги, місцевих варіацій та пріоритетів конкретної служби охорони здоров'я щодо підвищення якості.

Що не охоплено цим стандартом

Цей стандарт клінічної допомоги **не охоплює**:

- проведення хірургічних втручань або показання до їх проведення (наприклад, спондилодез та заміни дисків, диссектомії, ламінектомії);
- безперервне надання допомоги при болю в попереку, що триває понад 12 тижнів, окрім початкової допомоги при тяжкому загостренні (хоча багато принципів допомоги, описаних у стандарті, можуть бути актуальними для таких випадків)⁹;
- діагностику або лікування конкретних причин болю в попереку, таких як:
 - запальні захворювання (наприклад, аксіальний спондилоартрит);

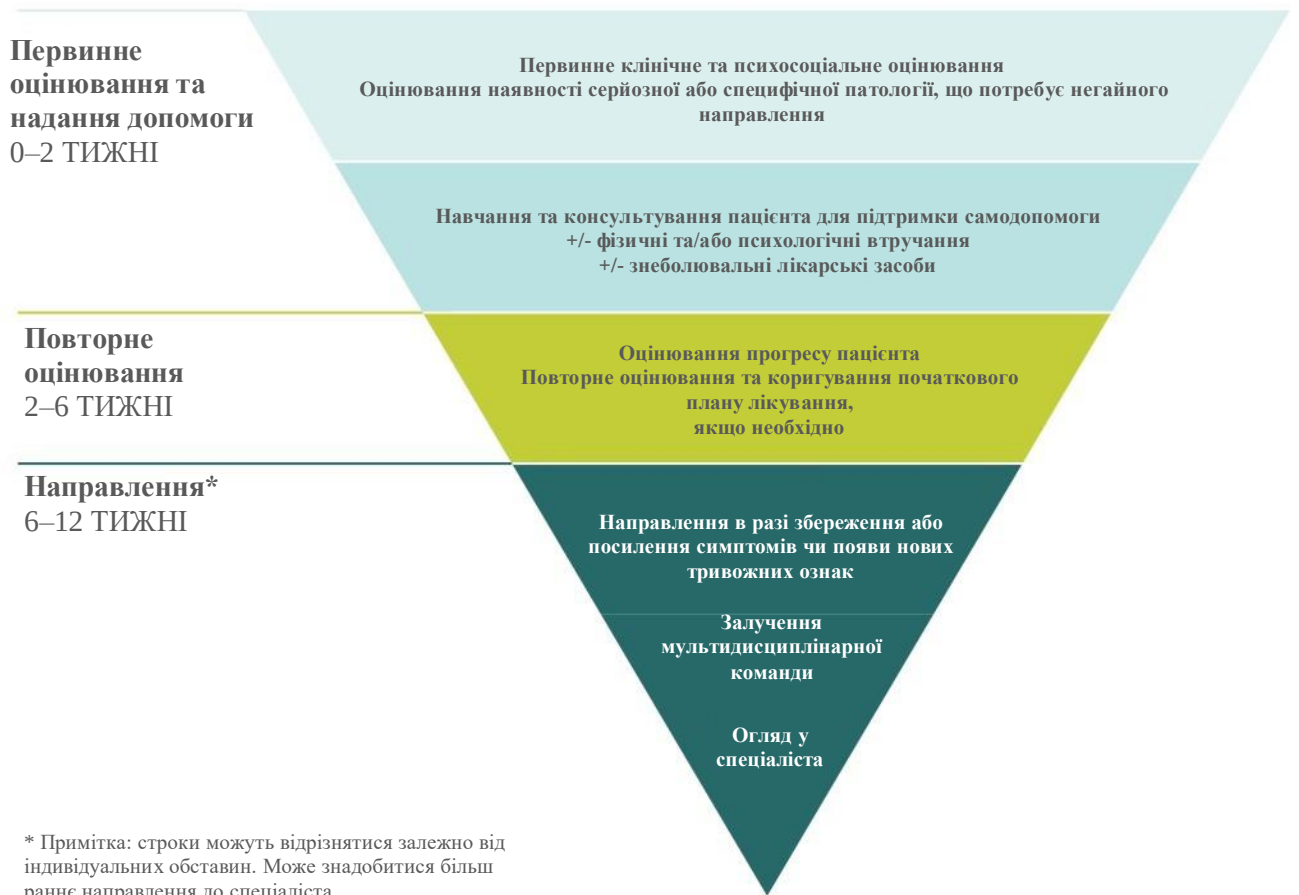
- інфекції (наприклад, дисцит, остеомієліт, епідуральний абсцес);
- переломи;
- новоутворення;
- метаболічні захворювання кісток (наприклад, остеопоротичні переломи, хвороба Педжета);
- причини болю в спині, не пов'язані із захворюваннями хребта;
- дегенеративні захворювання хребта.

Терміни та визначення

Термін	Визначення, що використовується в цьому документі
Біль у ногах	Біль, що віддає в одну або обидві ноги. У міжнародних настановах для його позначення використовують терміни «радикулярний біль» та «ішіалгія/ішіас».
Біль у попереку	Симптоми болю, що локалізуються між нижнім краєм ребер і сідничними складками. Такі симптоми часто супроводжуються болем в одній або обох ногах. У деяких пацієнтів можуть спостерігатися також неврологічні симптоми в нижніх кінцівках ²³ . У цьому документі термін «біль у попереку» використовується для опису болю без встановленої причини, який не вважається пов'язаним зі специфічною або серйозною патологією, на основі клінічного оцінювання або результатів обстежень. У літературі такий стан описується як «неспецифічний», «невстановленої етіології», «недіагностований», «механічний» або «м'язово-скелетний» біль у попереку. Біль у попереку може бути гострим або хронічним залежно від тривалості симптомів.
Медичний працівник	Будь-який надавач послуг у сфері охорони здоров'я, включно із зареєстрованими та незареєстрованими практиками, які надають безпосередню клінічну допомогу пацієнтам, зокрема лікарі, медичні сестри/ брати, парамедик, Австралійці та фізіотерапевти.
Психосоціальні фактори, що можуть впливати на відновлення	Фактори, пов'язані з підвищеним ризиком розвитку інвалідності у людей із болем у попереку. У літературі часто використовують термін «попереджувальні сигнали», проте він не використовується в цьому стандарті клінічної допомоги.
Служба охорони здоров'я	Послуги з охорони здоров'я надаються в різних умовах. Служби охорони здоров'я можуть відрізнятися за розміром та організаційною структурою — від індивідуальної практики до багатoproфільних установ. У цьому стандарті термін «служба охорони здоров'я» вживається на позначення суб'єктів, що відповідають за управління наданням послуг.

Термін	Визначення, що використовується в цьому документі
Специфічна та/або серйозна патологія	Визнані патологічні причини симптомів болю в попереку, наприклад, перелом хребця, злоякісне новоутворення, інфекція або синдром кінського хвоста. Примітка: термін «специфічна та/або серйозна патологія» використовується замість терміна «тривожні сигнали». Термін «тривожні сигнали» зазвичай використовують на позначення ознак в анамнезі або клінічних ознак, які, як вважається, підвищують ймовірність серйозного діагнозу. Однак майже всі загальноприйняті «тривожні сигнали» є неінформативними і суттєво не змінюють ймовірності виявлення серйозної патології до проведення відповідних досліджень, тому цей термін не використовується²³.

Рисунок 1. Загальний огляд надання допомоги згідно зі стандартом клінічної допомоги при болю в попереку



Коментар робочої групи: При скаргах пацієнта на легкий або помірний біль у спині при відсутності тривожних симптомів «червоних прапорців» (слабкість у кінцівках, затримка або нетримання сечі, лихоманка тощо – див.таблицю 1 та додаток), медична допомога пацієнту надається на первинному рівні лікарями ЗПСМ. При відсутності позитивної динаміки після 14-го дня лікування, пацієнт направляється на консультацію до лікаря-невролога (амбулаторно). Лікар-невролог проводить комплексну оцінку стану пацієнта, за необхідності призначає проведення нейровізуалізації (КТ або МРТ) та проводить корекцію лікування.

Докази, на яких ґрунтується цей стандарт клінічної допомоги

Ключовими джерелами доказів, на яких ґрунтується цей Стандарт клінічної допомоги при болю в попереку, є чинні міжнародні клінічні настанови, розроблені:

- Національним інститутом охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Сполученого Королівства²⁴;
- Шотландською міжколегіальною мережею з розробки клінічних настанов²⁵;
- Американською колегією лікарів²⁶;

- Центром знань у сфері охорони здоров'я Бельгії²²;
- Управлінням охорони здоров'я Данії²⁷;
- Групою з розробки настанов щодо лікування захворювань Німеччини²⁸;
- Канадським інститутом економіки охорони здоров'я²⁹;
- Американською колегією фахівців у сфері медицини праці та довкілля³⁰;
- Департаментом у справах ветеранів та Міністерством оборони США³¹;
- Північноамериканським товариством лікування хребта³².

Іншими настановами, що можуть допомогти в ухваленні клінічних рішень та розробці місцевої політики, є, зокрема:

- настанови «*Management of People with Acute Low Back Pain: Model of care*» [Лікування пацієнтів із гострим болем у попереку: модель надання допомоги], розроблені Агентством клінічних інновацій Нового Південного Уельсу⁹;
- «*Clinical Prioritisation Criteria: Spine (orthopaedics)*» [Критерії клінічної пріоритизації пацієнтів: Захворювання хребта (ортопедія)], розроблені Департаментом охорони здоров'я штату Квінсленд³³;
- *Therapeutic Guidelines: Rheumatology* [клінічні настанови з ревматології]³⁴;
- *Therapeutic Guidelines: Pain and Analgesia* [Клінічні настанови щодо болю та знеболення]³⁵.

Повний перелік джерел доказів, на яких ґрунтується цей стандарт клінічної допомоги, доступний на [вебсайті Комісії](#).

Супровідні документи

Супровідні документи до цього стандарту клінічної допомоги, доступні на [вебсайті Комісії](#).

Як користуватися цим стандартом клінічної допомоги

Заяви щодо якості описують очікуваний стандарт для ключових компонентів допомоги пацієнтам. У стандарті пояснено значення кожної такої заяви:

- **для пацієнтів**, щоб вони знали, яку допомогу може надати їм система охорони здоров'я;
- **для медичних працівників**, щоб допомагати їм ухвалювати рішення щодо належної допомоги;
- **для надавачів послуг із охорони здоров'я**, щоб інформувати їх про політики, процедури та організаційні фактори, які можуть сприяти наданню якісної допомоги.

Загальні принципи надання допомоги

Цей стандарт клінічної допомоги слід впроваджувати як частину загального підходу до забезпечення безпечності та якості клінічної допомоги з

дотриманням зазначених нижче принципів, що формують основу безпечної та якісної допомоги:

- людино-орієнтована допомога та спільне ухвалення рішень;
- інформована згода;
- культурна безпека для аборигенів Австралії та аборигенів островів Торресової протоки;
- рівноправність у наданні допомоги пацієнтам різного походження.

Під час застосування інформації, наведеної у стандарті клінічної допомоги, медичним працівникам рекомендовано користуватися клінічним судженням, враховувати індивідуальні обставини пацієнта та проводити консультації з пацієнтом або людьми, які його підтримують.

Для отримання додаткової інформації та ресурсів Комісії див. **додаток А.**

Вимірювання для підвищення якості

Вимірювання — ключовий компонент процесів підвищення якості. Щоб допомогти медичним працівникам та службам охорони здоров'я здійснювати моніторинг ефективності надання ними допомоги відповідно до рекомендацій, наведених у цьому стандарті клінічної допомоги, Комісія розробила спеціальний набір індикаторів. Ці індикатори призначені для підтримки місцевих заходів із підвищення якості. Контрольні значення для цих індикаторів не встановлюються.

Індикатори наведено разом із відповідними заявами щодо якості. Визначення, необхідні для збирання та розрахунку даних індикаторів, доступні за посиланням: meteor.aihw.gov.au/content/755790. Детальнішу інформацію про індикатори та інші заходи з підвищення якості наведено в **додатку В.**

Інформація про інші показники якості, включно з показниками результатів, про які повідомляють пацієнти, та показниками досвіду пацієнтів, наведена в **додатку С.**

Відповідність національним стандартам та вимогам до акредитації

Упровадження цього стандарту клінічної допомоги як частини заходів із підвищення якості може допомогти:

- службам екстреної медичної допомоги дотримуватися вимог Національних стандартів безпечності та якості послуг охорони здоров'я (NSQHS)³⁶;
- службам первинної медичної допомоги дотримуватися вимог Національних стандартів безпечності та якості послуг первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад (стандарти первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад)³⁷.

Більше інформації про стандарти клінічної допомоги, NSQHS та стандарти первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад див. у **додатку D.**

Загальна інформація про біль у попереку

Приблизно кожен шостий австралієць повідомляє про проблеми зі спиною, які включають низку захворювань опорно-рухового апарату³. Найпоширенішим типом проблем зі спиною є біль у попереку, на який припадає значна частка тягаря, пов'язаного з болем у спині та кістково-м'язовим болем, в Австралії та в усьому світі^{3,5,38}. Цей тягар зростає і, як очікується, продовжуватиме зростати мірою старіння населення^{1,3,5,38}. Проблеми зі спиною є другою за поширеністю причиною звернення австралійців до лікарів загальної практики⁷, а також однією з основних причин звернення до відділень екстреної медичної допомоги в Австралії та у світі^{6,39}.

Біль у попереку — це біль, який відчувається в нижньому (поперековому) відділі хребта, розташованому між 12-м ребром і нижньою сідничною складкою⁴⁰. Зазвичай він супроводжується болем в одній або обох ногах²³.

Більшість людей відчувають біль у попереку принаймні один раз упродовж життя^{35,38}, найчастіше — в середньому або старшому віці^{1,3,6,7,9-11,41}. Не всі люди з болем у попереку звертаються за медичною допомогою⁴²⁻⁴⁴, адже нові епізоди зазвичай короточасні і швидко минають самостійно⁴⁵. Більшість людей, які все-таки звертаються до надавача послуг із охорони здоров'я, швидко відновлюються завдяки наданню первинної медичної допомоги протягом перших шести тижнів після звернення, без потреби в додаткових обстеженнях, направленнях або зверненні до відділення екстреної медичної допомоги^{8,9,24,40,46,47}. Після перших шести тижнів відновлення відбувається повільніше, але більшість людей все одно можуть досягти мінімального рівня болю та обмежень через рік, особливо якщо вони звертаються за допомогою на ранній стадії гострого епізоду⁸.

Попри це, рецидиви є досить поширеними і становлять істотну частину тягаря, пов'язаного з болем у попереку^{48,49}. Приблизно чверть пацієнтів, які спочатку відновлюються після гострого епізоду, мають повторні епізоди протягом року⁴⁹. У невеликій частки пацієнтів біль у попереку може набути постійного або хронічного характеру, що повторюється епізодично або зберігається з періодичними загостреннями⁴³. У такому разі надання допомоги стає складнішим, а відновлення — повільнішим^{8,9,23,47-50}.

Існує загальний міжнародний консенсус щодо найефективніших підходів до надання допомоги при болю в попереку. Належна рання допомога може знизити ризик рецидиву та прогресування до постійного або хронічного болю в попереку^{4,8,47-49,51,52}.

Рекомендації з клінічних настанов включають:

- стратифікацію ризику з використанням біопсихосоціальної моделі для виявлення пацієнтів із ризиком несприятливого результату;
- надання первинної медичної допомоги з використанням неінвазивних методів лікування, спрямованих на покращення рухової функції, та врахування психосоціальних факторів⁴⁶, зокрема шляхом самопомоги, що включає фізичну та психологічну терапії;

- обмеження застосування лікарських засобів, навіть поширених знеболювальних препаратів, таких як нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) та парацетамол.

Із низки причин багато людей не отримують рекомендовану в клінічних настановах допомогу^{46,53}. В нещодавньому систематичному огляді 195 000 пацієнтів у семи країнах, включно з Австралією, було виявлено, що серед пацієнтів, які звертаються до надавачів первинної медичної допомоги та відділень екстреної медичної допомоги з болем у попереку, спостерігається надмірне використання візуалізаційних досліджень та опіоїдних лікарських засобів, а також недостатнє надання пацієнтам відповідних рекомендацій та інформації. Зокрема:

- візуалізаційні дослідження проходили чверть пацієнтів із болем у попереку в закладах первинної медичної допомоги та третина пацієнтів у відділеннях екстреної медичної допомоги;

- менш ніж половина пацієнтів отримували відповідні ліки; третина пацієнтів у закладах первинної медичної допомоги та до двох третин пацієнтів у відділеннях екстреної медичної допомоги отримували опіоїдні лікарські засоби;

- лише 1 із 5 пацієнтів у закладах первинної медичної допомоги отримував від свого надавача послуг з охорони здоров'я рекомендації та інформацію, що відповідали рекомендаціям, викладеним у клінічних настановах⁵⁴.

Дослідження, проведене в Канаді, також показало, що багато пацієнтів, які отримували первинну медичну допомогу, не отримували належного лікування перед направленням до хірурга. Автори припускають, що пацієнти, яким не проводять належне початкове лікування, можуть мати ризик розвитку постійного болю в спині або його посилення під час очікування хірургічного обстеження²¹.

Біопсихосоціальний підхід до оцінювання та допомоги

Загалом, у клінічних настановах універсально рекомендоване проведення скринінгу на наявність серйозних патологій (таких як злоякісні новоутворення, переломи хребців, інфекції або запальні захворювання)⁹. Однак на такі патології припадає менше, ніж 1% випадків на рівні первинної медичної допомоги^{23,55}. Наполегливо рекомендовано використовувати біопсихосоціальну модель для оцінювання та надання допомоги при болю в попереку без специфічного ноцицептивного джерела^{24,26,27,46}. Покращення інформування та навчання застосуванню цієї моделі для оцінювання болю в попереку та надання допомоги при ньому мають важливе значення для зменшення кількості непотрібних обстежень і лікування та покращення результатів пацієнтів⁵⁶.

Візуалізаційні дослідження

Хоча для візуалізації хребта можна використовувати такі методи, як магнітно-резонансна томографія (МРТ), КТ та рентгенографія, у настановах для проведення візуалізаційних досліджень при болю в попереку передбачені лише деякі показання. Якщо відсутні тривожні сигнали або підозри на серйозну патологію, або якщо дослідження наймовірніше не вплине на лікування

пацієнта, рутинне використання візуалізаційних досліджень не рекомендоване, оскільки їх результати часто погано корелюють із симптомами³⁴. Випадкові знахідки також можуть призвести до непотрібного хвилювання пацієнтів та додаткових обстежень і лікування, що мають невелику клінічну цінність^{40,46,56}.

Для забезпечення належного використання візуалізації у пацієнтів із болем у попереку, в рамках ініціативи «Choosing Wisely» [Мудрий вибір] в Австралії, п'ять провідних професійних товариств та колегій клінічних спеціалістів рекомендують не проводити візуалізацію за відсутності ознак серйозної основної причини болю в попереку⁵⁷.

Вибір методу візуалізації для пацієнтів із болем у попереку, які її потребують, залежить від підозрюваної патології³⁴. Зазвичай надається перевага МРТ, що проводиться в спеціалізованих закладах, оскільки вона має вищу чутливість та кращий профіль безпечності^{24,34,58}. Хоча застосування КТ та рентгенографії є обмеженим, їх можна використовувати за наявності тривожних сигналів після оцінювання ризиків і користі, якщо МРТ протипоказана або недоступна, або якщо раннє направлення до спеціаліста неможливе^{34,41,44,59}.

Неодноразово висловлювалися занепокоєння щодо можливого надмірного використання візуалізаційних досліджень поперекового відділу хребта. У першому *Австралійському атласі варіацій у сфері охорони здоров'я* повідомлялося, що у 2013–2014 рр. частота використання послуг КТ поперекового відділу хребта, що покриваються програмою медичного страхування «Medicare», була в 11,8 разів вищою у регіоні з найбільшою кількістю обстежень порівняно з регіоном з найменшою кількістю¹⁴. Хоча дані Атласу не дають змоги оцінити доцільність направлень на проведення візуалізації, існує явна невідповідність між кількістю проведених КТ та поширеністю серйозних причин болю в попереку. Оскільки ймовірність діагностування серйозного захворювання є низькою, така невідповідність свідчить про те, що деякі пацієнти проходять візуалізаційні дослідження, які є недоцільними і мають невелику діагностичну користь або взагалі її не мають, проте піддають пацієнтів непотрібному опроміненню⁵⁵.

Коментар робочої групи: *Направлення на нейровізуалізаційні дослідження проводить лікар-невролог. За відсутності тривожних симптомів / «червоних прапорців» (див.таблицю 1 та/або додаток) у пацієнта, нейровізуалізацію (КТ або МРТ) не проводять, якщо симптоми тривають менше 14 днів, а також якщо у пацієнта відзначається покращення на тлі призначеного лікування. У випадку розвитку парезу кінцівки (-ок), розвитку гострої затримки або нетримання сечі, при наявності інших тривожних симптомів, за необхідності, нейровізуалізацію (КТ або МРТ) проводять за ургентним направленням.*

Навчання та самодопомога

Згідно з клінічними настановами, рекомендоване навчання пацієнтів для підтримання самодопомоги та відновлення звичайної діяльності й фізичної

активності⁴⁶. Рекомендовані активні стратегії, що враховують психосоціальні фактори, замість пасивних підходів, таких як ліжковий режим та застосування знеболювальних лікарських засобів, що ще більше обмежують функції^{46,56}.

Важливою частиною лікування є інформування пацієнтів про фактори способу життя, що можуть посилювати симптоми. Куріння, відсутність фізичної активності та ожиріння самі по собі є факторами, що пов'язані з болем у попереку³⁴. Зміна способу життя може зменшити симптоми болю в попереку. Наприклад, доведено, що зниження маси тіла на 5% зменшує симптоми болю у попереку⁶⁰.

Перешкодами для доказового надання допомоги є хибні уявлення громадськості і медичних працівників щодо причин болю в попереку і прогнозів, а також щодо ефективності різних методів лікування⁵⁶. Послідовне інформування та заспокоєння з боку медичних працівників, які беруть участь у наданні пацієнту допомоги, мають важливе значення для спростування міфів і забезпечення спільного ухвалення рішень. Важливо перевіряти, чи розуміє пацієнт рекомендації і чи відчуває заспокоєння.

Низький рівень грамотності в питаннях здоров'я є фактором ризику отримання незадовільних результатів лікування⁶¹. Хронічний біль у попереку, що обмежує працездатність, непропорційно часто вражає людей із низьким рівнем доходу та освіти²³. Усвідомлення того, як рівень грамотності пацієнтів у питаннях здоров'я впливає на їхню здатність знаходити, розуміти та застосовувати медичну інформацію, допомагає медичним працівникам адаптувати навчання пацієнтів і комунікацію з ними для підтримки самодопомоги.

Коментар робочої групи: *Пацієнтам з болем у спині лікарі ЗПСМ, лікарі-неврологи підкреслюють важливість відновлення звичайної фізичної активності. Не слід рекомендувати ліжковий режим. Слід звертати увагу пацієнтів на профілактику розвитку болю в спині: зниження зайвої маси тіла, регулярні фізичні вправи, модифікація способу життя тощо.*

Фармакологічні втручання

Згідно з клінічними настановами, рекомендовано застосовувати фармакологічну терапію як терапію другого ряду при болю в попереку після самодопомоги та застосування фізичних або психологічних стратегій покращення функціонування⁴⁶. Водночас при болю в попереку часто застосовують різні лікарські засоби, деякі з яких не мають доведеної ефективності.

За необхідності в медикаментозному лікуванні НПЗЗ рекомендовані як лікарські засоби першого ряду для людей із низьким ризиком шкоди від застосування НПЗЗ^{3,47,62}. Хоча опіїодні знеболювальні засоби полегшують виражений гострий біль, вони пов'язані з високим ризиком, можуть спричиняти значну шкоду (в тому числі смерть), і не є значно ефективнішими, ніж інші широко використовувані препарати, такі як НПЗЗ, для допомоги при болю в попереку⁶³. Якщо після ретельного аналізу ризиків і користі застосування

опіоїдного знеболювального засобу вважається доцільним, рекомендовано застосовувати препарати з негайним вивільненням для короткострокового використання в найменшій ефективній дозі і протягом найкоротшого можливого строку^{3,15,24,47,62,64}.

У третьому *Австралійському атласі варіацій у сфері охорони здоров'я* повідомлялося, що в 2013–2017 рр. рівень відпуску опіоїдних знеболювальних засобів на 100 000 людей у масштабі країни зріс на 5%¹⁵. Занепокоєння щодо недоцільного призначення та зловживання опіоїдними лікарськими засобами спонукало компетентні органи влади Австралії вжити низку заходів для мінімізації шкоди¹⁵, зокрема взяти участь у Глобальній ініціативі Всесвітньої організації охорони здоров'я із забезпечення безпеки пацієнтів «Global Patient Safety Challenge: Medication without Harm»⁶⁵ та розробити [*«Opioid Analgesic Stewardship in Acute Pain Clinical Care Standard» \[Стандарт клінічної допомоги при гострому болю з використанням опіоїдних знеболювальних засобів\]*](#), що підтримується Адміністрацією з лікарських засобів Австралії⁶⁶.

Коментар робочої групи: Нижче у цій КН наведено зведену таблицю рекомендацій настанови VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain з визначенням їх сили, щодо ведення пацієнтів із болем у попереку (у нижній частині спини), в окремій таблиці наведено окремі лікарські засоби, що можуть використовувати для лікування болю у спині.

Хірургічні втручання

У першому, другому та четвертому виданнях *Австралійського атласу варіацій у сфері охорони здоров'я* повідомлялося про виявлення значних відмінностей у частоті госпіталізації пацієнтів віком від 18 років для проведення хірургічних втручань на поперековому відділі хребта^{14,16,17}. Потрібен додатковий аналіз причин такої варіації. Серед можливих факторів, згаданих в атласах, були невизначеність стосовно дотримання рекомендацій із клінічних настанов щодо надання ранньої допомоги при болю у попереку на рівні первинної медичної допомоги, а також відсутність доступу до моделей допомоги, що заохочують до самопомоги та застосування міждисциплінарного підходу. Краще застосування клінічних настанов, зокрема рекомендацій щодо оцінювання психосоціальних факторів та управління ними й оптимального використання нехірургічних методів лікування, може запобігти прогресуванню болю та погіршенню функціонування у пацієнтів із болем у попереку, що водночас сприятиме покращенню доступу до допомоги для пацієнтів, які можуть отримати користь від хірургічного втручання^{21,67}, наприклад, у випадку хірургічної декомпресії хребта у людей із болем у попереку та болем у ногах, нехірургічне лікування яких не забезпечило полегшення болю або покращення функціонування²⁴.

Впровадження

Існує кілька викликів, пов'язаних із впровадженням доказових рекомендацій щодо клінічної допомоги при болю в попереку^{68,69}. Бар'єри, про які повідомлялося, включають:

- діючі моделі відшкодування вартості послуг із охорони здоров'я;
- коротка тривалість консультацій на рівні первинної медичної допомоги;
- недостатня обізнаність про клінічні настанови або низький рівень впровадження клінічних настанов;
- хибні уявлення лікарів про найкращу допомогу⁶⁹;
- страх судових позовів у разі невиявлення серйозної патології;
- очікування пацієнтів⁴⁶;
- довгий час очікування²³;
- повна відсутність послуг із підтримки самодопомоги або відсутність доступу до них²³;
- повна відсутність ефективних спеціалізованих втручань або відсутність доступу до них²³.

Впровадження цього стандарту клінічної допомоги в поєднанні з іншими заходами, спрямованими на покращення надання допомоги при болю в попереку в секторі охорони здоров'я, має важливе значення для подолання деяких із зазначених вище проблем та досягнення кращих результатів для здоров'я.

Заява щодо якості 1. Первинне клінічне оцінювання

Оцінювання пацієнта, який звертається за допомогою у зв'язку з новим епізодом симптомів болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах та/або іншими неврологічними симптомами, повинно зосереджуватися на скринінгу на наявність специфічної та/або серйозної патології і врахуванні психосоціальних факторів. Таке оцінювання має включати цільове збирання анамнезу та фізикальний огляд, а також, за необхідності, сфокусоване неврологічне обстеження. Подальше спостереження організовується відповідно до доказового маршруту пацієнта з болем у попереку.

Мета

Забезпечення надання допомоги пацієнту на основі результатів збору анамнезу та фізикального огляду, проведених для виявлення серйозної патології, а також оцінювання болю, фізичних можливостей і функціонування пацієнта^{24,40}.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

У разі звернення до медичного працівника у зв'язку з болем у попереку він/вона має запитати:

- про характер болю;
- як біль впливає на повсякденне життя;
- як біль впливає на самопочуття;
- про попередні проблеми зі здоров'ям та анамнез.

Це допоможе медичному працівнику зрозуміти ваші потреби та цілі надання допомоги⁴⁰. Медичний працівник огляне вас і перевірить наявність

ознак серйозних проблем зі здоров'ям, а також, за необхідності, може направити вас на додаткові обстеження або дослідження. Попри те, що біль у спині може бути дуже сильним і заважати жити нормальним життям, серйозні причини його виникнення зустрічаються дуже рідко (менше ніж у 5% випадків)²³.

Якщо серйозна патологія малоймовірна, біль у попереку зазвичай лікують простими заходами, оскільки з часом біль минає самостійно. Часто неможливо і не потрібно визначати точну причину болю в попереку, адже його лікування можливе без з'ясування причини³⁴. Пацієнти можуть також відчувати біль у ногах, що може бути спричинений защемленням нерва — це так званий «радикулярний біль», «ішіалгія/ішіас» або «біль, який іррадіює», що починається у спині, але відчувається в ногах¹¹. У більшості пацієнтів цей біль лікується так само, як і біль у попереку.

Слід обговорити з медичним працівником, яке подальше спостереження вам може знадобитися. Можливо, доведеться відвідати медичного працівника ще кілька разів для перевірки симптомів та вашого самопочуття, а також для коригування лікування за потреби. У разі появи нових симптомів, таких як проблеми з контролем сечовипускання чи дефекацію, або оніміння чи слабкість у ногах, спині чи статевих органах, негайно зверніться до медичного працівника.

Для медичних працівників

Початкове оцінювання включає цільове збирання анамнезу, зокрема з урахуванням характеру болю, попереднього анамнезу, оцінювання функціональних спроможностей та наявності тривожних ознак, що можуть свідчити про специфічну та/або серйозну патологію (див. **таблицю 1**)⁹. Слід також розглядати можливі диференційні діагнози, наприклад, нефрит, коліт, остеоартрит кульшового суглоба та розшарування аорти.

Фізикальний огляд включає оцінювання постави, пальпацію кісток і м'яких тканин для перевірки болючості і тону, а також оцінювання рухливості та супутнього болю. Фізикальний огляд допомагає встановити діагноз і може сприяти зміцненню довіри пацієнта до медичного працівника^{9,22,28,29,31}.

Слід розглянути можливість використання доказового клінічного маршруту пацієнта з болем у попереку, що передбачає належне оцінювання пацієнтів із такими симптомами. Такий маршрут включає скринінг на наявність специфічної та/або серйозної патології. Він також передбачає можливість використання валідованих інструментів, таких як [Короткий опитувальник щодо болю \(скорочена форма\)](#)⁷⁰ або [Інструмент CORE для оцінювання болю у спині](#)⁷¹, для підтримки процесу оцінювання і моніторингу динаміки стану пацієнта⁴⁰. Крім того, маршрут передбачає можливість направлення до відповідних спеціалістів для надання подальшої допомоги, якщо вона необхідна.

При гострому болю в ногах без вираженої або прогресуючої слабкості в м'язах початкова допомога є такою самою, як і при гострому болю в попереку^{9,34}.

За наявності клінічних підозр на неврологічні порушення пацієнтам із симптомами болю в попереку та/або симптомами болю в ногах необхідно проводити сфокусовані неврологічні тести, зокрема піднімання прямих ніг, оцінювання глибоких сухожильних рефлексів, а також тестування сили й чутливості м'язів⁷².

У разі виявлення тривожних ознак, що свідчать про специфічну та/або серйозну патологію, слід призначати відповідні обстеження або втручання. Наявність кількох тривожних ознак свідчить про більшу ймовірність серйозної патології порівняно з наявністю однієї тривожної ознаки³⁴. При клінічних ознаках стискання корінців спинномозкових нервів чи компресії спинного мозку зі швидко прогресуючими неврологічними ознаками або симптомами³³, а також при підозрі на інфекційне захворювання хребта, синдром кінського хвоста, пухлину хребта, травму або перелом показане невідкладне обстеження або направлення до спеціаліста^{1,9}.

Визначте найімовірніший діагноз^{2,11,72}, задокументуйте результати оцінювання та повідомте їх пацієнту. Забезпечте подальше спостереження для моніторингу стану або додаткового оцінювання. Під час наступних візитів повторно оцінюйте стан пацієнта, щоб перевірити динаміку симптомів або виявити нові тривожні ознаки, що потребують невідкладного обстеження або консультації спеціаліста (див. **заяву щодо якості 8 «Повторне оцінювання і направлення»**)^{35,40}.

Таблиця 1. Тривожні ознаки серйозних патологій у пацієнтів із болем у попереку

Серйозна патологія	Тривожні ознаки
Інфекційне захворювання хребта (наприклад, остеомієліт, епідуральний абсцес)	● Симптоми та ознаки інфекції (лихоманка) ● Підвищені рівні маркерів запалення (С-реактивного білка, швидкості осідання еритроцитів) ● Наявність факторів ризику інфекції (основного захворювання, імуносупресії, проникаючої рани, вживання наркотичних речовин внутрішньовенно)
Перелом хребця	● Наявність серйозної травми в анамнезі ● Наявність незначної травми в анамнезі, якщо пацієнт: ○ старший за 50 років; ○ має в анамнезі остеопороз або приймає кортикостероїди.

¹ Перелік поширених травм хребта, які вимагають негайного направлення до відділення екстреної медичної допомоги і не підлягають направленню на планову консультацію або до відділення травматології, див. у розділі [«Spine \(Orthopaedics\)»](#) на вебсайті Департаменту охорони здоров'я штату Квінсленд³³.

² Серед ймовірних діагнозів^{11,72}:

- тяжкі захворювання хребта (менше ніж 1% випадків на рівні первинної медичної допомоги);
- радикальний біль або нейрогенна кульгавість (5–10% випадків на рівні первинної медичної допомоги);
- неспецифічний біль у попереку (90–95% випадків на рівні первинної медичної допомоги).

Серйозна патологія	Тривожні ознаки
Злоякісне новоутворення	● Злоякісне новоутворення в анамнезі ● Вік старший за 50 років ● Відсутність покращення після лікування ● Нез'ясована втрата маси тіла ● Біль у кількох ділянках ● Біль у стані спокою ● Симптоми з боку інших систем організму (наприклад, кашель, дисфагія)
Вісцеральне захворювання (наприклад, панкреатит, аневризма аорти)	● Раптова поява болю ● Біль у животі, що віддає у спину ● Супутні колапс або гіпотензія ● Відсутність факторів, що посилюють біль (наприклад, біль не посилюється під час рухів хребта)
Підозрюваний синдром кінського хвоста або його загроза	Ранні симптоми⁷³: ● двостороння/ поперемина радикулопатія; ● суб'єктивні порушення функції сфінктерів; ● суб'єктивні зміни чутливості в ділянці промежини. Встановлені симптоми: ● зміни функції сечового міхура та/або кишечника (затримка сечі, нетримання калу); ● зниження чутливості в «сідловій» зоні; ● прогресуюча двостороння слабкість стоп або ніг.
Патологія спинного мозку (мієлопатія)	● Зниження чутливості ● Гіперрефлексія або гіпорефлексія ● Згинальні (позитивні) підшовні рефлекси ● Втрата чутливості ● Порушення ходи ● Порушення рівноваги ● Порушення дрібної моторики ● Клонус
Аксіальний спондилоартрит	● Вік молодший за 40 років ● Тривалість симптомів понад три місяці ● Тривала ранкова скутість і нічний біль ● Попереминальний біль у сідницях ● Змінена або широка хода ● Полегшення симптомів під час фізичної активності чи виконання вправ і відсутність полегшення у стані спокою ● Реакція на нестероїдні протизапальні препарати

Джерело: на основі *Therapeutic Guidelines: Rheumatology* [клінічних настанов щодо ревматології]³⁴.

Для служб охорони здоров'я

Слід забезпечити використання доказового маршруту пацієнта з болем у попереку, що передбачає належні оцінювання, обстеження, направлення, надання допомоги та консультування пацієнтів із симптомами болю у попереку відповідно до їхнього анамнезу та результатів фізикального огляду. Такий маршрут включає скринінг на наявність специфічної та/або серйозної патології, передбачає використання валідованих інструментів для підтримки процесу оцінювання на ранньому етапі епізоду болю у попереку та моніторинг під час наступних візитів⁴⁰, а також забезпечує можливість направлення до спеціалістів, за потреби. Такими валідованими інструментами є, наприклад:

- [Короткий опитувальник щодо болю \(скорочена форма\)](#)⁷⁰;
- [Інструмент CORE для оцінювання болю у спині](#)⁷¹.

Необхідно забезпечити актуалізацію підготовки медичних працівників щодо клінічного оцінювання болю у спині та, за потреби, застосування валідованих інструментів.

Пов'язані ресурси

Доказові маршрути для спрямування оцінювання:

- розроблені Агентством клінічних інновацій Нового Південного Уельсу настанови [«Management of People with Low Back Pain: Model of care»](#) [*Лікування пацієнтів із гострим болем у попереку: модель надання допомоги*]⁹ — настанови щодо надання допомоги пацієнтам, які звертаються до лікаря загальної практики або до відділення екстреної медичної допомоги зі скаргою на біль у попереку;
- розроблені Інститутом екстреної медичної допомоги Нового Південного Уельсу настанови [«Acute Low Back Pain»](#) [*Гострий біль у попереку*]⁷⁴ — настанови щодо надання допомоги пацієнтам, які звертаються до відділення екстреної медичної допомоги зі скаргою на гострий біль у попереку;
- розроблені Департаментом охорони здоров'я штату Квінсленд критерії клінічної пріоритизації пацієнтів [«Spine \(Orthopaedics\)»](#) [*Захворювання хребта (ортонедія)*]³³ — рекомендації щодо проведення клінічного оцінювання та направлення пацієнтів із болем у попереку для отримання спеціалізованих послуг залежно від невідкладності стану.

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 1a: наявність затвердженого на місцевому рівні протоколу оцінювання болю в попереку. У такому протоколі повинні бути визначені:

- маршрут оцінювання для виявлення специфічної та/або серйозної основної патології;
- затверджені на місцевому рівні валідовані інструменти для підтримки початкового оцінювання;
- процес забезпечення навчання медичних працівників застосуванню протоколу оцінювання та використанню затверджених інструментів;
- маршрут подальшого спостереження;

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

- процес оцінювання дотримання протоколу.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759554.

Індикатор 1b: частка пацієнтів із гострим болем у попереку, в медичній документації яких, зафіксовані результати як початкового клінічного оцінювання, так і скринінгу на специфічну та/або серйозну основну патологію.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759579.

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



Рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики

Початкове оцінювання та подальше спостереження можуть відрізнятися для пацієнтів із сильним болем у попереку та пацієнтів із загостренням хронічного чи постійного болю в попереку:

Пацієнти, які звертаються по допомогу у зв'язку із **сильним болем у попереку**, можуть потребувати пріоритетного швидкого оцінювання болю та лікування гострих проблем (наприклад, травми); проведення повного оцінювання можна відкласти до моменту забезпечення контролю симптомів, що викликають сильний дискомфорт³⁵.

Пацієнтам, які звертаються по допомогу у зв'язку із **хронічним чи постійним болем у попереку**, перед початком надання допомоги необхідно проводити комплексне оцінювання болю та неврологічне обстеження; результати такого оцінювання використовують, щоб визначити, має пацієнт загострення хронічного болю чи гострий біль, спричинений новою патологією³⁵.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Із пацієнтами з болем у попереку

Пояснюйте пацієнту, що біль у попереку можна ефективно лікувати навіть якщо його причина невідома, наприклад:

«Сьогодні ми провели ретельне обстеження і не виявили жодних ознак того, що ваш біль у спині пов'язаний із серйозним основним захворюванням. Хоча біль може бути сильним, хороша новина в тому, що більшість гострих епізодів болю в попереку минають протягом кількох тижнів. Водночас існує багато способів для полегшення болю в попереку і надання Вам допомоги».

Із пацієнтами з болем у попереку, що супроводжується болем у ногах

Пояснюйте, як біль у попереку та біль у ногах можуть бути пов'язані, а також що можна зробити, наприклад:

«Біль, що віддає в ноги, свідчить про те, що джерелом болю може бути нерв у хребті. Його називають радикулярним болем або ішіалгією. Вважається, що радикулярний біль виникає через подразнення або стискання одного чи кількох нервів у хребті. Із часом Ваш стан покращиться».

Джерела: адаптовано на основі MyBackPain75 та Traeger et al¹¹.

Заява щодо якості 2. Психосоціальне оцінювання

Пацієнтам, які звертаються по допомогу у зв'язку з новим епізодом симптомів болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах та/або іншими неврологічними симптомами, слід якомога раніше проводити скринінг та оцінювання психосоціальних факторів, що можуть впливати на процес відновлення. Психосоціальне оцінювання має включати оцінювання розуміння пацієнтом свого діагнозу та болю, будь-яких занепокоєнь пацієнта і впливу болю на повсякденне життя. Таке оцінювання повторюють під час наступних візитів для вимірювання прогресу.

Мета

Визначення ризику несприятливого функціонального результату, пов'язаного з психосоціальними факторами, а також оцінювання складності підтримки, що може знадобитися пацієнту для самопомоги⁷⁶ у зв'язку зі своїм станом і запобігання його прогресуванню у хронічну форму^{9,22}.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

Позбутися болю у спині може бути складніше, якщо на ваше самопочуття впливають інші фактори. До них можуть належати:

- ваш загальний настрій;
- ваше розуміння причин болю та того, що ви можете зробити, щоб його полегшити;
- інші життєві обставини — фінансові, сімейні чи робочі проблеми, які можуть спричиняти стрес⁴⁰;
- вплив болю на ваше життя, наприклад, на сон.

Медичний працівник може запитати вас про ці фактори, щоб зрозуміти, як вони пов'язані з болем⁴⁰. Для цього можуть використовуватись опитувальники, що допомагають оцінити, як біль впливає на ваше життя, та визначити найкращі методи лікування і підтримки. Наприклад, ви можете бути не в змозі змінити фактори, що спричиняють стрес, але зможете навчитися зменшувати їхній вплив, що також допоможе впоратися з болем. Саме тому важливо визначити та зрозуміти, що впливає на ваш біль і що можна зробити, щоб допомогти вам відновитися.

Для медичних працівників

Деякі психосоціальні фактори та емоційні реакції на біль пов'язані із затримкою відновлення^{9,22,24,28,29}; їх наявність вказує на потребу в додатковому

оцінюванні та відповідному втручанні (див. **вставку 1**)³⁴. Для надання пацієнту ефективної допомоги слід застосовувати біопсихосоціальний підхід, що враховує взаємозв'язок між переконаннями пацієнта та поведінковими проявами в нього болю⁹.

Розглядайте можливість використання інструментів оцінювання ризику на ранніх етапах кожного нового епізоду болю в попереку (під час першого або другого візиту) (див. рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики). Такі інструменти допомагають визначити ризик несприятливого функціонального результату або тривалого болю та інвалідності, а також скоротити час, необхідний для оцінювання та обстеження^{9,24,28,77}. Прикладами таких інструментів є:

- Інструмент скринінгу STarT Back для стратифікації пацієнтів із болем у спині⁷⁸;
- Опитувальник Еребру для скринінгу м'язово-скелетного болю (версія з 10 запитаннями)⁷⁹⁻⁸¹.

Оцінювання ризику повторюють під час наступних візитів для вимірювання прогресу.

Вислухайте пацієнта і підтвердьте, що його думки та почуття є зрозумілими, а біль, який він відчуває, — реальним⁷⁷. З'ясуйте причини звернення та сприйняття болю пацієнтом. Також спробуйте виявити шкідливі хибні уявлення, зокрема уникання через страх^{34,35}. Техніки мотиваційного інтерв'ю можуть допомогти визначити та розвіяти такі хибні уявлення в безпечний і ненав'язливий спосіб⁷⁶.

Вставка 1. Психосоціальні фактори, пов'язані із затримкою відновлення

Фактори, пов'язані із затримкою відновлення при лікуванні болю в попереку, включають:

- переконання, що біль та фізична активність є шкідливими;
- «хвороблива поведінка» (наприклад, тривале лежання);
- пригнічений або поганий настрій, соціальну ізоляцію;
- супутні порушення психічного здоров'я або травми в анамнезі;
- лікування, що не відповідає провідній практиці, проте залишається головним запитом пацієнта;
- проблеми, пов'язані із системою компенсації;
- біль у попереку в анамнезі, лікарняні або інші скарги;
- труднощі на роботі або незадоволеність роботою;
- фінансові труднощі;
- надмірну опіку з боку сім'ї або відсутність соціальної підтримки.

Джерело: адаптовано на основі матеріалу Агентства клінічних інновацій Нового Південного Уельсу⁹.

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте підготовку медичних працівників та опанування ними навичок для підтримки надання допомоги пацієнтам із болем у попереку, зокрема освоєння біопсихосоціального підходу до надання допомоги при болю.

Забезпечте доступ до інструментів оцінювання, які включають скринінг психосоціальних бар'єрів для відновлення у пацієнтів із болем у попереку, таких як Інструмент скринінгу STarT Back для стратифікації пацієнтів із болем у спині або коротка форма Опитувальника Еребру для скринінгу м'язово-скелетного болю. Подбайте про наявність систем і процесів для розповсюдження та аналізу інструментів оцінювання ризиків, а також про навчання медичних працівників їх використанню.

Пов'язані ресурси

Інструменти оцінювання для виявлення пацієнтів із ризиком несприятливих функціональних результатів:

- Додаткові рекомендації щодо використання інструмента STarT Back, включно з [онлайн-калькулятором STarT Back](#) та [формою опитувальника для завантаження](#), можна знайти на вебсайті [STarT Back](#).
- Опитувальник Еребру для скринінгу м'язово-скелетного болю (версія з 10 запитаннями) доступний на вебсайті [PainHealth](#) Департаменту охорони здоров'я штату Західної Австралії або на вебсайті [OrthoToolKit](#), а також у доступній для завантаження версії з інструкцією щодо оцінювання результатів — на вебсайті [Мережі первинної медичної допомоги Центрального та Східного Сіднея](#).

***Коментар робочої групи:** Переклад опитувальника STarT Back та Опитувальник для скринінгу м'язово-скелетного болю Örebro (коротка форма) для ознайомлення наведено у додатку до цієї КН.*

Індикатор моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 2а: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що передбачає проведення раннього скринінгу пацієнтів на існування психосоціальних факторів при кожному новому зверненні. У такій політиці повинні бути визначені:

- процес забезпечення навчання медичних працівників застосуванню біопсихосоціального підходу для надання допомоги при больовому синдромі та виявлення психосоціальних факторів, пов'язаних із затримкою відновлення;
- затверджені на місцевому рівні інструменти оцінювання ризику, які допомагають медичним працівникам проводити раннє психосоціальне оцінювання;
- маршрути направлення до відповідних медичних працівників, які мають досвід у лікуванні больового синдрому і проведенні психологічної та/або фізичної терапії;
- процес оцінювання дотримання політики.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759556

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



**Рекомендації для
медичних
працівників щодо
клінічної практики**

Інструменти оцінювання, такі як опитувальник STarT Back та Опитувальник Еребру, допомагають визначити психосоціальні ризики несприятливих клінічних результатів. Якщо під час консультації бракує часу для проведення такого оцінювання:

Пояснюйте пацієнту, що біль впливає не лише на тіло, а й на психіку, і що прості опитувальники можуть допомогти виявити проблеми і допомогти надавачу послуг розробити найкращий план лікування і підтримки.

Надайте пацієнту інструмент оцінювання, попросіть заповнити його і принести на наступну консультацію для подальшого обговорення.

Запропонуйте пацієнту відвідати вебсайти [MyBackPain](#)⁷⁵ або [PainHealth](#)⁸¹, де він може пройти оцінювання ризику онлайн та отримати індивідуалізовану інформацію для самодопомоги. Отримані результати можна буде обговорити під час наступної консультації.

Ту саму інформацію можна отримати шляхом безпосереднього опитування під час збирання анамнезу пацієнта. Нижче наведено деякі прості запитання, які можна використати для виявлення психосоціальних факторів⁴⁰:

Як Ви вважаєте, Ваш біль полегшиться чи посилиться?

На що звернути увагу: переконання, що біль у спині є шкідливим або може призвести до втрати працездатності.

Як Ви вважаєте, чи допоможуть Вам активність, рух або фізичні вправи?

На що звернути увагу: страх та уникання активності чи болю, пов'язаного з рухом.

Як Ви емоційно справляєтесь із болем у спині?

На що звернути увагу: ознаки пригніченого настрою, стресу або уникання соціальної взаємодії.

Які методи лікування або активності, на Вашу думку, допоможуть Вам одужати?

На що звернути увагу: очікування пасивного лікування замість переконання, що допоможе активна участь.

Ви хвилюєтесь, що щось могли пропустити під час обстеження?

На що звернути увагу: занепокоєння, що було пропущено серйозну патологію.

Джерело: адаптовано на основі матеріалу Health Quality Ontario⁴⁰.



**Рекомендації для
медичних працівників
щодо комунікації**

Пояснюйте пацієнту, як біль може впливати на тіло та психіку, наприклад:

«Біль впливає як на фізичний, так і на психічний стан, тому методи лікування, які одночасно враховують фізичні та психологічні аспекти, можуть полегшити біль і зменшити обмеження ефективніше, ніж саме лише медичне лікування⁵⁶. У більшості випадків біль у спині свідчить не про серйозне ушкодження хребта, а радше про підвищення чутливості. Мозок діє як підсилювач: що більше Ви хвилюєтесь і зосереджуєтесь на болю, то сильніше Ви його відчуваєте».

Заява щодо якості 3. Обмеження застосування візуалізаційних досліджень випадками з підозрою на серйозну патологію

Із пацієнтом слід обговорювати очікування щодо візуалізаційних досліджень та обмежену роль таких методів у діагностиці болю в попереку. Відповідне раннє направлення на візуалізаційні дослідження здійснюється за наявності ознак або симптомів специфічної та/або серйозної патології. Пацієнта слід повідомляти про ймовірність виявлення і клінічну значущість випадково виявлених патологій та проводити відповідне обговорення.

Мета

Управління очікуваннями пацієнта й уникнення непотрібних обстежень, опромінення та зайвого стресу⁸². Підтвердження або виключення підозрюваного діагнозу у пацієнтів із тривожними ознаками, що свідчать про можливу серйозну патологію⁴⁰.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

У більшості випадків болю в попереку візуалізаційні дослідження, такі як рентгенографія, КТ або МРТ, непотрібні. Зазвичай вони потрібні лише тоді, коли потрібно виключити серйозні причини болю в спині. Важливо пам'ятати, що понад 95% випадків болю в попереку не мають таких причин.

Медичний працівник обговорить із вами доцільність проведення візуалізаційних досліджень у вашому випадку. За відсутності вагомих причин краще уникати візуалізаційних досліджень, адже вони навряд чи допоможуть знайти причину болю або вплинуть на спосіб його лікування. Крім того, результати таких досліджень часто показують зміни, які є нормальними для вашого віку і не є причиною болю, наприклад:

- дегенеративні зміни дисків;
- зміни у дуговідросткових суглобах;
- випинання дисків;
- протрузії дисків.

Такі зміни також виявляють за результатами візуалізаційних досліджень у людей, які не мають болю в попереку. Інформація про такі зміни може викликати занепокоєння та призвести до проведення додаткових обстежень, консультацій або призначення лікування, що не допомагають полегшити біль у спині. Такі дослідження можуть бути дорогими і незручними. Окрім цього, деякі види візуалізаційних досліджень передбачають опромінення.

Для медичних працівників

Якщо у пацієнта немає ознак, що вказують на можливу серйозну патологію, візуалізаційна діагностика, ймовірно, не дасть жодної клінічної користі (див. **таблицю 1** у заяві щодо якості 1)^{3,28,40}. Пояснюйте, що такі дослідження рідко бувають корисними або показаними при болю в попереку.

³ У рамках ініціативи «Choosing Wisely» [Мудрий вибір] п'ять провідних австралійських професійних колегій, товариств і асоціацій рекомендують медичним працівникам не призначати візуалізаційні дослідження за відсутності ознак серйозної основної причини болю в попереку.

Також пояснюйте, що проведення візуалізації без рекомендованих показань може спричинити зайве занепокоєння, а випадкові знахідки без клінічної значущості можуть призвести до непотрібних додаткових обстежень (див. **таблицю 2**).

Раннє проведення візуалізаційних досліджень є доцільним для пацієнтів із тривожними ознаками, що свідчать про специфічну та/або серйозну основну патологію (див. **таблицю 1**). У таких випадках варто розглянути залучення спеціаліста для отримання рекомендацій і визначення відповідного типу візуалізаційного дослідження^{9,28,40,82}. Зазвичай перевагу надають МРТ, оскільки вона має вищу чутливість та кращий профіль безпечності. Однак вона не покривається програмою медичного страхування «Medicare», якщо призначена лікарем загальної практики, фізіотерапевтом або остеопатом⁸³. КТ має обмежене застосування, проте за наявності тривожних ознак її проведення є доцільним, наприклад, коли МРТ недоступна чи протипоказана або коли немає можливості одразу проконсультуватися зі спеціалістом⁵⁹. На **рисунку 2** наведено алгоритм ухвалення рішень щодо доцільності проведення візуалізаційних досліджень.

Переконайтеся, що направлення на радіологічне дослідження містить достатньо інформації, зокрема попередній діагноз та клінічне запитання, на яке має відповісти дослідження. Це забезпечить проведення доцільного візуалізаційного дослідження та коректне тлумачення його результатів (див. **вставку 2**). Обговорюйте з пацієнтом будь-які ризики, пов'язані з опроміненням.

Переконайтеся, що пацієнт розуміє результати радіологічного дослідження. Якщо серйозної патології не виявлено, обговорюйте результати дослідження з урахуванням анамнезу, результатів огляду та інших обстежень. Некоректне тлумачення пацієнтом результатів візуалізації може призвести до зайвого занепокоєння та уникання через страх^{34,35}. Пояснюйте пацієнту, що такі результати, як дегенеративні зміни дисків, артрит дуговідросткових суглобів, випинання дисків, тріщини в дисках або протрузії дисків, є дуже поширеними серед людей без болю у спині і зазвичай є нормальними віковими змінами (див. **таблицю 2**)⁷⁶. Надання інформації про частоту виявлення таких змін під час візуалізаційних досліджень може допомогти пацієнту краще зрозуміти ймовірність та клінічну значущість випадкових знахідок.

Необхідність проведення візуалізаційних досліджень слід переглядати, якщо симптоми пацієнта змінюються або посилюються²⁸. Пацієнтам із незмінними симптомами не слід повторно проводити візуалізаційні дослідження, крім випадків, коли розглядається діагноз, який не розглядався під час попереднього візуалізаційного дослідження^{15,28}.

Таблиця 2. Оцінка поширеності дегенеративних змін хребта за результатами візуалізаційних досліджень у людей різних вікових груп без симптомів болю в попереку

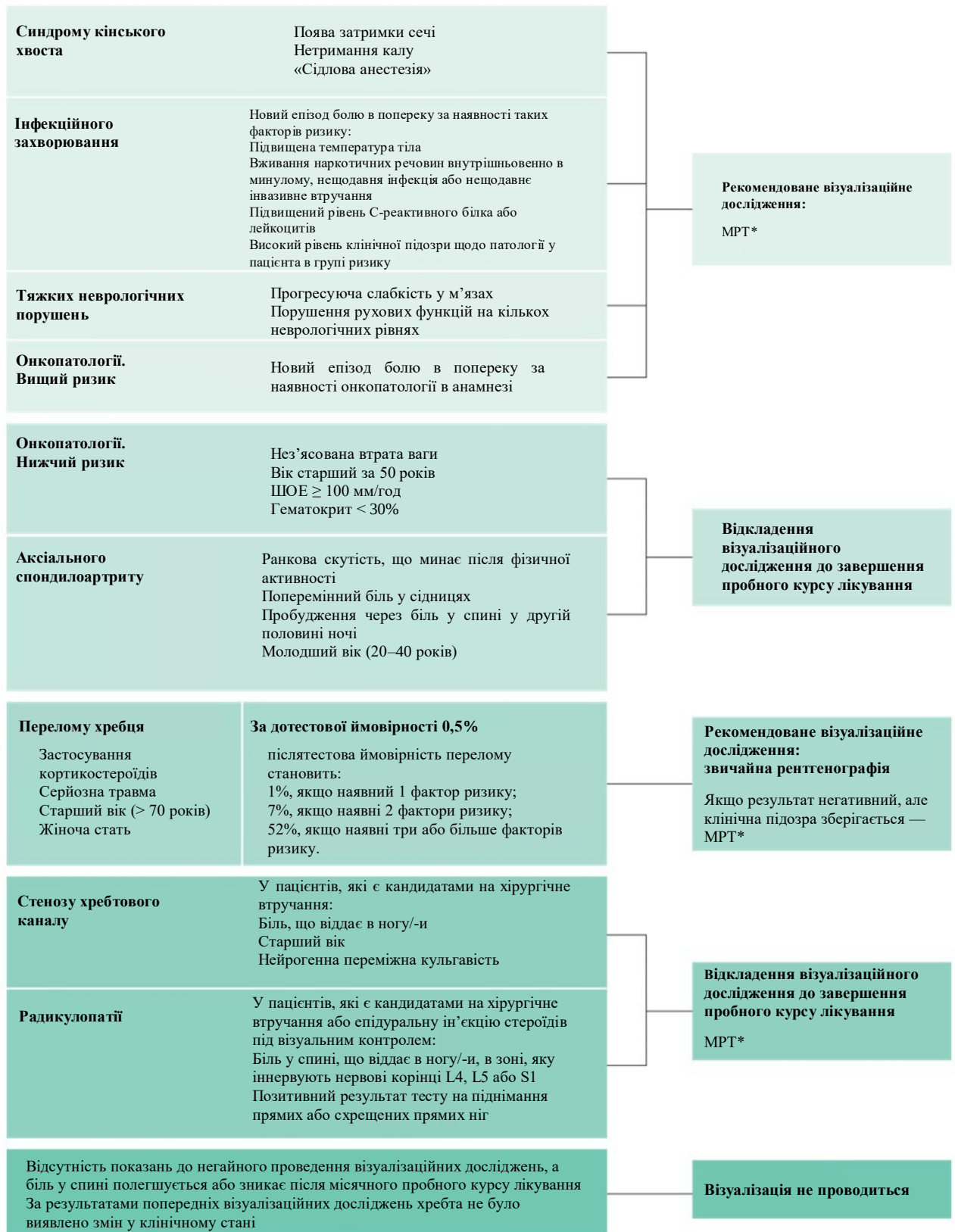
Результат візуалізаційного дослідження	Поширеність виявленої зміни (%) у кожній віковій групі (роки)						
	20	30	40	50	60	70	80
Дегенеративні зміни дисків	37	52	68	80	88	93	96
Зниження інтенсивності сигналу від дисків	17	33	54	73	86	94	97
Зменшення висоти дисків	24	34	45	56	67	76	84
Випинання дисків	30	40	50	60	69	77	84
Протрузії дисків	29	31	33	36	38	40	43
Тріщини фіброзного кільця	19	20	22	23	25	27	29
Дегенеративні зміни дуговідросткових суглобів	4	9	18	32	50	69	83
Спондилолістез	3	5	8	14	23	35	50

Примітка: показники поширеності були оцінені за допомогою узагальненої лінійної моделі зі змішаними ефектами для визначення поширеності серед різних вікових груп із використанням біноміального результату, групуванням за дослідженнями і коригуванням на середину кожного вікового інтервалу, що використовувався в дослідженні. Джерело: Brinjikji et al⁸⁴.

Рисунок 2. Алгоритм ухвалення рішень щодо проведення візуалізаційних досліджень у разі гострих проявів болю в попереку

Фактори ризику або ознаки та симптоми:

Втручання



* В окремих випадках може бути проведена КТ, наприклад, коли МРТ недоступна чи протипоказана або коли раннє направлення до спеціаліста не є можливим.

Джерело: адаптовано з дозволу Королівської колегії радіологів Австралії та Нової Зеландії (RACGP)⁵⁹.

© Royal Australian and New Zealand College of Radiologists* 2015

Вставка 2. Що важливо зазначати в направленні на візуалізаційне дослідження

- Клінічне запитання, на яке має відповісти дослідження. Чітке діагностичне запитання допомагає радіологу правильно інтерпретувати результати⁸⁵.
 - Попередній діагноз. Зазначення в направленні попереднього діагнозу допомагає обрати правильний протокол проведення дослідження та з'ясувати, які стани потрібно підтвердити або виключити⁸⁶.
 - Відповідну клінічну інформацію та сімейний анамнез. Вони можуть вказати на найбільш імовірний діагноз і ділянку, на якій слід зосередити увагу⁸⁶.
 - Ознаки серйозної патології, симптоми або тривожні прояви. Необхідно зазначити будь-які тривожні ознаки, що можуть викликати певну клінічну підозру.
 - Дату і підпис лікаря, що видає направлення.
- Джерело: NPS MedicineWise⁸⁷.

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте наявність політик, процедур і маршрутів для належного оцінювання болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болем у ногах, із чітким описом показань до проведення візуалізаційних досліджень у пацієнтів із тривожними ознаками серйозної основної патології та описом випадків, коли візуалізація не потрібна⁴⁰.

Підтримуйте надання медичними працівниками інформації пацієнтам щодо обмеженої ролі візуалізаційних досліджень, а також забезпечте доступ до інформаційних ресурсів (зокрема матеріалів, підготовлених [Комісією та Національною службою Австралії з питань раціонального призначення лікарських засобів](#) (NPS MedicineWise)⁸⁸), які можна надавати пацієнтам.

Забезпечте наявність систем моніторингу обґрунтованості направлень на візуалізаційні дослідження при болю в попереку як складової процесів підвищення якості надання допомоги. Розгляньте можливість використання шаблону для звітування про результати візуалізаційних досліджень, який включає епідеміологічний звіт про результати візуалізаційних досліджень, які проводять найчастіше, щоб допомогти медичним працівникам і пацієнтам краще розуміти ймовірність і клінічну значущість випадкових знахідок.

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

Індикатор За: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що забезпечує належне використання візуалізаційних досліджень при болю в попереку. У такій політиці повинні бути визначені:

- показання до проведення візуалізаційних досліджень пацієнтам із болем у попереку;
- схвалені на місцевому рівні навчальні інструменти та ресурси, які слід використовувати для підтримки обговорення з пацієнтами доцільності візуалізації та інтерпретації її результатів;

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

- процес оцінювання дотримання політики.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759558

Індикатор 3b: частка пацієнтів із новими епізодами болю в попереку, яких направлено на візуалізаційні дослідження і для яких відповідні показання до проведення таких досліджень зафіксовані в медичній документації.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759583

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



Рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики

Національна служба Австралії з питань раціонального призначення лікарських засобів підготувала [інформаційний буклет для споживачів](#), в якому пояснено причини, чому візуалізаційні дослідження не є необхідними/ не рекомендовані для пацієнтів із болем у попереку. Надання цього матеріалу та його обговорення може допомогти заспокоїти пацієнта та підкріпити рішення не направляти його на візуалізацію. Важливо перевіряти, чи почувається пацієнт заспокоєним.

Радикулярний біль у ногах сам по собі не вважається серйозною патологією за відсутності тяжких або прогресуючих неврологічних порушень³⁴. Хоча візуалізаційні дослідження іноді можуть допомогти визначити причину нейропатичного болю, їх слід проводити лише в тому випадку, якщо це вплине на надання допомоги пацієнту³⁵.

Показання до проведення візуалізаційних досліджень слід переглядати, якщо симптоми пацієнта змінюються або посилюються²⁸. Пацієнтам із незмінними симптомами не потрібно повторно проводити візуалізаційні дослідження, крім випадків, коли розглядається діагноз, який раніше не розглядали²⁸.

Коментар робочої групи: В Україні існує надмірне та часто необгрунтоване використання нейровізуалізаційних досліджень (КТ та/або МРТ) при болю в спині. На думку робочої групи, за відсутності тривожних ознак серйозних патологій у пацієнтів із болем у попереку за умови тривалості больового синдрому менше 12 тижнів КТ або МРТ призначати недоцільно.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Із пацієнтами з гострим болем у попереку
Пояснюйте пацієнту, чому візуалізація не рекомендована, наприклад, так:

«Візуалізаційні дослідження здебільшого використовують, щоб виключити серйозні патології, але загалом вони не дуже ефективні для визначення причини болю. З того, що я бачу у Вашому випадку, немає підстав хвилюватися щодо серйозних причин болю в попереку, тож на цьому етапі потреби у проведенні візуалізаційного дослідження немає. Насправді, візуалізація показує звичайні вікові зміни, навіть у людей без болю у спині, тому її результати часто не дуже корисні».

Із пацієнтами з новим раптовим болем у попереку та радикулярним болем

Пояснюйте пацієнту, чому візуалізація не рекомендована, наприклад, так:

«Оскільки стан багатьох пацієнтів із радикулярним болем швидко поліпшується, наразі немає необхідності проводити візуалізаційне дослідження. За необхідності ми повернемося до цього питання під час наступного візиту. Візуалізаційні дослідження проводять лише тоді, коли біль не минає чи посилюється або коли з'являються ознаки тиску на нерви у спині, що може потребувати додаткового обстеження та направлення».

Джерело: адаптовано на основі Traeger et al¹¹.

Заява щодо якості 4. Навчання та консультування пацієнта

Пацієнту з болем у попереку слід надавати інформацію про його порушення здоров'я та конкретні рекомендації для кращого розуміння ним ситуації, усунення занепокоєнь та корекції очікувань. Із пацієнтом слід обговорювати потенційні користь, ризики і вартість лікарських засобів та інших варіантів лікування. Пацієнт повинен мати можливість ставити запитання та брати участь в ухваленні рішень щодо власного лікування.

Мета

Інформування пацієнтів про природу болю в попереку, запевнення їх у відсутності серйозного захворювання та підкріплення корисних переконань щодо болю для досягнення значущих результатів¹¹.

Забезпечення пацієнтам можливості брати участь у спільному ухваленні рішень на основі інформованого розуміння кожного варіанту лікування, його потенційних користі, ризиків і вартості.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

Один із найкращих способів подолати біль у попереку — це дізнатися більше про свій стан, чого слід очікувати та як його контролювати^{40,75}. Ставте запитання, щоб переконатися, що ви отримуєте допомогу, яка підходить саме вам (див. приклади запитань, які можна поставити, у **вставці 3**). Медичний працівник надасть вам інформацію та допоможе краще зрозуміти, що таке біль у спині⁴⁰. Він може надати вам інформаційні буклети та поради корисні ресурси. Інформацію буде надано у зручному для вас форматі і зрозумілою мовою.

Існує багато різних методів лікування болю в попереку. У більшості випадків найефективнішими є прості та недорогі заходи. Медичний працівник допоможе вам обрати найкращий варіант лікування болю у спині з урахуванням наявних даних, а також потенційних користі, ризиків і вартості, щоб ви могли брати участь у спільному ухваленні рішень щодо вашого лікування^{9,22,24,28}.

Вставка 3. П'ять запитань, які варто поставити своєму лікарю або іншому надавачу послуг із охорони здоров'я перед тим, як проходити будь-яке дослідження, лікування чи процедуру

Чи справді мені потрібні ці дослідження, лікування або процедура?

Дослідження можуть допомогти вам і вашому лікарю або іншому надавачу послуг із охорони здоров'я визначити причину проблеми. Лікування (наприклад, лікарські засоби) та процедури можуть допомогти її вилікувати.

1. Які існують ризики?

Чи будуть побічні ефекти від дослідження або лікування? Яка ймовірність отримання неточних результатів? Чи може це призвести до необхідності додаткових досліджень, лікування або іншої процедури?

2. Чи є простіші і безпечніші варіанти?

Чи існують альтернативні варіанти лікування, які можуть бути ефективними? Так, наприклад, зміна способу життя — здорове харчування або підвищення фізичної активності — може бути безпечним і ефективним варіантом.

3. Що станеться, якщо я нічого не робитиму?

Запитайте, чи може ваш стан погіршитися (або покращитися), якщо ви не пройдете дослідження, лікування чи процедуру негайно.

4. Які передбачені витрати?

Це можуть бути фінансові, емоційні або часові витрати. Якщо йдеться про витрати для громади, чи є вони обґрунтованими та чи існує дешевша альтернатива.

Джерело: ініціатива «Choosing Wisely» [Мудрий вибір] в Австралії⁸⁹.

Для медичних працівників

Визнавайте та підтверджуйте досвід пацієнта, який відчуває біль. Заспокоюйте пацієнта, пояснюючи доброякісний характер болю в попереку, низький ризик серйозного основного захворювання та ймовірності рецидиву^{24,26,40}. Надавайте навчальні матеріали, які відповідають вашим усним порадам, щоб підкріпити ключові повідомлення^{29,34,35}, беручи до уваги культуру

та рівень грамотності пацієнта в питаннях здоров'я. Обговорюйте будь-які некорисні переконання та думки, виявлені під час психосоціального оцінювання, які можуть впливати на те, як пацієнт справляється зі своїми симптомами, зокрема тривогу або страх щодо свого стану^{28,34,35,40}. Використовуйте техніки мотиваційного інтерв'ю, щоб виявити та розвіяти хибні уявлення в безпечний та ненав'язливий спосіб⁷⁶. Переконайтеся, що пацієнт усе зрозумів і відчуває полегшення. Проводьте повторні просвітницькі бесіди під час наступних візитів⁴⁰.

Обговорюйте очікування пацієнта щодо надання допомоги при його стані та розвіюйте будь-які хибні уявлення про дослідження і втручання. Пояснюйте пацієнту докази на користь різних варіантів лікування, щоб він міг зрозуміти, чому деякі стратегії рекомендують, а інші — ні³⁵. Інформуйте пацієнта про потенційні користь і ризики будь-якого лікування, що розглядається, та пов'язані з ним витрати²².

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте наявність у медичних працівників знань, інформації та відповідної підготовки для інформування про природу болю в попереку і підтримки спільного ухвалення рішень. Забезпечте наявність навчальних матеріалів для пацієнтів, у тому числі щодо потенційних користі й ризиків різних варіантів лікування та пов'язаних із ними витрат, щоб підтримати участь пацієнтів у процесі надання їм допомоги та ухваленні рішень.

Індикатор моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 4а: наявність місцевих механізмів, що забезпечують надання пацієнтам інформації, консультацій та підтримки. Такі місцеві механізми мають визначати:

- інформацію, яку має отримати пацієнт із болем у попереку про своє порушення здоров'я;
- необхідність з'ясування у пацієнта з болем у попереку його занепокоєнь, пов'язаних із таким болем, а також очікувань щодо надання допомоги у зв'язку з ним;
- процес оцінювання того, чи були занепокоєння пацієнта, пов'язані з болем у попереку, розглянуті під час консультації.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759560

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



Надання роз'яснень, запевнень та інформації про біль у спині має важливе значення для забезпечення належної допомоги та самоконтролю пацієнта. Це особливо важливо для пацієнтів із психосоціальними факторами, що можуть уповільнювати відновлення.

Рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики

Окрім усного обговорення, порадьте пацієнту вебсайти, такі як [MyBackPain](#)⁷⁵ або [PainHealth](#)⁸¹, і наголосіть, що першим кроком до поліпшення самопочуття є розуміння болю у спині як явища, того, що можна зробити, а також коли і куди звертатися по додаткову допомогу.

Медичні сестри/брати та медичні асистенти в будь-якому закладі охорони здоров'я можуть надавати пацієнтам інформацію та допомагати в розробленні й моніторингу індивідуальних планів та цілей лікування³⁵.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Заспокоюйте пацієнта щодо природи болю в попереку, наприклад, так:

«У більшості випадків гострий біль у попереку не свідчить про серйозне захворювання чи тривалу втрату працездатності»⁹.

«Більшість пацієнтів із гострим болем у попереку відчують значне поліпшення або повністю відновлюються протягом двох тижнів».

«Оскільки в більшості випадків біль минає самостійно, багато методів лікування не дають відчутної користі»¹¹.

«Важливо зрозуміти, що саме Ви можете зробити, щоб допомогти собі впоратися з болем».

«Біль у спині може повертатися. Давайте поговоримо про те, що Ви можете робити, щоб запобігти цьому».

«Якщо у Вас знову виникне біль у спині, наймовірніше, він матиме такий самий перебіг і швидко мине»²⁵.

Хоча метою надання рекомендацій є заспокоєння пацієнта, важливо перевіряти, чи пацієнт приймає їх та чи справді відчуває полегшення. Особливо це стосується пацієнтів із низьким соціально-економічним статусом, пацієнтів, для яких англійська не є рідною мовою, пацієнтів із низьким рівнем грамотності в питаннях здоров'я та пацієнтів у стані стресу.

Заява щодо якості 5. Заохочення до самодопомоги та фізичної активності

Пацієнтів із болем у попереку слід заохочувати підтримувати активний спосіб життя та продовжувати займатися звичайною діяльністю (або якомога швидше чи коли стане можливим повернутися до неї), включно з роботою. Слід обговорювати стратегії самодопомоги. Пацієнт і медичний працівник повинні разом розробити план із практичними рекомендаціями для максимального збереження функцій та обмеження впливу болю й інших симптомів на повсякденне життя. Зазначений план має враховувати індивідуальні потреби та вподобання пацієнта.

Мета

Залучення пацієнтів до процесу надання їм допомоги при болю, надання їм впевненості у власних силах, щоб пацієнти залишалися активними, уникали ліжкового режиму та продовжували звичайну діяльність (у тому числі роботу) або якнайшвидше поверталися до неї^{46,82}.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

Не чекайте, доки біль повністю зникне, щоб почати рухатися⁹⁰. Активний спосіб життя і підтримка повсякденної діяльності у звичайному режимі (включно з роботою) сприяють найшвидшому і повному відновленню¹¹. Медичний працівник заохочуватиме вас залишатися активними і продовжувати звичайну діяльність (у тому числі працювати та виконувати фізичні вправи) або якнайшвидше повернутися до неї, якщо це можливо⁹¹. Якщо після активності біль посилюється і не минає, вам можуть порадити спочатку трохи зменшити навантаження і поступово нарощувати їх протягом кількох днів або тижнів⁹⁰. Уникайте тривалого ліжкового режиму, який може уповільнити відновлення^{34,91}. Намагайтеся продовжувати працювати або повернутися до роботи якомога швидше.

Медичний працівник запропонує вам способи лікування болю і може разом із вами розробити план самодопомоги, щоб ви знали, що робити. Те, що ви **самостійно робите** для контролю болю (наприклад, нормування фізичної активності), швидше за все, допоможе вам більше, ніж призначене лікування (наприклад, лікарські засоби, масаж або хірургічне втручання). Інформацію про те, що ви можете зробити, можна знайти в інформаційному буклеті для пацієнтів [«How to manage your back pain»](#) [Як упоратися з болем у спині].

Вас заохочуватимуть визначити цілі лікування⁹¹. Медичний працівник також може обговорити з вами моніторинг симптомів; дозування фізичної активності⁴⁰; техніки розслаблення; а також комплекси вправ і види активності⁸². Якщо будь-які активності чи методи лікування у вашому плані самодопомоги посилюють біль, обговоріть із медичним працівником інші стратегії, які можна спробувати.

Для запобігання майбутнім епізодам болю продовжуйте бути фізично активними навіть після того, як біль у спині зменшиться⁴⁰.

Для медичних працівників

Пояснюйте важливість продовження або якнайшвидшого повернення до звичайної діяльності, зокрема фізичної активності та поступового повернення до роботи⁴ та/або іншої значущої діяльності (див. **вставку 4**)^{9,24-26,29,34}. Слухайте пацієнта та підтверджуйте, що його думки і почуття зрозумілі, а біль — реальний (див. **заяву щодо якості 2 «Психосоціальне оцінювання»**)⁷⁷. Обговорюйте стратегії, які допоможуть пацієнту продовжувати або якнайшвидше відновити соціальну активність. Тривалий ліжковий режим є шкідливим, і до нього не слід заохочувати³⁴.

Аналізуйте вплив факторів способу життя, пов'язаних із виникненням епізодів болю в поперек, таких як куріння та ожиріння³⁴.

Заохочуйте пацієнта контролювати свій стан шляхом дотримання рекомендацій щодо самодопомоги у зв'язку із симптомами болю у спині¹⁴. Оцінюйте впевненість пацієнта та його здатність до самодопомоги, особливо

⁴ Додаткову інформацію щодо запобігання втраті працездатності див. у [клінічних настановах щодо ревматології](#).

якщо в анамнезі є періодичний біль у спині або виявлено психосоціальні фактори ризику. Якщо існують потенційні бар'єри для самодопомоги та застосування активних стратегій, обговорюйте стратегії їх подолання.

Плани самодопомоги можуть відрізнятися залежно від анамнезу пацієнта, інтенсивності болю та його впевненості у здатності до самоконтролю. Залежно від потреб пацієнта вони можуть варіюватися від коротких рекомендацій до детального плану допомоги і можуть передбачати:

- надання пріоритету активним стратегіям допомоги (таким як фізична та соціальна активність, здоровий сон та теплотерапія) над пасивними (такими як прийом знеболювальних лікарських засобів, уникнення активності або масаж)^{28,35};
- поступове підвищення рівня активності шляхом її дозування, щоб запобігти перевтомі, після якої настає період неактивності^{5,35};
- підтримку пацієнта у встановленні важливих для нього цілей, що відповідають критеріям SMART (тобто є конкретними, вимірюваними, досяжними, реалістичними і визначеними в часі)³⁵.

Якщо фізична активність спричиняє поширення симптомів (біль або інші симптоми поширюються на ноги), може бути доцільно тимчасово обмежити активність, але не повністю припиняти її^{29,40}.

Вставка 4. Рекомендації щодо підтримання активності для пацієнтів із гострим болем у попереку

Показання

При епізоді болю в попереку замість ліжкового режиму рекомендовано підтримувати фізичну активність. Вона допомагає полегшити біль, поліпшити здатність виконувати повсякденні дії (функціональний стан) і скоротити тривалість лікарняного, а також дає пацієнтам змогу продовжувати працювати або повернутися до роботи.

Застереження

Пацієнтам можна рекомендувати на кілька днів зменшити, змінити або модифікувати певні болісні дії (наприклад, піднімання важких предметів), оскільки певні рухи можуть загострювати біль у спині. Важливо запевнювати пацієнтів, що загострення болю не свідчить про ушкодження, і зміни в інтенсивності болю є звичними під час відновлення після гострого болю в попереку. Пацієнти повинні відчувати впевненість у тому, що вони можуть продовжувати свою звичайну повсякденну діяльність або повернутися до неї протягом кількох днів чи тижнів.

Зміст рекомендацій

Залишатися активними означає продовжувати звичайну повсякденну діяльність, в тому числі продовжувати працювати, наскільки це можливо. Це

⁵ Додаткову інформацію про підтримання фізичної активності та практичні рекомендації щодо застосування прагматичного підходу до фізичних вправ при неспецифічному болю в попереку див. на рисунку у [клінічних настановах щодо ревматології](#).

також означає намагатися скоротити тривалі періоди неактивності. На цьому етапі не потрібно виконувати спеціальні вправи.

Пацієнти з болем у попереку, які залишаються активними, навіть коли відчувають біль, мають кращі результати в довгостроковій перспективі. Насправді, що довше людина залишається в ліжку через біль у попереку, то гіршою стає її працездатність і здатність повернутися до роботи.

Поради та виклики

Пацієнтам варто пояснювати, що не потрібно чекати, доки біль повністю мине, щоб почати рухатися. Можна рекомендувати стратегію, за якою вони на кілька днів зменшать або змінять певні болісні дії (наприклад, піднімання тяжких предметів), а потім поступово повертатимуться до цих дій.

Пацієнти часто бояться, що біль є ознакою погіршення стану та/або додаткового ушкодження. Їх може турбувати повернення до фізичної праці або діяльності, що пов'язана з високим навантаженням, згинанням, скручуванням чи підніманням предметів. Пацієнтам може знадобитися запевнення, що спина міцна і, хоча їм, можливо, доведеться зменшити, змінити або модифікувати спосіб виконання цих дій, вони все одно зможуть їх виконувати. Їм також може знадобитися запевнення, що біль, найімовірніше, зменшиться, і що постійний біль не є ознакою додаткового ушкодження.

Джерело: RACGP⁹⁰.

Пов'язаний ресурс для пацієнтів: [*«Staying Active for Acute Low Back Pain»*](#) [*Підтримання активності при гострому болю в попереку*].

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте наявність у медичних працівників знань, інформації та відповідної підготовки для підтримки самоконтролю пацієнтами з болем у попереку свого стану відповідно до чинних настанов⁸².

Забезпечте наявність маршрутів для отримання пацієнтами з болем у попереку рекомендацій та заохочення залишатися якомога активнішими.

Забезпечте доступність послуг і маршрутів направлення для підтримки участі пацієнтів у втручаннях та програмах фізичної активності.

Індикатор моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 5a: частка пацієнтів із болем у попереку, в медичній документації яких задокументовано обговорення стратегій самопомоги та важливості підтримання фізичної активності шляхом продовження звичайної діяльності.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759562

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



У центрах охорони здоров'я та на робочих місцях функціонують програми підтримки для тих, кому складно відновити активність⁵⁶. Місцеві ради та центри первинної медичної допомоги також є корисними джерелами інформації про групи і заходи на рівні громади³⁵.

Рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики

Заохочуйте пацієнта прийти до вас знову через погоджений проміжок часу, якщо початкові стратегії самопомогі не допомагають, і пояснюйте, що існують інші методи лікування, які можна обговорити²⁵. Надавайте інформацію про те, як зменшити ризик періодичного болю в попереку, зокрема шляхом підтримання фізичної активності та виконання регулярних фізичних вправ^{29,40}.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Часто виникає плутанина щодо того, що означає «залишатися активними». Різні пацієнти розуміють це поняття по-різному. Залишатися активними не означає займатися якоюсь конкретною діяльністю, і не означає відпочивати⁹⁰.

Пояснюйте пацієнту, чому важливо залишатися активним, наприклад, так:

«Наявність болю не означає, що Ви маєте якісь серйозні порушення. Пам'ятайте, що спина людини дуже міцна. Спочатку рухи можуть бути болісними, як при розтягненні щиколотки, але біль зменшиться, щойно Ви поступово знову почнете рухатися. Ймовірно, Ви відчуватимете певний біль під час активності, але це не означає, що Ваш стан погіршується чи що у Вас ушкодження спини»³⁴.

Пояснюйте пацієнту, чому важливо продовжувати працювати або повертатися до роботи, наприклад, так:

«Продовження роботи або повернення до неї, якщо Ви маєте сили, навіть спочатку на неповний робочий день, також допоможе Вам відновитися. Співпрацюючи з роботодавцем та медичним персоналом, Ви маєте більше шансів відновитися та уникнути проблем, пов'язаних із тривалою відсутністю на робочому місці».

Заява щодо якості 6. Фізичні та/або психологічні втручання

На основі результатів клінічного та психосоціального оцінювань пацієнту з болем у попереку слід пропонувати фізичні та/або психологічні втручання. Метою терапії має бути подолання виявлених перешкод для відновлення.

Мета

Допомога в полегшенні болю; запобігання хронічному болю; відновлення та підтримання фізичної активності й функціонального стану; мінімізація втрати працездатності, стресу або тривоги; усунення психосоціальних факторів, що сприяють болю; та зменшення потреби в медикаментозному або хірургічному втручанні^{34,35,40}.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

Медичний працівник надаватиме вам інформацію та підтримку відповідно до ваших індивідуальних потреб, цінностей і вподобань, а також обговорить з вами цілі щодо покращення функцій і рухливості⁴⁰. Багато пацієнтів, які нещодавно почали відчувати біль у спині, не потребують додаткових методів лікування, оскільки біль мине самостійно, якщо дотримуватися рекомендацій медичного працівника щодо фізичної активності та самопомогі. Щоб запобігти тривалим проблемам, слід розглядати методи лікування, спрямовані одночасно на тіло і психіку, оскільки вони ефективніше полегшують біль та покращують функціонування в довгостроковій перспективі⁵⁶.

Вас можуть направити до інших медичних працівників для проходження фізіотерапії, отримання психологічної підтримки для полегшення болю або застосування комбінованого підходу до лікування. Хоча вам можуть запропонувати відповідні методи терапії із залученням медичних фахівців, загальною метою є надання вам підтримки у самостійному контролі симптомів у довгостроковій перспективі. Багато медичних працівників можуть допомогти вам встановити досяжні цілі щодо рухливості і фізичних вправ, а також навчити вас нормувати свою активність. Деяким пацієнтам із повторюваними епізодами болю психолог або консультант може допомогти зрозуміти біль і його вплив на тіло, думки і поведінку, а також розробити ефективні стратегії копінгу. Лікар загальної практики може проконсультувати вас щодо можливості отримання відшкодування вартості таких послуг за програмою «Medicare», якщо ви відповідаєте її критеріям. Вам завжди повинні пропонувати стратегії, які підтримують самостійний контроль симптомів у довгостроковій перспективі.

Для медичних працівників

Для визначення складності й інтенсивності підтримки, якої може потребувати пацієнт, використовуйте результати психосоціального оцінювання (див. **заяву щодо якості 2 «Психосоціальне оцінювання»**)²⁴.

Для пацієнтів із невеликою кількістю психосоціальних факторів ризику, які, ймовірно, швидко одужають, розглядайте можливість надання простішої та менш інтенсивної підтримки, наприклад, запевнень, рекомендацій щодо самопомоги та порад щодо підтримання фізичної активності (див. **вставку 4** у заяві щодо якості 5)²⁴. Пропонуйте провести повторний прийом через 1–2 тижні, щоб оцінити динаміку відновлення та визначити потребу в подальших фізичних або психологічних втручаннях⁴⁷.

Слід розглядати можливість раннього направлення пацієнтів із підвищеним ризиком несприятливого результату на фізичну та/або психологічну терапію^{9,24,35}. Пацієнти з помірним або високим рівнем стресу, які мають труднощі з подоланням страху рухатися або зміною своїх переконань чи поведінки, можуть потребувати спеціальних психологічних втручань, таких як когнітивно-поведінкова терапія, прогресивна релаксація або зниження рівня стресу на основі усвідомленості^{11,24,26,27,35,46}. Застосування когнітивно-поведінкового підходу може допомогти пацієнту розвинути адаптивні стратегії копінгу для самоконтролю болю⁹. За можливості направляйте пацієнта до медичних працівників, які мають досвід надання допомоги при болю та розуміють біопсихосоціальні фактори, що на нього впливають³⁵. Оцінюйте та усувайте будь-які можливі занепокоєння пацієнта щодо такого направлення²⁵.

Пацієнтам із тяжким загостренням постійного або хронічного болю в попереку слід рекомендувати фізичну активність та лікувальну фізкультуру, які можуть допомогти полегшити біль і поліпшити функціонування (див. **вставку 5**). Також потрібно перевіряти дотримання ними та ефективність будь-яких попередніх фізичних і психологічних методів лікування^{9,23,25,26,29,34,35,90}.

Оскільки докази, що свідчили би про перевагу будь-якого одного виду фізичних вправ, відсутні, програму фізичної активності слід підбирати

індивідуально — відповідно до вподобань пацієнта, його переконань і функціональних обмежень^{6,34}. Результати лікування потрібно документувати, звертаючи увагу на об'єктивні та функціональні покращення⁹². Повідомте пацієнта, що він може мати право на відшкодування витрат за програмою «Medicare» в рамках плану надання допомоги лікарем загальної практики та мультидисциплінарною командою⁹³.

Фізіотерапія (теплотерапія, масаж)²⁶ також може допомогти поліпшити функціонування та рухливість^{26,28,30}, однак лише в рамках комплексного лікування, що включає фізичну активність, із психологічною терапією або без неї, і лише на короткий період^{23,24,40}.

Вставка 5. Практичні рекомендації щодо призначення фізичних вправ пацієнтам

- Програми фізичної активності повинні бути індивідуальними і враховувати вподобання пацієнта щодо фізичної активності, його переконання та конкретні функціональні порушення.
- Програми фізичної активності повинні включати вправи на розтягування і зміцнення м'язів та аеробні вправи, орієнтовані на покращення функціональних можливостей.
- Починати слід із легких вправ, таких як ходьба у воді, звичайна ходьба, легке плавання та стретчинг на підлозі, що сприяють нормальній рухливості хребта. Активність слід нормувати, орієнтуючись на тривалість її виконання, а не відчуття болю.
- Коли пацієнт звикає до фізичної активності, вид, частоту та/або інтенсивність вправ можна поступово змінювати/ збільшувати.
- Для активації великих груп м'язів можна додавати функціональні вправи (наприклад, присідання, випади, підйоми на сходинку).
- Поступово можна додавати вправи, що приносять пацієнтові задоволення (наприклад, йога, пілатес, ходьба, їзда на велосипеді), починаючи з 15–20 хвилин і поступово збільшуючи тривалість.
- На пізніших етапах реабілітації можна виконувати більш динамічні та високоінтенсивні.

Джерело: адаптовано на основі клінічних настанов щодо ревматології³⁴.

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте наявність систем, процесів і відповідних ресурсів, щоб дорослі з болем у попереку могли отримувати доступ до необхідних їм фізичних і психосоціальних клінічних послуг⁴⁰. Визначте, в яких випадках проблеми з доступом можуть стати бар'єром для належного лікування, та розробіть стратегії для їх усунення (наприклад, застосування телемедицини).

⁶ Див. «*Advice to Stay Active: Acute low-back pain*» [Рекомендації щодо підтримки фізичної активності при гострому болю в попереку] та «*Exercise for Chronic Low Back Pain*» [Вправи при хронічному болю в попереку] в Довіднику немедикаментозних втручань RACGP.

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 6a: частка пацієнтів із болем у попереку, які мають ризик несприятливих результатів та яких направлено до клінічних фахівців, які надають послуги з фізичної реабілітації та/або психологічні послуги. Частка пацієнтів із болем у попереку, які мають ризик несприятливих результатів і направляються до клінічних фахівців з фізичної реабілітації та/або психологічної допомоги?

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759564

Індикатор 6b: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що визначає маршрути направлення до медичних працівників, які надають відповідні послуги з фізичної реабілітації та/або психологічні послуги.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759566

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



Рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики

Психологічні методи є важливою складовою надання допомоги як при гострому, так і при хронічному болю. Для пацієнтів із гострим болем у попереку може бути достатньо швидкого оцінювання. Психологічні втручання можуть сприяти дотриманню режиму лікування та зменшенню використання знеболювальних лікарських засобів³⁵. Пацієнти із хронічним болем у попереку потребують комплексного оцінювання психосоціального впливу та факторів, що провокують виникнення болю. Психологічне втручання є стратегією допомоги першого ряду, яка може поліпшити функціональний стан, якість життя, дотримання режиму лікування та настрій³⁵.

Існує низка фізичних і психологічних методів лікування, але не всі вони ефективні або доречні для лікування болю в попереку. Наприклад, електротерапія (ультразвукова або лазерна терапія) часто є неефективною. Якщо пацієнт не відреагував на терапію, з'ясуйте, яке лікування він проходив, і що воно передбачало.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Чутлива та мотиваційна комунікація сприяє підвищенню рівня грамотності в питаннях здоров'я щодо болю в попереку та дає пацієнтам можливість брати активну участь у процесі надання їм допомоги, а не покладатися на пасивні методи лікування.

Поясніть, що біль впливає як на фізичний, так і на психічний стан, тому методи лікування, які одночасно враховують фізичні та психологічні аспекти, можуть полегшувати біль і зменшувати обмеження ефективніше, ніж саме лише медичне лікування⁵⁶.

Під час направлення пацієнта на психологічне втручання підкреслюйте, що використання психологічних технік не означає, що у людини підозрюють психічне захворювання або що її біль не є реальним чи не сприймається серйозно. Натомість опишіть біль як складну проблему, вирішення якої вимагає комплексного підходу. Це особливо важливо для пацієнтів із хронічним болем³⁵.

Заява щодо якості 7. Раціональне використання знеболювальних лікарських засобів

Пацієнту слід пояснювати, що метою застосування знеболювальних лікарських засобів є забезпечення фізичної активності, а не усунення болю. Призначення лікарського засобу здійснюється відповідно до чинних *клінічних настанов* із подальшим постійним оцінюванням ефективності та чітко визначеними цільовими показниками для припинення прийому. Фахівці повинні уникати призначення протисудомних лікарських засобів, бензодіазепінів та антидепресантів, оскільки їхня ефективність є обмеженою, а пов'язані з ними ризики часто переважають потенційну користь. Призначення опіоїдних знеболювальних засобів слід розглядати лише для ретельно відібраних пацієнтів, у найменшій дозі та на найкоротший можливий строк.

Мета

Забезпечення ефективного та безпечного застосування лікарських засобів пацієнтами з болем у поперек з метою уникнення непотрібних побічних ефектів та ризику розвитку залежності^{24,82}.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

Метою прийому лікарських засобів є зменшення болю настільки, щоб ви могли залишатися активними, а не повне його усунення. Лікарські засоби є лише однією складовою допомоги при болю. Вони найбільш ефективні в короткостроковій перспективі — допомагають вам рухатися та підтримують вас, доки ви опановуєте активні стратегії самодопомоги. Після початку прийому будь-яких лікарських засобів важливо залишатися фізично активними, продовжувати виконувати фізичні вправи та застосовувати стратегії самодопомоги⁴⁰.

При призначенні ліків медичний працівник врахує ваші симптоми, будь-які інші можливі стани, інші ліки, які ви приймаєте, та ваші уподобання щодо лікування. Він пояснить:

- для чого призначаються ліки;
- у якій кількості їх приймати;
- як довго їх приймати;
- очікувані користь та ризики, в тому числі можливі побічні ефекти.

Ставте запитання, щоб переконатися, що пропоновані ліки вам підходять і що ви розумієте, як їх використовувати.

Лікарські засоби, які зазвичай не рекомендують при болю в поперек, включають бензодіазепіни (які іноді призначають як міорелаксанти), протисудомні лікарські засоби (які також використовують для лікування епілепсії) та антидепресанти. Це пов'язано з тим, що ці ліки не є достатньо ефективними при болю в поперек і можуть мати суттєві побічні ефекти⁸².

Опіоїдні знеболювальні засоби слід застосовувати лише короткочасно, в найнижчій дозі, що полегшує симптоми, та відповідно до рекомендацій медичного працівника. Не застосовуйте їх протягом тривалого періоду,

оскільки вони можуть спричиняти суттєві побічні ефекти та викликати залежність³⁵.

Для медичних працівників

Пояснюйте, що метою прийому знеболювальних лікарських засобів є зменшення болю для підтримки продовження пацієнтом звичайної діяльності, включно з фізичною активністю та роботою, а не повне усунення болю³⁴. Надавайте інформацію про те, як знеболювальні лікарські засоби можна поєднувати з фізичною активністю та стратегіями самодопомоги, щоб допомогти пацієнту поліпшити його функціонування і рухливість⁴⁰.

Якщо розглядається призначення знеболювальних лікарських засобів:

- Обговорюйте індивідуальні очікування, вподобання, супутні захворювання, потреби та цілі лікування пацієнта^{40,53}.
- Переглядайте лікарські засоби, які вже приймає пацієнт, у тому числі безрецептурні та раніше призначені лікарські засоби, що застосовувалися для знеболення.
- Надавайте інформацію про ризики та користь конкретних знеболювальних лікарських засобів⁴⁰, у тому числі про можливість розвитку залежності та способи усунення побічних ефектів^{35,53}.
- Призначайте найнижчу ефективну дозу на найкоротший можливий строк відповідно до чинних *клінічних настанов*^{7,34,35}.
- Визначайте та документуйте чіткі цілі для припинення прийому лікарського засобу^{34,35}.
- Заохочуйте пацієнта продовжувати дотримуватися інших стратегій самоконтролю після початку прийому ліків⁴⁰.
- Проводьте ранні та регулярні огляди для оцінювання й моніторингу ефективності лікування, побічних ефектів, некоректного застосування та функціональних покращень.

Докази демонструють, що протисудомні лікарські засоби (прегабалін і габапентин), трициклічні антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та бензодіазепіни неефективні або мають обмежену ефективність у зменшенні болю в попереку чи втрати працездатності і пов'язані зі значними ризиками^{94,95}.

Також існують лише обмежені докази короткострокової ефективності опіоїдних знеболювальних засобів. Окрім побічних ефектів, таких як закрепи і сонливість, при їх застосуванні існує ризик передозування й розвитку залежності, а також можливого уповільнення відновлення^{82,94,96}. Якщо опіоїдні знеболювальні застосовуються для полегшення сильного гострого болю, наприклад, у пацієнтів, які звертаються до відділення екстреної медичної допомоги, призначайте лікарські засоби з негайним вивільненням на обмежений період із чітко визначеною тривалістю в рамках загальної стратегії надання допомоги при болю, що враховує статус пацієнта щодо застосування

⁷ Інформацію про конкретні знеболювальні препарати, їхню ефективність і дозування див. у [клінічних настановах щодо ревматології](#), інформацію про поступове зменшення доз, припинення застосування знеболювальних препаратів і оцінювання ефективності знеболення — у [клінічних настановах щодо болю та знеболення](#).

опіоїдів^{8,34}. Перед призначенням опіоїдного знеболювального засобу важливо переконатися, що пацієнт і всі, хто залучений до надання йому допомоги, розуміють, як безпечно використовувати такі засоби³⁵, зокрема, як їх правильно зберігати та утилізувати (див. [«Opioid Analgesic Stewardship in Acute Pain Clinical Care Standard» \[Стандарт клінічної допомоги при гострому болю з використанням опіоїдних знеболювальних засобів\]](#))⁶⁶.

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте наявність систем, процесів та ресурсів для підтримки медичних працівників у наданні пацієнтам інформації про їх лікування. Забезпечте доступ пацієнтів до консультацій щодо лікарських засобів, включно з інформацією про ризики та користь знеболювальних⁴⁰. Надайте медичним працівникам доступ до актуальних *клінічних настанов* та здійснюйте моніторинг їх належного дотримання.

Політика обмеження призначення опіоїдних знеболювальних засобів при болю в попереку повинна передбачати використання лікарських засобів з негайним вивільненням на короткий період. Забезпечте надання пацієнтам інформації, щоб керувати їхніми очікуваннями щодо тривалості лікування опіоїдними лікарськими засобами. Пацієнтів відділень екстреної медичної допомоги слід інформувати про тривалість терапії. Відповідну інформацію потрібно включати до виписного епікризу разом із наданими рекомендаціями та зазначенням обмеженої дози і кількості лікарського засобу, отриманих пацієнтом, із метою уникнення тривалого застосування, відповідно до [«Opioid Analgesic Stewardship in Acute Pain Clinical Care Standard» \[Стандарту клінічної допомоги при гострому болю з використанням опіоїдних знеболювальних засобів\]](#) (див. заяву щодо якості 9 «Передавання обов'язків із надання допомоги»).

Індикатори моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 7a: частка пацієнтів із болем у попереку, які отримували опіоїдні знеболювальні засоби.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759568.

Індикатор 7b: частка пацієнтів із болем у попереку, які отримували протисудомні лікарські засоби.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759570.

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.

⁸ Інформацію про застосування опіоїдів на рівні громади та в лікарнях, а також приклади титрування доз опіоїдів для перорального та підшкірного застосування в лікарнях при помірному та сильному гострому болю див. у [клінічних настановах щодо болю та знеболення](#).



Рекомендації для медичних працівників щодо клінічної практики

Перед розглядом можливості призначення знеболювальних лікарських засобів переконайтеся, що було застосовано стратегії лікування першого ряду, такі як навчання пацієнта та підтримка самопомоги³⁴.

Зберіть анамнез щодо прийому лікарських засобів, включно з безрецептурними препаратами. Запитайте пацієнта, чи допомагають ліки, які він приймає, полегшити біль. Якщо ліки допомагають, перевірте, чи пацієнт приймає їх правильно, чи не має побічних ефектів (таких як біль у шлунку в разі застосування нестероїдних протизапальних препаратів) та чи не має протипоказань.

Якщо пацієнт раніше застосовував рецептурні знеболювальні лікарські засоби, запитайте про його реакцію на ліки та про те, чи відчував він проривний біль. Цю інформацію можна використати для визначення початкової дози або уникнення повторного застосування неефективної терапії^{34,35}.

Національна служба Австралії з питань раціонального призначення лікарських засобів має кілька корисних ресурсів, зокрема перелік [запитань, які варто поставити щодо застосування опіоїдів при болю у спині](#)⁹⁷.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Із пацієнтами з гострим болем у попереку

Надавайте пацієнту рекомендації щодо невідкладних дій і подальших кроків, наприклад:

«Поки що я раджу Вам залишатися якомога активнішим/-ою і спробувати, наприклад, теплі компреси, щоб полегшити біль. Під час наступного огляду ми зможемо повторно оцінити, чи потрібні Вам ліки для полегшення болю. Як Вам такий підхід?»

Із пацієнтами із новим епізодом болю в попереку, що супроводжується болем у ногах (без неврологічних ознак)

Поясніть пацієнту свої рекомендації та підхід, наприклад, так:

«Рекомендую спробувати легкі фізичні вправи, щоб уникнути скутості, а ми уважно відстежуватимемо Ваш прогрес».

«Якщо буде потрібно, згодом ми можемо спробувати короткий курс протизапальних препаратів (наприклад, ібупрофену). Такі лікарські засоби можуть трохи полегшити біль у попереку, але не мають підтвердженої ефективності для болю в ногах. Ці ліки також можуть мати побічні ефекти і підходять не всім».

«Більшість ліків, які використовують для лікування болю в попереку (в тому числі лікарські засоби від нейропатичного болю та опіоїдні знеболювальні), не мають переконливих доказів ефективності. Усі вони можуть спричиняти серйозні побічні ефекти, тому краще не застосовувати їх регулярно. Якщо виникне потреба в їх застосуванні, ми можемо спробувати їх дуже обережно та лише короткочасно».

«Якщо біль стане нестерпним, ми обговоримо інші варіанти. Як Вам такий підхід?»

Із пацієнтами із тяжким загостренням постійного болю в попереку

Інформуйте пацієнта про останні дослідження щодо немедикаментозного лікування болю в попереку, наприклад, так:

«Сьогодні немедикаментозні методи лікування хронічного болю в попереку вважаються кращими, ніж лікарські засоби. Немедикаментозні методи, такі як програми фізичної активності та психотерапія, допомагають ефективно впоратися з болем і мають менше ризиків та побічних ефектів. Як Ви ставитеся до того, щоб спробувати один із таких підходів? Що Ви думаєте про те, щоб спробувати замінити деякі ліки, які Ви приймаєте, одним із таких підходів? Ми зможемо проаналізувати результати та обговорити варіанти подальшого прийому лікарських засобів протягом наступних 2–4 тижнів».

Джерела: адаптовано на основі Traeger et al¹¹, клінічних настанов щодо болю та знеболення³⁵ і матеріалів Агентства клінічних інновацій Нового Південного Уельсу⁹.

Заява щодо якості 8. Повторне оцінювання і направлення

Пацієнти зі стійкими або прогресуючими симптомами/ ознаками чи функціональними порушеннями мають проходити раннє повторне оцінювання для визначення перешкод на шляху до покращення їхнього стану. Має розглядатися доцільність направлення для застосування мультидисциплінарного підходу. У разі сильного або прогресуючого болю у спині чи ногах, що не відповідає на інші методи лікування, а також за наявності прогресуючих неврологічних порушень або інших ознак специфічної та/або серйозної патології показаний огляд у хірурга або іншого спеціаліста.

Мета

Забезпечення відповідності повторного оцінювання й направлення пацієнта з постійним болем у попереку або болем у попереку, що посилюється, клінічним потребам пацієнта з метою виявлення специфічних і серйозних діагнозів або ознак прогресування захворювання, а також запобігання розвитку хронічного болю та пов'язаних із ним довгострокових ускладнень^{9,34}.

Що означає ця заява щодо якості

Для пацієнтів

Повідомте медичного працівника, якщо біль продовжує турбувати вас, симптоми погіршуються або з'являються нові симптоми. Медичний працівник може перевірити ваші симптоми та самопочуття і, за необхідності, скоригувати лікування. Вас можуть направити до іншого медичного працівника або команди медичних працівників, які допоможуть вам досягти ваших цілей щодо фізичної активності та мобільності, а також краще зрозуміти природу болю й способи зменшення його впливу на тіло, психічний стан і поведінку.

У деяких випадках медичний працівник може направити вас до надавачів спеціалізованих послуг із лікування хребта, надавачів послуг із лікування болю або іншого відповідного спеціаліста (наприклад, ревматолога, хірурга-вертебролога, лікаря, який спеціалізується на лікуванні болю, чи реабілітолога). Ці спеціалісти можуть оцінити ваш стан, надати рекомендації та обговорити з вами інші специфічні варіанти лікування.

Медичний працівник також направить вас до хірурга-вертебролога у разі підозри на, серйозне захворювання, для лікування якого показане хірургічне втручання, або якщо у вас спостерігається посилення стискання нервів.

Для медичних працівників

Якщо на момент повторного огляду біль у пацієнта не минає або посилюється, необхідно оцінити, чи пов'язана відсутність поліпшення стану із прогресуванням порушення або із фізичними, функціональними чи психосоціальними факторами³⁴. Переглядайте результати початкового оцінювання та поточний план надання допомоги, зокрема психосоціальні фактори, що можуть уповільнювати відновлення, призначення ліків та дотримання пацієнтом стратегій самодопомоги, і коригуйте план лікування відповідним чином. Слід оцінювати ефективність усіх випробуваних методів лікування і припиняти застосовувати неефективні, а не просто додавати до них нові²⁶.

Варто також обговорювати фінансові та юридичні питання, які можуть впливати на відповідь пацієнта на лікування, оскільки існує встановлений зв'язок між факторами, пов'язаними з фінансами, і погіршенням фізичного та психологічного функціонального статусу⁹⁸.

Слід розглядати доцільність направлення пацієнтів із болем у попереку або ногах, що обмежує працездатність, чи суттєво обмеженим функціональним статусом, що зберігається під час огляду через 2–6 тижнів²⁹, до надавача послуг із охорони здоров'я, який має досвід застосування доказових підходів для підтримання функціонального відновлення^{9,29,34,72} (див. **заяву щодо якості 6 «Фізичні та/або психологічні втручання»**).

За необхідності слід застосовувати мультидисциплінарний підхід для усунення як фізичних, так і психосоціальних бар'єрів для відновлення. Це включає механізм регулярної комунікації між надавачами послуг із охорони здоров'я та забезпечення надання узгодженої інформації пацієнту, який отримує допомогу від різних медичних працівників^{9,29,34}.

Слід розглядати можливість направлення пацієнтів із періодичним або постійним болем у попереку, а також пацієнтів, які не відновилися після гострого епізоду протягом 12 тижнів, для участі в мультидисциплінарній програмі лікування хронічного болю або до медичного працівника з відповідними експертними знаннями⁹. Такі послуги здатні забезпечити більш інтенсивне лікування, щоб допомогти пацієнтам повернутися до діяльності, якою вони займалися до появи болю в попереку. Їх основною метою є поліпшення функціонування та самодопомога, а також забезпечення регулярного огляду пацієнта для коригування плану надання допомоги відповідно до його стану^{9,28,34,62,99}.

Більш раннє направлення та огляд можуть бути виправдані у випадку пацієнтів із тяжким загостренням хронічного болю у спині, або коли очевидно, що біль зберігається чи посилюється попри відповідне раннє втручання^{9,72}.

Будь-які нові тривожні ознаки (наприклад, серйозні патології, неврологічні порушення) вимагають термінового обстеження або оцінювання спеціалістом

(див. **таблицю 1** у заяві щодо якості 1).⁹ Пацієнтів із серйозними неврологічними ознаками та симптомами або неврологічними ознаками та симптомами, що стрімко прогресують, слід негайно направляти на термінове візуалізаційне дослідження та огляд у хірурга (див. **вставку 6** щодо інформації, яку необхідно включити в направлення)^{34,46}.

Вставка 6. Важлива інформація, яку необхідно включати в направлення на термінове візуалізаційне дослідження та огляд у хірурга

- Наявність та тривалість неврологічних ознак і симптомів
- Наявність або відсутність тривожних ознак
- Вік молодший за 16 або старший за 50 років на момент появи нового епізоду болю
- Порушення рухових функцій (наприклад, слабкість ніг)
- Нещодавня серйозна травма
- Нез'ясована втрата маси тіла
- Злоякісне новоутворення в анамнезі (незалежно від давності)
- Вживання наркотичних речовин внутрішньовенно в минулому
- Тривалий прийом стероїдів раніше
- Нещодавнє тяжке захворювання
- Нещодавня серйозна інфекція
- Механізм травмування
- Функціональний статус
- Надана допомога (в тому числі попередні операції на хребті та нехірургічне лікування)
- Загальний медичний анамнез
- Результати відповідних візуалізаційних досліджень (рентгенографії, КТ, МРТ)

Джерело: критерії клінічної пріоритизації пацієнтів Департаменту охорони здоров'я штату Квінсленд³³.

Для служб охорони здоров'я

Забезпечте наявність систем, процесів та ресурсів для підтримки медичних працівників у моніторингу симптомів, функціонування та психосоціального добробуту пацієнтів із болем у попереку. У протоколах мають бути визначені відповідні маршрути направлення та передбачений своєчасний доступ до послуг, зокрема для пацієнтів із постійним болем з ознаками серйозної патології або болем, що посилюється.

Служби, що забезпечують надання одного з компонентів мультидисциплінарної допомоги, повинні забезпечувати наявність систем, що сприяють ефективній спільній роботі кількох надавачів послуг із охорони

⁹ Перелік поширених травматичних ушкоджень хребта, які вимагають негайного направлення до відділення екстреної медичної допомоги і не підлягають направленню на планову консультацію або до відділення травматології, а також іншу корисну інформацію для лікарів, які видають направлення, див. у розділі «Spine (Orthopaedics)» на вебсайті Департаменту охорони здоров'я штату Квінсленд.

здоров'я, в тому числі механізмів регулярної комунікації для забезпечення надання пацієнтам послідовної інформації.

Слід оцінювати на рівні служб охорони здоров'я, чи відповідають мультидисциплінарні клініки лікування болю та надавачі спеціалізованих послуг хірургії хребта потребам населення. Розглядайте можливість реалізації заходів із підвищення якості для оцінювання ефективності та покращення доступу до медичної допомоги.

Індикатор моніторингу на місцевому рівні

Індикатор 8a: наявність затвердженої на місцевому рівні політики, що визначає процес повторного оцінювання стану пацієнтів із болем у попереку та їх направлення. У такій політиці повинні бути визначені:

- показання та часові рамки для повторного оцінювання стану пацієнта з болем у попереку з метою перегляду діагнозу та плану лікування;
- маршрути направлення до відповідних надавачів медичних послуг і програм, орієнтованих на підтримку відновлення;
- механізми забезпечення ефективної комунікації між надавачами медичних послуг і пацієнтом;
- процес моніторингу ефективності рекомендованого лікування.

Посилання на реєстр METEOR: meteor.aihw.gov.au/content/759572.

Детальнішу інформацію про індикатори та визначення, необхідні для збирання і розрахунку даних для індикаторів, можна знайти за наведеними вище посиланнями на метадані в реєстрі METEOR.



Рекомендації для медичних працівників щодо комунікації

Пояснюйте пацієнту варіанти направлення, які відповідають його ситуації. За відсутності ознак специфічної та/або серйозної патології обговорюйте причини необхідності подальшого огляду у спеціаліста: для уточнення діагнозу або для застосування мультидисциплінарного підходу, спрямованого на покращення функціонування. Заохочуйте пацієнта ставити запитання, наприклад, *«5 Questions to Ask Your Doctor or Health Care Provider before You Get Any Test, Treatment or Procedure»* [П'ять запитань, які варто поставити своєму лікарю або іншому надавачу послуг із охорони здоров'я перед тим, як проходити будь-яке дослідження, лікування чи процедуру]⁸⁹.

Додаток А. Загальні принципи надання допомоги

Цей стандарт клінічної допомоги відповідає ключовим принципам, які є основою забезпечення безпечної та якісної медичної допомоги. При впровадженні цього стандарту клінічної допомоги служби охорони здоров'я повинні забезпечувати, щоб заходи з підвищення якості ґрунтувалися на визначених нижче принципах.

Людино-орієнтована допомога

Людино-орієнтована допомога — це медична допомога, яка надається з урахуванням та з повагою до вподобань, потреб і цінностей пацієнтів та споживачів послуг³⁶.

Стандарти клінічної допомоги ґрунтуються на ключових принципах людино-орієнтованої допомоги, зокрема:

- гідному та шанобливому ставленні до пацієнтів;
- заохоченні пацієнтів до участі в ухваленні рішень (див. принцип «Спільне ухвалення рішень»);
- комунікації з пацієнтами щодо їхнього клінічного стану та варіантів лікування;
- наданні пацієнтам інформації у зрозумілому для них форматі та заохочення їх до участі в ухваленні рішень.

Спільне ухвалення рішень

Спільне ухвалення рішень передбачає обговорення та співпрацю між отримувачем і надавачем медичних послуг. Мета цього процесу полягає в узгодженні цінностей, цілей та вподобань отримувача послуг із найкращими доступними доказами щодо користі, ризиків і невизначеності лікування, щоб ухвалити найбільш доцільні для конкретного пацієнта рішення щодо медичної допомоги.

Залучення людей, які надають підтримку

У другому виданні «Australian Charter of Healthcare Rights» [Австралійської хартії прав у сфері охорони здоров'я]¹⁰⁰ визначено права отримувачів послуг та людей, про яких вони піклуються, під час отримання медичної допомоги.

Пацієнти мають право залучати обраних ними людей до планування та ухвалення рішень щодо медичного обслуговування і лікування. Такими людьми можуть бути члени сім'ї, піклувальники, друзі або представники отримувача послуг, наприклад, соціальний працівник. Багато служб охорони здоров'я мають різних координаторів, таких як координатори з питань взаємодії з аборигенами Австралії та аборигенами островів Торресової протоки, які можуть забезпечувати захист інтересів пацієнтів, надавати їм інформацію та підтримку.

Цей стандарт клінічної допомоги безпосередньо не стосується піклувальників і членів сім'ї, проте положення, що стосуються обговорення медичної допомоги між медичними працівниками та пацієнтами, слід розуміти як такі, що стосуються людей, які надають підтримку, якщо цього бажає пацієнт

(або замість пацієнта — уповноважена особа, якщо пацієнт не може надати згоду).

Інформована згода

Інформована згода — це добровільне та інформоване рішення людини щодо медичного лікування, процедури або втручання, яке ухвалюється на основі достатніх знань і розуміння користі та ризиків, а також доступних альтернативних варіантів. Див. [інформаційний лист для медичних працівників щодо інформованої згоди](#)¹⁰¹.

Положення пункту 2.04 Національних стандартів безпечності та якості послуг із охорони здоров'я (NSQHS) вимагає від служб охорони здоров'я забезпечувати дотримання законодавства та провідних практик у процесах отримання інформованої згоди³⁶.

Культурна безпека та безпека пацієнтів

Культурна безпека полягає в подоланні культурного дисбалансу влади у сфері охорони здоров'я з метою сприяння покращенню здоров'я аборигенів Австралії та аборигенів островів Торресової протоки¹⁰².

[«Cultural Respect Framework 2016–2026» \[Рамкова концепція культурної поваги на 2016–2026 рр.\] зобов'язує Уряд та всі штати](#) і території Австралії впровадити принципи поваги до культури у свої системи охорони здоров'я¹⁰³. Ця програма повинна використовуватися при розробленні, впровадженні та оцінюванні стратегій культурної обізнаності та культурної компетентності.

Отримувачі послуг із охорони здоров'я почуваються найбезпечніше, коли медичні працівники розуміють динаміку владних відносин, культурні відмінності та права пацієнтів. Цей процес вимагає перегляду медичними працівниками власних переконань і ставлень¹⁰⁴.

У [«NSQHS Standards User Guide for Aboriginal and Torres Strait Islander Health» \[Посібнику користувача стандартів NSQHS щодо охорони здоров'я аборигенів Австралії та аборигенів островів Торресової протоки\]](#) описано шість конкретних заходів, орієнтованих на допомогу службам охорони здоров'я в поліпшенні якості медичної допомоги та результатів лікування аборигенів Австралії та аборигенів островів Торресової протоки^{36,104}.

Положення пункту 1.09 Національних стандартів безпечності та якості послуг первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад передбачає виявлення службами охорони здоров'я груп пацієнтів, які користуються їхніми послугами і мають підвищений ризик відмінностей у результатах лікування, яких можна уникнути. До таких груп належать, зокрема:

- аборигени Австралії та аборигени островів Торресової протоки;
- люди з інвалідністю;
- люди відмінного походження.

Додаток В. Індикатори для підтримки моніторингу на місцевому рівні

Щоб допомогти медичним працівникам та службам охорони здоров'я здійснювати моніторинг ефективності надання ними допомоги відповідно до рекомендацій, наведених у цьому стандарті клінічної допомоги, Комісія розробила набір індикаторів. Такі індикатори є інструментом підтримки місцевих заходів із підвищення якості. Контрольні значення для індикаторів не встановлюються.

Процес розроблення зазначених у цьому документі індикаторів включав:

- огляд існуючих індикаторів, що використовуються в Австралії та у всьому світі;
- визначення пріоритетності, огляд та вдосконалення індикаторів разом із тематичною робочою групою.

Більшість даних, що лежать в основі індикаторів, збираються з місцевих джерел шляхом проспективного збирання даних чи ретроспективного аудиту медичних карт або огляду політик і протоколів.

У цьому документі назви індикаторів та гіперпосилання на специфікації індикаторів наведено після відповідних заяв щодо якості під заголовком **«Індикатор(-и) моніторингу на місцевому рівні»**. Повні специфікації індикаторів для *Стандарту клінічної допомоги при болю в попереку* можна знайти в онлайн-реєстрі метаданих (METEOR) за посиланням: meteor.aihw.gov.au/content/755790.

METEOR — це австралійське вебсховище національних стандартів метаданих для секторів охорони здоров'я, соціального забезпечення і допомоги із житлом. Реєстр METEOR, розміщений на серверах Австралійського інституту охорони здоров'я та добробуту і надає користувачам онлайн-доступ до великої кількості затверджених на національному рівні даних та визначень індикаторів.

Додаток С. Вимірювання та моніторинг досвіду пацієнтів

Систематичний рутинний моніторинг досвіду пацієнтів та результатів отриманої ними медичної допомоги є важливим способом забезпечення врахування поглядів пацієнта для підвищення якості послуг та людино-орієнтованого надання допомоги. Його мають забезпечувати всі служби охорони здоров'я.

Показники досвіду пацієнтів

Хоча цей стандарт клінічної допомоги не містить показників, що безпосередньо вимірюють досвід пацієнтів, Комісія наполегливо рекомендує службам охорони здоров'я використовувати Австралійський опитувальник щодо досвіду лікування пацієнта в лікарняних умовах (АНРЕQS). АНРЕQS — це універсальний опитувальник із 12 запитань для оцінювання досвіду пацієнтів, валідований на пацієнтах денних стаціонарів та госпіталізованих пацієнтах у різних клінічних контекстах. Цей інструмент доступний для завантаження¹⁰⁵ як для приватних, так і для державних служб охорони здоров'я.

Показники результатів, про які повідомляють пацієнти

В Австралії показники результатів, про які повідомляють пацієнти (PROM), є новим інструментом оцінювання якості медичної допомоги. Комісія очолює національну робочу програму, спрямовану на підтримку послідовного та рутинного використання PROM для підвищення якості надання допомоги.

PROM — це стандартизовані та валідовані опитувальники, які пацієнти заповнюють самостійно, без будь-якої допомоги з боку надавачів послуг із охорони здоров'я. Зазвичай їх просять заповнити щонайменше двічі — на початковому етапі до втручання та після нього, або регулярно у випадку хронічного захворювання. Інформація, яку надають пацієнти, заповнюючи опитувальники PROM, може використовуватися для підтримки та моніторингу переходу системи охорони здоров'я до людино-орієнтованої моделі надання медичної допомоги, заснованої на цінностях.

PROM використовують для оцінювання ефективності медичної допомоги на різних рівнях системи охорони здоров'я — від індивідуального рівня до рівня служб охорони здоров'я і системи загалом. В Австралії та в усьому світі зростає інтерес до регулярного опитування пацієнтів щодо результатів лікування для оцінювання ефективності й ухвалення рішень на рівнях системи охорони здоров'я, що виходять за межі клінічних консультацій.

Додаток D. Інтеграція з національними стандартами безпеки та якості

Впровадження цього стандарту клінічної допомоги допоможе службам охорони здоров'я дотримуватися вимог стандартів NSQHS³⁶ або Національних стандартів безпечності та якості послуг первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад (стандартів первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад), залежно від того, який із них є релевантним для конкретної служби охорони здоров'я³⁷.

І стандарти NSQHS, і стандарти первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад мають на меті захист населення від шкоди та підвищення якості надання медичних послуг. Вони передбачають використання механізму забезпечення якості, який дає змогу перевіряти наявність відповідних систем, необхідних для забезпечення дотримання очікуваних стандартів безпеки та якості.

У рамках стандартів NSQHS і стандартів первинної медичної допомоги й охорони здоров'я Стандарт клінічного управління та Стандарт партнерства зі споживачами встановлюють загальні вимоги, або рамки клінічного управління, необхідні для ефективного впровадження інших стандартів.

Національні стандарти безпечності та якості послуг охорони здоров'я Відповідні заходи

Відповідно до Стандарту клінічного управління, служби охорони здоров'я повинні:

- надавати підтримку медичним працівникам у використанні найкращих наявних доказів, зокрема стандартів клінічної допомоги (пункт 1.27b);
- забезпечувати моніторинг необґрунтованих клінічних варіацій і реагувати на них (пункт 1.28).

Упровадження стандартів NSQHS є обов'язковим для всіх лікарень, денних стаціонарів та державних надавачів стоматологічних послуг на території всієї Австралії. Очікується, що служби охорони здоров'я впроваджуватимуть стандарти NSQHS у спосіб, що відповідає специфіці клінічних послуг, які вони надають, та пов'язаним із ними ризикам. Подібні стратегії впровадження застосовуються до багатьох заходів, передбачених стандартами NSQHS. Встановлення зв'язків між заходами допомагає службам охорони здоров'я забезпечити інтеграцію своїх систем безпеки та якості, а також зменшити дублювання зусиль при впровадженні восьми стандартів NSQHS та стандартів клінічної допомоги.

Для отримання додаткової інформації про:

- оцінювання відповідності стандартам NSQHS та застосовності стандартів клінічної допомоги відвідайте [вебсторінку стандартів NSQHS](#), що містить відповідні вимоги;
- моніторинг необґрунтованих клінічних варіацій та реагування на них див. [«NSQHS Standards User Guide for the Review of Clinical Variation in Health Care» \[Посібник користувача стандартів NSQHS щодо аналізу клінічних варіацій у сфері охорони здоров'я\]](#);

- інші відповідні заходи, передбачені стандартами NSQHS, див. [стандарти NSQHS](#).

Національні стандарти безпечності та якості послуг первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад

Відповідні заходи

Відповідно до Стандарту клінічного управління, служби охорони здоров'я повинні:

- надавати підтримку медичним працівникам у використанні настанов щодо провідних практик та доступних доказів, у тому числі стандартів клінічної допомоги, таких як *Стандарт клінічної допомоги при болю в попереку*, у відповідних випадках (пункт 1.20b) ;
- забезпечувати моніторинг необґрунтованих клінічних варіацій і реагувати на них (пункт 1.21).

Застосування стандартів первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад є добровільним. Вони повинні застосовуватися лише у випадках, коли служби охорони здоров'я залучені до безпосереднього надання допомоги пацієнтам. Спосіб, у який окрема служба первинної медичної допомоги та/або медичної допомоги на рівні громади впроваджує стандарти первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад, залежить від розміру такої служби, а також від ризиковості й складності послуг, які вона надає. Додаткова інформація про стандарти первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад доступна на [вебсайті стандартів первинної медичної допомоги й охорони здоров'я на рівні громад](#)³⁷.

Глосарій

Термін	Визначення
Біль	Неприємне сенсорне та емоційне переживання, яке пов'язане з фактичним чи потенційним ушкодженням тканин або нагадує таке переживання ³⁵ .
Біопсихосоціальний (також відомий як соціопсихобіомедичний) підхід	Підхід, що допомагає медичним працівникам зрозуміти складність проживання досвіду болю пацієнтом і створює основу для оцінювання та більш ефективного надання допомоги при болю. Спосіб опрацювання ноцицептивних сигналів у людському мозку та відчуття болю, що виникають у результаті такого опрацювання, залежать від етапу життя людини (наприклад, дитинство, підлітковий або дорослий вік), її соціального та культурного контексту (соціо-), емоційного стану (психо-) та біологічного здоров'я (-біомедичний). Біопсихосоціальний підхід ураховує двосторонній зв'язок між цими факторами та досвідом болю людини, щоб визначити її сильні сторони і сфери, що потребують підтримки під час надання допомоги ³⁵ .
Гострий біль у попереку	Триває менше ніж три місяці. Термін «гострий» вказує на тривалість симптомів і не є діагнозом ^{9,24,35} .
Залишатися активним	Продовжувати звичайну повсякденну діяльність, у тому числі продовжувати працювати, наскільки це можливо. Це також означає уникнення тривалого сидіння без руху. Залишатися активним не означає виконання будь-яких конкретних вправ ^{34,90} . Див. термін «фізична активність».
Лікувальна фізкультура	Різні види фізичних вправ, що застосовуються для профілактики або лікування болю в попереку. Термін «лікувальна фізкультура» охоплює широкий спектр різних видів вправ, середовищ та теоретичних моделей. Усі види лікувальної фізкультури передбачають участь пацієнта у програмі фізичної активності, яку рекомендовано виконувати регулярно. Заняття з лікувальної фізкультури можуть проводити різні фахівці у сфері охорони здоров'я індивідуально або у груповому форматі. Акцент може бути зроблений на вправах із використанням спеціального тренажерного обладнання, вправах, які виконуються вдома, або вправах на відкритому повітрі ²⁶ .
Медичний працівник	Підготовлений фахівець у сфері охорони здоров'я, включно із зареєстрованими та незареєстрованими практиками, які надають безпосередню клінічну допомогу пацієнтам. Медичні працівники можуть працювати у службі охорони здоров'я як працівники, підрядники, акредитовані надавачі послуг або в рамках інших форм трудових відносин. До медичних працівників належать медичні сестри/брати, акушери, лікарі, медичні асистенти, парамедики та інші фахівці, які надають медичну допомогу, а також студенти, які надають допомогу із супервізією ³⁶ .
Механічний біль у спині	Термін, який іноді використовують для опису неспецифічного болю в попереку, щоб підкреслити відсутність ознак основного системного запального захворювання (наприклад, аксіального спондилоартриту) чи іншої серйозної патології (такої як інфекційне захворювання хребта, злоякісне новоутворення чи перелом). Його не слід використовувати для припущення про наявність надійного зв'язку між симптомами та анатомічними структурами ⁹ .

Термін	Визначення
Мультидисциплінарний підхід	Підхід до надання допомоги при хронічному болю, який одночасно враховує всі біопсихосоціальні фактори, що впливають на біль пацієнта, і допомагає пацієнтам швидше досягти поставлених цілей порівняно з підходами, що враховують лише окремі фактори, що спричиняють біль у пацієнта ³⁵ .
Навчання пацієнта	Просвітницька діяльність, спрямована на підвищення рівня грамотності в питаннях здоров'я, розвиток компетенцій і зміну поведінки. Навчання пацієнта має включати заспокоєння, що досягається за допомогою елементів когнітивно-поведінкової терапії. Медичний працівник заспокоює пацієнта в рамках взаємодії із пацієнтом, під час якої відбувається обмін інформацією, інструкціями або переконаннями з метою зменшення тривоги та страху пацієнта перед хворобою і перетворення рекомендацій на конкретні дії в повсякденному житті. Навчання пацієнта є частиною інформованої згоди на лікування. Воно підвищує очікування щодо надання допомоги та сприяє кращому дотриманню стратегій лікування ³⁵ .
Нейропатичний біль	Тип болю, що виникає внаслідок ушкодження нервової системи. Характерні відчуття описують як пекучий або пронизуючий біль. У відповідних ділянках може відчуватися оніміння, поколювання або підвищена чутливість ¹⁰⁶ . Залежно від локалізації ушкодження нервової системи нейропатичний біль може бути периферичним (через ураження периферичних нервів) або центральним (через ураження спинного або головного мозку) ³⁵ .
Нормування активності	Модифікація поведінки з метою запобігання перевтомі, покращення функціонування, контролю симптомів та зменшення ризику повернення болю, неактивності та втрати працездатності ³⁵ .
Ноцицептивний біль	Біль, спричинений пошкодженням тканин організму, який зазвичай описують як гострий, ниючий або пульсуючий. Він може бути спричинений низкою станів або факторів, зокрема травмами, хірургічними втручаннями, артритом, остеопорозом або захворюваннями опорно-рухового апарату ¹⁰⁶ .
Опіїдні лікарські засоби	Лікарські засоби, які застосовують для забезпечення знеболення шляхом гальмування передавання ноцицептивних імпульсів (через вплив на мю-опіїдні рецептори центральної нервової системи) та модуляції низхідних гальмівних шляхів від головного мозку. Деякі опіїди (наприклад, трамадол, тапентадол) також забезпечують знеболення через неопіїдні рецептори ³⁵ .
Оцінювання ризику (також стратифікація ризику)	Процес, спрямований на покращення результатів лікування шляхом вибору методів лікування, які з більшою ймовірністю будуть ефективними для певних груп людей. Існує кілька методів стратифікації, які дають схожі результати. Прикладом перевіреного інструмента для стратифікації за ризиком тривалого функціонального порушення є інструмент оцінювання ризику STarT Back ⁸² .
Періодичний біль (також відомий як епізодичний біль)	Біль, що виникає епізодично протягом трьох або більше місяців. Кожен епізод має подібні прояви — це може бути періодичний гострий ноцицептивний біль або епізоди хронічного болю ³⁵ . Див. терміни « гострий біль у попереку », « хронічний біль у попереку » та « ноцицептивний біль ».
Самодопомога	Методи, які пацієнт використовує для обмеження впливу болю на своє повсякденне життя, настрої і функції (наприклад, сон), удома та на роботі ¹⁰⁷ .
Серйозна основна патологія	Існуючі стани, які можуть впливати на біль, такі як рак, інфекція, травма або запальне захворювання, наприклад, спондилоартрит ⁸² .

Термін	Визначення
Соціальний зв'язок	Відчуття близькості або приналежності до окремої особи чи спільноти. Соціальний зв'язок виникає тоді, коли людина відчувається в безпеці, її бачать,чують і цінують. Відсутність соціального зв'язку викликає відчуття загрози та посилює больові відчуття, негативно впливає на здоров'я та добробут і пов'язана з підвищеною смертністю ³⁵ .
Фізична активність	Рух тіла. Фізична активність може бути структурованою (наприклад, прогулянки у групі, заняття фітнесом, тренування у спортзалі або плавання в басейні) або неструктурованою, що включає повсякденну діяльність (наприклад, ігри, роботу, пересування, домашні справи, активний відпочинок). Фізична активність може бути аеробною (на витривалість) або спрямованою на зміцнення м'язів, розвиток гнучкості, координації чи рівноваги ³⁵ . Див. термін «залишатися активним».
Хронічний біль у попереку (також відомий як постійний біль)	Біль у попереку, що триває більше ніж три місяці. Термін «хронічний» вказує на тривалість симптомів і не є діагнозом. Хронічний біль у попереку може мати конкретну причину або бути неспецифічним, коли причину болю не встановлено ^{9,35} .

Коментар робочої групи: на момент розробки цієї КН лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою *Tarmentadol* в Україні не зареєстровано.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. 2022

VIII. Алгоритм

Алгоритм цієї клінічної настанови призначений для полегшення розуміння клінічного маршруту та процесу прийняття рішень у веденні пацієнтів із болем у попереку. Такий формат алгоритму представляє спрощене ведення пацієнтів із болем у попереку та допомагає забезпечити ефективне прийняття рішень медичними працівниками. Алгоритм включає:

- впорядковану послідовність етапів надання медичної допомоги;
- рішення, які слід врахувати;
- рекомендовані критерії прийняття рішень;
- дії, які необхідно виконати.

Алгоритм є послідовним «деревом рішень». Для відображення кожного кроку використовуються стандартизовані символи, а стрілки з'єднують пронумеровані блоки, вказуючи порядок, у якому слід виконувати етапи.(35)

Довідкові блоки (Sidebars) містять більш детальну інформацію, що допомагає уточнювати та інтерпретувати елементи, подані в блоках.

Опис форм

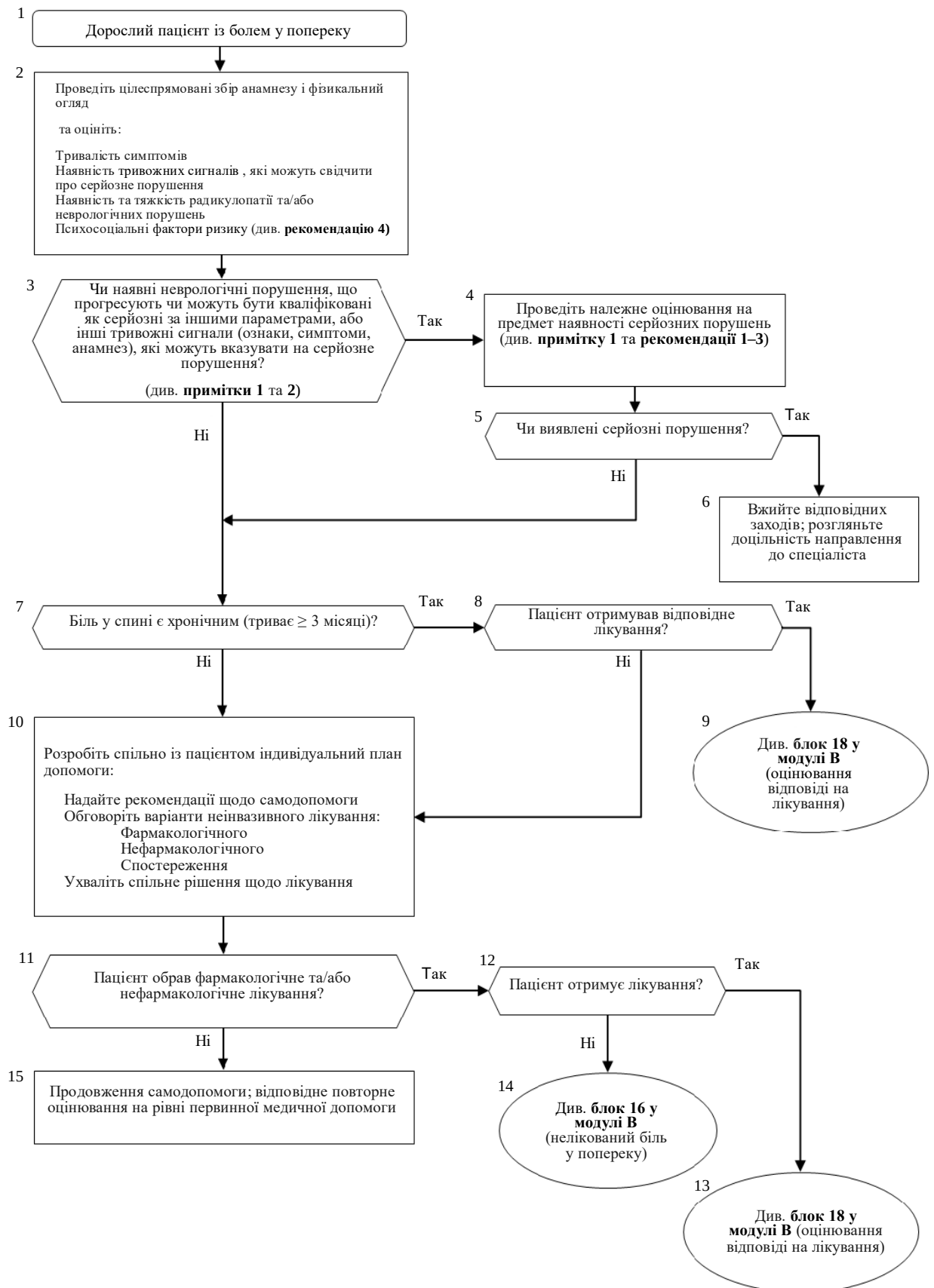
Заокруглені прямокутники – позначають клінічний стан або умову.

Шестикутники – позначають точку прийняття рішення, сформульовану як запитання, на яке можна відповісти «Так» або «Ні».

Прямокутники – позначають дію у процесі надання медичної допомоги.

Овали – позначають перехід або посилання на інший розділ алгоритму.

А. Модуль А: Початкове оцінювання болю в попереку



Довідковий блок 1: Оцінювання можливих серйозних станів

Можливі серйозні стани	«Червоні прапорці» (ознаки, симптоми, анамнез)	Рекомендоване обстеження ^а
Синдром кінського хвоста або синдром конуса медуляриса	• Затримка сечі • Нетримання сечі або калу • Анестезія «сідлової зони» • Зміни тонусу прямої кишки • Виражені/прогресуючі неврологічні дефіцити нижніх кінцівок	• Невідкладне МРТ^б (бажано)
Інфекція	• Лихоманка • Імуносупресія • Внутрішньовенне вживання наркотиків • Недавня інфекція, інвазивні катетери (центральный катетер, Фолея)	• МРТ^с • ШОЕ та/або СРБ
Перелом	• Анамнез остеопорозу • Хронічне застосування кортикостероїдів • Похилий вік (≥ 75 років) • Недавня травма • Молодший вік з ризиком стресового перелому (перевантаження)	• Оглядова рентгенографія попереково-крижового відділу • За непереконливих результатів — додаткова візуалізація за показаннями
Онкологічне захворювання	• Анамнез раку та новий біль у попереку • Невідоме походження втрати маси тіла • Відсутність покращення після 1 місяця лікування болю у попереку • Вік > 50 років • Наявність кількох факторів ризику	• МРТ^с • Оглядова рентгенографія попереково-крижового відділу

а Розглянути консультацію профільного спеціаліста.

б МРТ, за винятком випадків протипоказань (наприклад, кардіостимулятор); у разі протипоказань — КТ або КТ-мієлографія.

с МРТ без та з контрастуванням, за винятком випадків протипоказань (наприклад, ниркова недостатність).

Абревіатури: СРБ — С-реактивний білок; КТ — комп'ютерна томографія; ШОЕ — швидкість осідання еритроцитів; МРТ — магнітно-резонансна томографія.

Коментар робочої групи: в цій таблиці наведено тривожні стани («червоні прапорці»), що потребують невідкладної уваги лікарів ЗПСМ та лікарів-спеціалістів.

Довідковий блок 2: Оцінювання можливих інших станів^a

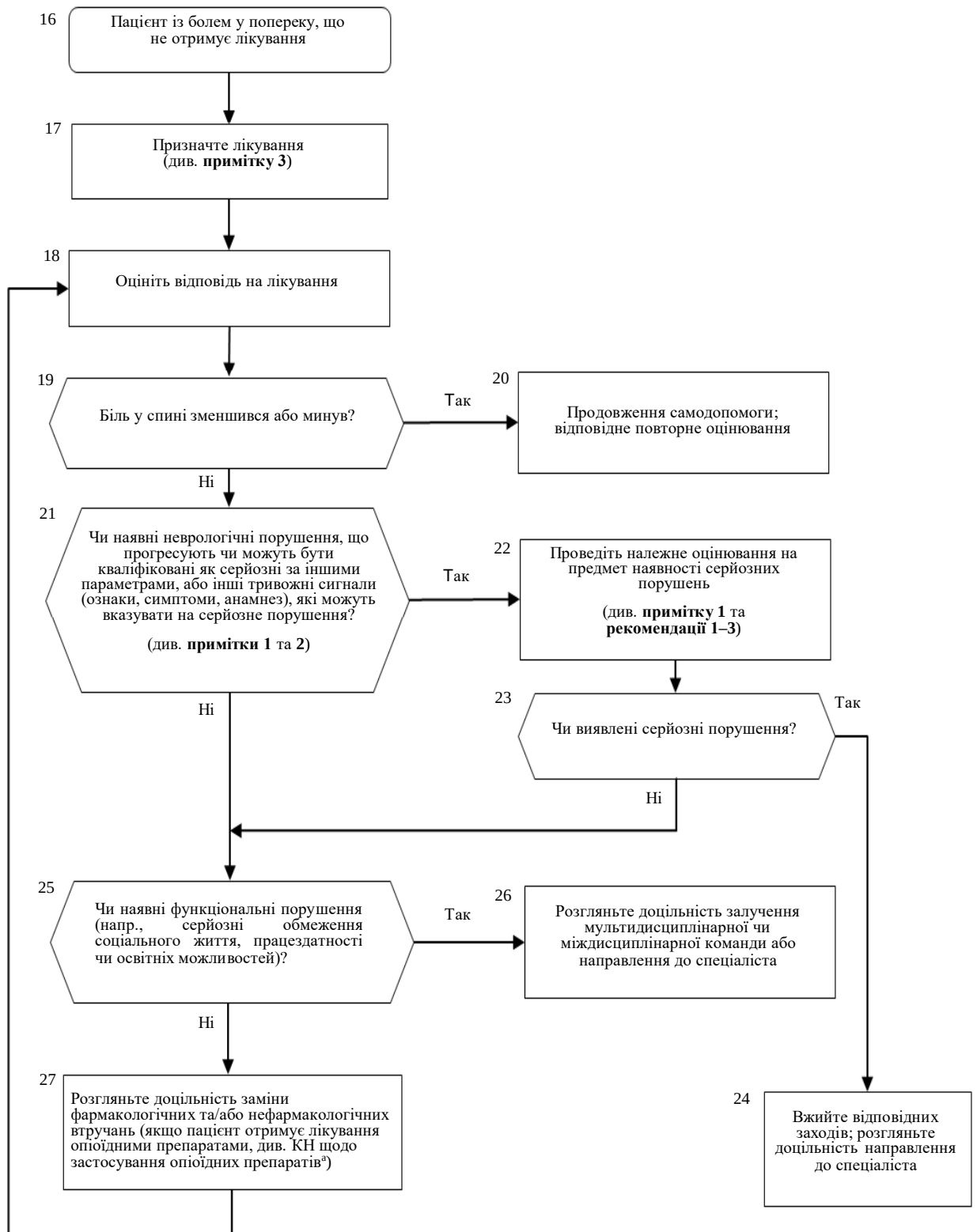
Можливі інші стани	«Червоні прапорці» (ознаки, симптоми, анамнез)	Рекомендоване обстеження ^b
Кила міжхребцевого диска	• Корінцевий біль у спині (наприклад, ішіалгія) • Дизестезія та/або парестезія нижніх кінцівок	• Немає
	• Виражені/прогресуючі неврологічні дефіцити нижніх кінцівок • Симптоми тривають понад 1 місяць	• МРТ ^c
Стеноз хребтового каналу	• Корінцевий біль у спині (наприклад, ішіалгія) • Дизестезія та/або парестезія нижніх кінцівок • Нейрогенна переміжна кульгавість • Похилий вік	• Немає
	• Виражені/прогресуючі неврологічні симптоми нижніх кінцівок • Симптоми тривають понад 1 місяць	• МРТ ^c
Запальний біль у попереку	• Ранкова скутість • Полегшення після фізичних вправ • Чергування болю ? Чергується біль у сідницях • Пробудження через біль у попереку у другій половині ночі • Молодший вік	• Рентгенографія таза, крижово-клубових суглобів та відповідної ділянки хребта

a Ці стани зазвичай не потребують невідкладної діагностичної оцінки.

b Розглянути консультацію профільного спеціаліста.

c У деяких пацієнтів можуть бути протипоказання до МРТ; контраст зазвичай не потрібен.

Модуль В: Допомога при болю в попереку



а Див. Настанову щодо клінічної практики застосування опіоїдних препаратів для лікування хронічного болю Міністерства у справах ветеранів/Міністерства оборони США, що доступна за посиланням: <https://www.healthquality.va.gov/>.

Довідковий блок 3: Лікування болю у попереку

Категорія	Втручання (в алфавітному порядку за категорією)	Тривалість болю у попереку	
		Гострий <4 тижнів	Підгострий або хронічний ≥4 тижнів
Самодопомога	Порада залишатися активним	X	X
Нефармакологічне лікування	Акупунктура		X Рекомендація 34
	КПТ та/або MBSR		X Рекомендація 8 та 12
	Програма вправ під керівництвом клініциста		X Рекомендація 9
	Мобілізація/маніпуляція хребта		X Рекомендація 10
Фармакологічне лікування	Дулоксетин		X Рекомендація 18
	НПЗЗ	X Рекомендація 19	X Рекомендація 19
Інше лікування	Багатопрофільна або міждисциплінарна програма		X Рекомендація 39

Абревіатури: КПТ — когнітивно-поведінкова терапія; MBSR — усвідомленість на основі зниження стресу; НПЗЗ — нестероїдні протизапальні засоби.

Коментар робочої групи: У таблиці надано посилання на рекомендації з діагностики та лікування болю в нижній частині спини Департаменту у справах ветеранів США, версія 3.0 – 2022, VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. Ці рекомендації наведено у наступній таблиці.

IX. Рекомендації

Наведені нижче клінічні рекомендації, засновані на доказах, були сформульовані із застосуванням систематичного підходу, що враховує чотири домени відповідно до методології GRADE (див. *Короткий опис методології розробки настанови*). Ці домени включають: достовірність (якість) доказів, баланс бажаних та небажаних наслідків (тобто користь і потенційна шкода), цінності та уподобання пацієнтів, інші наслідки та імплікації (наприклад, використання ресурсів, справедливість, прийнятність).

Рекомендації для «пацієнтів із болем у попереку» охоплюють популяції пацієнтів з гострим, підгострим або хронічним болем у попереку, з неврологічними симптомами або без них. Рекомендації, що стосуються одного або кількох конкретних типів болю у попереку, містять додаткові уточнення щодо характеристик відповідної групи пацієнтів.

Тема		Рекомендація	Сила рекомендації ^a	Категорія ^b
Оцінювання та діагностичний підхід	1	Для пацієнтів з болем у попереку рекомендується, щоб збір анамнезу та фізикальне обстеження включали оцінку прогресуючих або інших серйозних неврологічних дефіцитів та червоних прапорців.	Сильна рекомендація «за»	Переглянута, уточнена
	2	Рекомендується діагностична візуалізація та відповідні лабораторні дослідження за наявності серйозних неврологічних дефіцитів або червоних прапорців.	Сильна рекомендація «за»	Переглянута, уточнена
	3	Для пацієнтів із гострим болем у попереку без червоних прапорців рекомендується утримуватися від рутинної візуалізації або інвазивних діагностичних тестів.	Сильна рекомендація «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	4	Пропонується оцінювати психосоціальні фактори та використовувати прогностичні інструменти (STarT Back, Еребру).	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	5	Недостатньо доказів щодо фізикальних маневрів для діагностики фасеточного болю, SI-болю або радикулопатії.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — додана

Освіта пацієнта та самодопомога	6	Недостатньо доказів щодо освітніх програм (pain neuroscience education, школа спини).	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	7	Недостатньо доказів щодо цифрових методів самокерування.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — додана
Нефармакологічна та неінвазивна терапія	8	Пропонується когнітивно-поведінкова терапія.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	9	Пропонується структурована програма вправ під керівництвом клініциста.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	10	Пропонується мобілізація/маніпуляція хребта при хронічному болю.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	11	Недостатньо доказів щодо маніпуляції хребта при гострому болю.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	12	Недостатньо доказів щодо програм MBSR.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	13	Недостатньо доказів щодо поперекових ортезів.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, уточнена
	14	Для пацієнтів із болем у попереку, з радикулопатичними симптомами або без них, недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти механічної поперекової тракції.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	15	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти аурикулярної акупресури.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — додана
	16	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти йоги або цигун.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	17	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти купірування (cupping), лазерної терапії, черезшкірної електростимуляції	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню

		(TENS) та ультразвукової терапії.		
Фармакотерапія	18	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку ми пропонуємо дулоксетин.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	19	Для пацієнтів із болем у попереку ми пропонуємо нестероїдні протизапальні препарати.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	20	Для пацієнтів із болем у попереку, з радикалопатичними симптомами чи без них, недостатньо доказів щодо габапентину або прегабаліну.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, уточнена
	21	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів щодо трициклічних антидепресантів.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — додана
	22	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів щодо топічних засобів.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, уточнена
	23	Для пацієнтів із гострим болем у попереку недостатньо доказів щодо небензодіазепінових міорелаксантів для короткострокового застосування.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	24	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку ми пропонуємо утриматися від призначення небензодіазепінових міорелаксантів.	Слабка рекомендація «проти»	Переглянута, без змін
	25	Для пацієнтів із болем у попереку ми пропонуємо утриматися від застосування ацетамінофену.	Слабка рекомендація «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	26	Для пацієнтів із болем у попереку ми пропонуємо утриматися від застосування моноклональних антитіл.	Слабка рекомендація «проти»	Переглянута, нова — додана
	27	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку ми пропонуємо утриматися від застосування опіоїдів. Для пацієнтів, які вже отримують довготривалу опіоїдну	Слабка рекомендація «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню

		терапію, див. відповідну настанову VA/DoD. ^c		
	28	Для пацієнтів із болем у попереку ми пропонуємо утриматися від застосування системних кортикостероїдів (перорально або внутрішньом'язово).	Слабка рекомендація «проти»	Не переглянута, уточнена
	29	Для пацієнтів із болем у попереку ми рекомендуємо утриматися від застосування бензодіазепінів.	Сильна рекомендація «проти»	Переглянута, без змін
Харчові добавки	30	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти будь-якої конкретної дієти або харчових, рослинних чи гомеопатичних добавок (наприклад, протизапальна дієта, куркумін, вітамін D), а також канабісу чи канабіноїдів.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	31	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку ми пропонуємо радіочастотну абляцію медіальної гілки поперекових нервів та/або латеральної гілки крижових нервів.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, нова — замінює попередню
	32	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів, щоб рекомендувати за чи проти ін'єкцій у крижово-клубовий суглоб.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — додана
	33	Для пацієнтів із болем у попереку ми пропонуємо утриматися від введення кортикостероїдів у фасеткові суглоби та при терапевтичних блокадах медіальних гілок зі стероїдами.	Слабка рекомендація «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	34	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку ми пропонуємо акупунктуру.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, уточнена
	35	Для пацієнтів із гострим болем у попереку недостатньо доказів щодо акупунктури.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, уточнена

	36	Для пацієнтів із болем у попереку недостатньо доказів щодо ортобіологічних методів (наприклад, PRP, стовбурові клітини).	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — додана
	37	Для пацієнтів із болем у попереку та радикулопатичними симптомами недостатньо доказів щодо епідуральних ін'єкцій стероїдів.	Немає рекомендації «за» чи «проти»	Переглянута, нова — замінює попередню
	38	Для пацієнтів із болем у попереку ми пропонуємо утриматися від застосування спінальної нейростимуляції.	Слабка рекомендація «проти»	Переглянута, нова — додана
Командний підхід	39	Для пацієнтів із хронічним болем у попереку ми пропонуємо мультидисциплінарну або міждисциплінарну програму, яка має містити принаймні один фізичний компонент та щонайменше один інший компонент біопсихосоціальної моделі (психологічний, соціальний та/або професійний), що застосовуються у координований спосіб.	Слабка рекомендація «за»	Переглянута, уточнена

а Для отримання додаткової інформації див. *Визначення сили та спрямованості рекомендацій*.

б Для отримання додаткової інформації див. *Категоризацію рекомендацій та ДодатокD*.

с Для отримання додаткової інформації див. *Клінічну настанову VA/DoD щодо застосування опіоїдів у веденні хронічного болю*.

Доступно за посиланням: <https://www.healthquality.va.gov/>.

Скорочення:

CPG — клінічна настанова (clinical practice guideline)

DoD — Міністерство оборони США (Department of Defense)

VA — Департамент у справах ветеранів США (Department of Veterans Affairs)

Додаток 1.

Джерело: Low Back Pain Clinical Care Standard September. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2022

Коротка інструкція для лікарів загальної практики

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ

для лікарів
загальної практики

Біль у попереку

Стандарт клінічної допомоги

Коротка інструкція для лікарів загальної практики

У цій короткій інструкції описані дії, передбачені *Стандартом клінічної допомоги при болю в попереку* у випадку пацієнтів, що звертаються до свого терапевта/сімейного лікаря зі скаргою на новий епізод гострого болю в попереку.

1. Проведення початкового клінічного оцінювання

ОЦІНЮЙТЕ стан усіх пацієнтів, що звертаються по допомогу у зв'язку з новим епізодом болю в попереку, якомога раніше. Таке оцінювання має включати:

- Цілеспрямований збір анамнезу (біль, медичний анамнез, функціональні спроможності та будь-які тривожні ознаки, що можуть вказувати на специфічну та/або серйозну патологію);
- Фізикальний огляд;
- Цілеспрямоване неврологічне оцінювання у випадку пацієнтів із болем у попереку, що супроводжується болем у ногах;
- Диференціальну діагностику (виключення нефриту, коліту, остеоартриту кульшового суглоба та розшарування аорти).

ОРГАНІЗУЙТЕ

- Відповідні дослідження в разі підозри на специфічну та/або серйозну патологію;
- Подальше спостереження для моніторингу стану або додаткового оцінювання (напр., психосоціальне оцінювання з використанням Інструмента скринінгу STarT Back або Опитувальника Еребру).

НЕГАЙНО НАПРАВЛЯЙТЕ пацієнтів із важкими неврологічними ознаками чи неврологічними ознаками, що посилюються, підозрою на синдром кінського хвоста чи інфекційне захворювання хребта або новим гострим неврологічним порушенням, таким як парез (звисяння) стопи, до вертебролога або відділення екстреної медичної допомоги.

ДОКУМЕНТУЙТЕ відповідну інформацію в медичній картці пацієнта.

Підказка щодо комунікації

Поясніть пацієнту, що біль у попереку можна ефективно лікувати навіть якщо його причина невідома, наприклад:

«Сьогодні ми провели ретельне обстеження і не виявили жодних ознак того, що Ваш біль у спині пов'язаний із серйозним основним захворюванням. Хоча біль може бути сильним, хороша новина в тому, що більшість гострих епізодів болю в попереку минають протягом кількох тижнів. При цьому існує багато способів для полегшення болю в попереку і надання Вам допомоги».

2. Проведення оцінювання психосоціальних факторів

ОЦІНЮЙТЕ якомога раніше скарги та фактори, які можуть перешкоджати відновленню (психологічні, соціальні, трудові, юридичні) для всіх пацієнтів, що звертаються по допомогу у зв'язку з новим епізодом болю в попереку:

- Виявіть шкідливі хибні уявлення, у тому числі уникання через страх;
- Розгляньте доцільність використання спеціальних інструментів оцінювання ризиків (таких як Інструмент скринінгу STarT Back або Опитувальник Еребру).

ДОКУМЕНТУЙТЕ результати та проводьте повторні оцінювання під час наступних візитів для вимірювання прогресу.

Підказка щодо комунікації

Пояснюйте пацієнту, як біль може впливати на тіло та психіку, наприклад:

«У більшості випадків біль у спині свідчить не про серйозне ушкодження хребта, а радше про підвищення чутливості. Мозок діє як підсилювач: що більше Ви хвилюєтеся і зосереджуєтеся на болю, то сильніше Ви його відчуваєте».

3. Обмеження застосування візуалізаційних досліджень випадками, коли існує підозра на серйозну патологію

ПОЯСНЮЙТЕ, що візуалізація:

- Рідко показана людям із болем у попереку і, як правило, не надає корисної інформації для його лікування;
- Може призвести до непотрібного занепокоєння;
- Часто призводить до випадкових знахідок (таких як дегенеративні зміни дисків, артрит дуговідросткових суглобів, випинання дисків, тріщини в дисках або протрузії дисків), які є дуже поширеними серед людей без болю у спині і зазвичай є нормальними віковими змінами.

НАПРАВЛЯЙТЕ пацієнтів із тривожними ознаками специфічної та/або серйозної патології на візуалізаційне дослідження для підтвердження або виключення підозрюваного діагнозу.

ПРИМІТКА З огляду на вищу чутливість та кращий профіль безпеки, пріоритетним типом візуалізаційного дослідження є МРТ.

ОБГОВОРЮЙТЕ результати візуалізаційних досліджень із урахуванням анамнезу, результатів огляду та інших обстежень.

Підказка щодо комунікації

Пояснюйте пацієнту, чому візуалізація не рекомендована, наприклад, так:

«Візуалізаційні дослідження здебільшого використовують, щоб виключити серйозні патології, але загалом вони не дуже інформативні для визначення причини болю. З того, що я бачу у Вашому випадку, немає підстав хвилюватися щодо серйозних причин болю в попереку, тож на цьому етапі потреби у проведенні візуалізаційного дослідження немає. Насправді, візуалізація показує звичайні вікові зміни, навіть у людей без болю у спині, тому її результати часто не дуже корисні».

4. Навчання та консультування пацієнта

КОНСУЛЬТУЙТЕ пацієнтів щодо:

- Доброякісного характеру болю в попереку і того, що ризик наявності в людини серйозного основного захворювання є низьким;
- Потенційної користі, ризиків і витрат, пов'язаних із будь-якими стратегіями лікування, які розглядаються.

НАДАВАЙТЕ адаптовані навчальні матеріали для підкріплення ключових повідомлень та повторюйте необхідну інформацію під час наступних візитів.

Підказка щодо комунікації

Заспокоюйте пацієнта щодо природи болю в попереку, наприклад, так:

«У більшості випадків причиною болю в попереку є просте розтягнення спини. Для переважної більшості людей його наявність не означає жодного серйозного захворювання чи довгострокової втрати працездатності».

«Більшість пацієнтів із гострим болем у попереку відчують значне поліпшення або повністю відновлюються протягом двох тижнів, виконуючи прості поради».

5. Заохочення до самодопомоги та фізичної активності

ПОЯСНЮЙТЕ:

▪ Чому важливо продовжувати виконувати звичну діяльність, у тому числі фізичну активність, роботу та/або будь-яку іншу значущу діяльність, або якомога швидше повертатися до них;

▪ **Тривалий ліжковий режим є шкідливим, і до нього не слід заохочувати.**

НАДАВАЙТЕ ПАЦІЄНТАМ ПІДТРИМКУ в контролі симптомів шляхом:

- Пріоритизації активних стратегій самодопомоги над пасивними;
- Поступового підвищення рівня активності шляхом її дозування;
- Встановлення цілей, які є конкретними, вимірюваними, досяжними, реалістичними й визначеними в часі (тобто відповідають критеріям SMART).

Підказка щодо комунікації

Пояснюйте пацієнту, чому важливо залишатися активним, наприклад, так:

«Важливо зрозуміти, що саме Ви можете зробити, щоб допомогти собі впоратися з симптомами й запобігти посиленню болю».

«Пам'ятайте, що спина людини дуже міцна. Спочатку рухи можуть бути болісними, як при розтягненні щиколотки, але біль зменшиться, щойно Ви поступово знову почнете рухатися. Залишаючись активними і продовжуючи виконувати свою звичну щоденну діяльність, у тому числі роботу, настільки, наскільки це можливо, Ви прискорюєте своє відновлення».

6. Застосування фізичних та/або психологічних втручань

На основі результатів психосоціального оцінювання/оцінювання ризиків:

НАДАВАЙТЕ пацієнтам запевнення, рекомендації щодо самодопомоги та поради щодо підтримання активного способу життя для швидкого відновлення.

РЕКОМЕНДУЙТЕ фізичну активність та лікувальну фізкультуру для полегшення болю й поліпшення функціонування пацієнтам із загостренням постійного або хронічного болю в попереку.

НАПРАВЛЯЙТЕ пацієнтів, для яких існує вищий ризик несприятливого результату, на фізіотерапію та/або психотерапію.

Підказка щодо комунікації

Пояснюйте пацієнту, як біль може впливати на тіло та психіку, наприклад:

«Біль впливає як на фізичний, так і на психічний стан, тому методи лікування, які одночасно враховують фізичні та психологічні аспекти, можуть полегшити біль і зменшити обмеження ефективніше, ніж саме лише медичне лікування».

7. Обґрунтоване призначення знеболювальних засобів

ПОЯСНЮЙТЕ

, що метою прийому знеболювальних лікарських засобів є зменшення болю для підтримки продовження пацієнтом звичайної діяльності, включно з фізичною активністю та роботою, а не повне усунення болю.

НАДАВАЙТЕ інформацію щодо:

- Того, як застосування лікарських засобів можна поєднувати з фізичною активністю та стратегіями самопомогі для покращення функціонування й мобільності;
- Ризиків, користі та потенційних побічних ефектів.

Якщо розглядається призначення знеболювальних лікарських засобів:

ОБГОВОРІТЬ індивідуальні очікування, вподобання, супутні захворювання, потреби та цілі лікування пацієнта.

ПРИЗНАЧТЕ найнижчу ефективну дозу на найкоротший можливий строк відповідно до чинних *Клінічних настанов*.

ЗАДОКУМЕНТУЙТЕ чіткі цілі для припинення прийому препарату.

ПРИМІТКА Не призначайте протисудомні лікарські засоби, бензодіазепіни та антидепресанти. Призначення опіоїдних знеболювальних засобів слід розглядати лише для ретельно відібраних пацієнтів, у найменшій дозі та на найкоротший можливий строк.

Підказка щодо комунікації

Інформуйте пацієнта про останні дослідження щодо немедикаментозного лікування болю в попереку, наприклад, так:

«Сьогодні немедикаментозні методи лікування болю в попереку вважаються кращими, ніж лікарські засоби. Наразі я раджу Вам вести якомога активніший спосіб життя».

«Для полегшення болю можна спробувати застосовувати теплові компреси. Через один–два тижні ми зможемо повторно оцінити, чи потрібні Вам ліки для полегшення болю. Як Вам такий підхід?»

8. Повторне оцінювання і направлення

Якщо біль зберігається чи посилюється:

ПРОВЕДІТЬ ПОВТОРНЕ ОЦІНЮВАННЯ та перегляньте діагноз, психосоціальні фактори, медикаментозну терапію і дотримання стратегій самопомогі.

ОРГАНІЗУЙТЕ термінове дослідження або обстеження у спеціаліста у разі виявлення тривожних ознак, які були відсутні раніше (що можуть вказувати на серйозні патології чи неврологічні порушення).

НАПРАВЛЯЙТЕ пацієнтів із:

- Болям у спині чи ногах, що призводить до втрати працездатності або суттєвого обмеження функціонування при повторному оцінюванні через 2–6 тижнів, до відповідних фахівців/мультидисциплінарної команди для оцінювання фізичних та психологічних бар'єрів;

▪ **Тяжкі чи прогресуючі неврологічні ознаки та симптоми є підставою для проведення візуалізаційного дослідження та обстеження у хірурга.**

Підказка щодо комунікації

Пояснюйте пацієнту варіанти направлення, які відповідають його ситуації. За відсутності ознак специфічної та/або серйозної патології обговорюйте причини необхідності додаткового обстеження у спеціаліста: для уточнення діагнозу або для застосування мультидисциплінарного підходу, спрямованого на покращення функціонування.

Лишилися запитання?

У *Стандарті клінічної допомоги при болю в попереку* описаний доказовий підхід до раннього оцінювання, надання допомоги, повторного оцінювання та направлення пацієнтів, які звертаються по допомогу у зв'язку з новим епізодом болю в попереку, що супроводжується або не супроводжується болями у ногах та іншими неврологічними симптомами.



Дізнайтеся більше про *Стандарт клінічної допомоги при болю в попереку* та інші ресурси. Скануйте QR-код або перейдіть за посиланням safetvandquality.gov.au/lowbackpain-ccs.

Додаток 2.

Джерело: Low Back Pain Clinical Care Standard September. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2022

Коротка інструкція для відділень екстреної медичної допомоги

Біль у попереку. Стандарт клінічної допомоги

Коротка інструкція для відділень екстреної медичної допомоги

У випадку звернення до відділення екстреної медичної допомоги пацієнта з епізодом гострого болю в попереку

ОЦІНІТЬ характер болю в рамках скринінгу на наявність специфічної та/або серйозної патології (такої як інфекційне захворювання хребта, синдром кінського хвоста, перелом хребця, злоякісне новоутворення, вісцеральне захворювання чи аксіальний спондилоартрит) Таке оцінювання має включати:

- Цілеспрямований збір анамнезу (біль, медичний анамнез, функціональні спроможності);
- Фізикальний огляд включно з ретельним неврологічним обстеженням за наявності показань;
- Диференціальну діагностику (виключення нефриту, коліту, остеоартриту кульшового суглоба та розшарування аорти);
- Оцінювання на предмет факторів ризику, які можуть заважати відновленню (психологічних, соціальних, трудових, юридичних). Розгляньте доцільність використання спеціальних інструментів оцінювання ризиків (таких як Інструмент скринінгу STarT Back або Опитувальник Еребру).

Чи наявні підозри на серйозну основну патологію?

■ ТАК

ОРГАНІЗУЙТЕ

відповідне обстеження.

ПРИМІТКА

Візуалізаційні дослідження показані лише за наявності підозри на специфічну та/або серйозну патологію. З огляду на вищу чутливість та кращий профіль безпеки, пріоритетним типом візуалізаційного дослідження є МРТ.

НЕГАЙНО

НАПРАВЛЯЙТЕ пацієнтів із:

- Тяжкими неврологічними ознаками чи неврологічними ознаками, що посилюються, підозрою на синдром кінського хвоста або новим гострим неврологічним

■ НІ

Візуалізаційні дослідження

ПОЯСНІТЬ, що візуалізація:

- Рідко показана людям із болем у попереку і, як правило, не надає корисної інформації для його лікування;
- Може призвести до непотрібного занепокоєння;
- Часто виявляє випадкові знахідки, які не мають клінічної значущості.

Підказка щодо комунікації

«Візуалізаційні дослідження здебільшого використовують, щоб виключити серйозні патології, але загалом вони не дуже ефективні для визначення причини болю».

Просвіта і запевнення

ПОЯСНІТЬ

- Що ризик наявності в людини серйозного основного захворювання є низьким;
- Чому важливо продовжувати виконувати звичну діяльність, у тому числі фізичну активність та роботу, або якомога швидше повернутися до них;
- Що ліжковий режим сповільнює відновлення при болю у спині.

Підказки щодо комунікації

порушенням, таким як парез (звисання) стопи, на термінове візуалізаційне дослідження та консультацію хірурга

▪ Підозрюю на інфекційне захворювання хребта

«Сьогодні ми провели ретельне обстеження і не виявили жодних ознак того, що ваш біль у спині пов'язаний із якимось серйозним захворюванням».

«Залишаючись активними і продовжуючи виконувати свою звичну щоденну діяльність, у тому числі роботу, настільки, наскільки це можливо, Ви прискорюєте своє відновлення».

Ознаки серйозної патології відсутні. Чи готовий пацієнт до виписки?

■ ТАК

НАДАЙТЕ необхідну інформацію та підтвердьте ключові повідомлення (відскануйте QR-код).

ЗАПЛАНУЙТЕ прийом фізіотерапевта у лікарні або після виписки — у випадку пацієнтів із низьким ризиком несприятливого результату.

ВИПИШИТЬ пацієнта із організацією подальшого спостереження з боку терапевта/сімейного лікаря +/- направленням на фізіотерапію.

Підказки щодо комунікації

«У більшості випадків гострий біль у попереку не свідчить про якесь серйозне захворювання чи тривалу втрату працездатності».

«Пам'ятайте, що спина людини дуже міцна. Спочатку рухи можуть бути болісними, як при розтягненні щиколотки, але біль зменшиться, щойно Ви поступово знову почнете рухатися».

■ НІ

Знеболювальні лікарські засоби

ПОЯСНІТЬ, що метою застосування знеболювальних лікарських засобів є забезпечення фізичної активності та здатності до самопомоги, а не повне усунення болю (див. підказку щодо комунікації нижче).

ОБГОВОРІТЬ індивідуальні очікування, вподобання, супутні захворювання, потреби та цілі лікування пацієнта.

НАДАЙТЕ інформацію щодо:

- Того, як застосування лікарських засобів можна поєднувати з фізичною активністю для покращення функціонування й мобільності;
- Ризиків, користі та потенційних побічних ефектів.

ПРИЗНАЧТЕ найнижчу ефективну дозу на найкоротший можливий строк відповідно до чинних *Клінічних настанов*.

ЗАДОКУМЕНТУЙТЕ чіткі цілі для припинення прийому лікарського засобу.

ПРИМІТКА Не призначайте протисудомні лікарські засоби, бензодіазепіни та антидепресанти. Призначення опіоїдних знеболювальних засобів слід розглядати лише для ретельно відібраних пацієнтів, у найменшій дозі та на найкоротший можливий строк.

Підказка щодо комунікації

«Сьогодні немедикаментозні методи лікування болю в попереку вважаються кращими, ніж лікарські засоби. Наразі я раджу Вам вести якомога активніший спосіб життя».

Додаткова інформація

У *Стандарті клінічної допомоги при болю в попереку* описаний доказовий підхід до раннього оцінювання, надання допомоги, повторного оцінювання та направлення пацієнтів із болем у попереку.

Інформація для клінічного персоналу



Більше інформації про Стандарт клінічної допомоги: safetyandquality.gov.au/lowbackpain-ccs.

Інформація для пацієнтів



Ресурси та інформація про біль у попереку для пацієнтів: safetyandquality.gov.au/lowbackpain-consumers.

Коментар робочої групи: робочою групою вирішено доповнити цю КН інформацією щодо інструменту оцінювання болю CORE (Clinically Organized Relevant Exam (CORE) Back Tool), розроблений Centre for Effective Practice (Canada).

Додаток 3 Інструмент CORE для оцінювання болю в спині на основі структурованого клінічного обстеження



Інструмент CORE для оцінювання болю в спині на основі структурованого клінічного обстеження

Цей інструмент призначений для сімейних лікарів та/або медичних сестер і допомагає виявляти поширені больові синдроми механічного характеру у спині, а також проводити скринінг на наявність інших порушень, що потребують додаткового дослідження, направлення до спеціаліста або специфічного медикаментозного лікування. Він розроблений для проведення цільового обстеження з метою ухвалення клінічних рішень на рівні первинної медичної допомоги.

Огляд інструмента та ключова інформація

У всіх розділах інструмента ключові повідомлення для пацієнтів позначені символом ключа (♂)



Розділ А. Анамнез

Оцінювання анамнезу може допомогти виявити:

де домінує біль — у спині або ногах;
чи є біль періодичним або постійним;
які рухи провокують біль;
чи має біль механічний або немеханічний характер;
чи наявні тривожні сигнали (червоні прапорці —) та попереджувальні сигнали (жовті прапорці —).



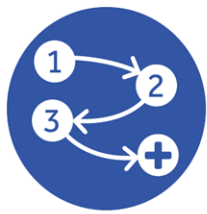
Розділ В. Фізикальне обстеження

Обстеження проводиться для підтвердження або спростування патерну болю в спині, визначеного за анамнезом.

Біль, що іррадіює в ноги, зазвичай супроводжується нормальними результатами неврологічного обстеження.

Радикулярний (нейропатичний) біль супроводжується позитивним результатом тесту на піднімання прямих ніг із відтворенням болю в ногах і можливими патологічними неврологічними ознаками.

Інтерпретація діапазону рухів включає оцінювання наявності болю під час згинання та розгинання.



Розділ С. Початкова допомога

Цілі на цьому етапі можуть включати «зменшення болю» та «підвищення рівня активності».

Рекомендовано виконувати рухи часто, але у невеликих обсягах.

Самодопомога передбачає встановлення пацієнтом власних цілей для стимулювання змін поведінки, таких як регулярне виконання фізичних вправ, дотримання прийому лікарських засобів або коригування активності.

Пам'ятайте, що всі положення для відновлення та/або вправи мають бути індивідуалізовані для кожного пацієнта. Цей розділ є відправною точкою та містить посилання на додаткові ресурси.



Розділ D. Направлення (за потреби)

Отримані результати **можуть** вказувати на необхідність направлення пацієнта:

на реабілітацію;
на хірургічне втручання;
до спеціаліста(-ів);
на візуалізаційні або лабораторні дослідження.



Тривожні сигнали: Акронім NIFTI використовується для позначення поширених тривожних сигналів. Такі сигнали можуть вказувати на наявність серйозної основної патології. Симптоми синдрому кінського хвоста потребують термінового оцінювання необхідності хірургічного втручання.



Попереджувальні сигнали Попереджувальні сигнали можуть вказувати на наявність психосоціальних факторів ризику розвитку хронічного болю. Такі сигнали можна виявити під час будь-якого візиту. Якщо вони серйозні, для забезпечення контролю болю може знадобитися когнітивно-поведінкова терапія або індивідуальне психоосвітне консультування.

Допоміжні матеріали

Допоміжні інструменти

Інструмент для оцінювання ризику, пов'язаного зі вживанням опіюйдів¹

HYPERLINK

"https://link.cep.health/corelbp2" Довідник матеріалів для просвіти пацієнтів²

Індивідуальне планування дій пацієнта для самодопомоги³

Інструмент скринінгу Keele STaRT Back для стратифікації пацієнтів із болем у спині⁴ Додаткові інструменти для надавачів допомоги Таблиця щодо фармакотерапії: гострий і підгострий біль у попереку — фармакологічні альтернативи⁵

Таблиця щодо фармакотерапії: гострий і підгострий біль у попереку — препарати для місцевого застосування та засоби рослинного походження⁶

Резюме доказів щодо ведення неспецифічного хронічного болю в попереку⁷

Форма щодо управління опіюйдною терапією і зміні опіюйдного препарату⁸

Додаткові інструменти для пацієнтів

Посібник щодо болю в спині⁹

Загальні рекомендації щодо підтримання здоров'я спини¹⁰

So Your Back Hurts...¹¹

Що слід знати про гострий біль¹²

Що слід знати про хронічний біль¹³

Візуалізаційні тести при болю в попереку: коли вони потрібні, а коли ні¹⁴

Відео щодо самодопомоги для пацієнтів із болем у попереку від Dr. Mike Evans¹⁵

ПРИМІТКА: жирним шрифтом зеленого кольору виділені тести,

які слід обов'язково проводити під час обстежень.

Опрацюйте запитання 1-6 щоб оцінити анамнез пацієнта

Додаткові висновки	Відхилення від норми	
	Л	П

ПІБ пацієнта:

Медична картка №:

Дата народження: __ Дата візиту:

Запитання 1

Де біль є найбільш вираженим?¹⁶



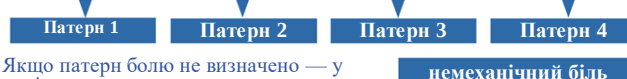
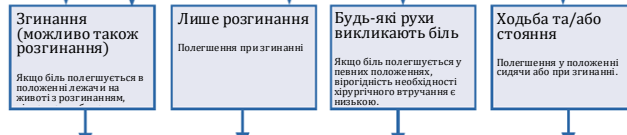
Запитання 2

Біль є постійним чи періодичним?¹⁶



Запитання 3

Що може посилювати біль, який ви зазвичай відчуваєте?¹⁶



Акронім **NIFTI** допомагає запам'ятати тривожні сигнали.^{21, 22, 42, 43}

Синдром кінського хвоста — це хірургічний невідкладний стан.²³

Симптоми:

затримка сечі з подальшим нетриманням
нетримання калу
виражена втрата чутливості в «сідловій» зоні/ділянці промежини

	Сила згинання великого пальця ноги (S1) Згинальні підшовні рефлекси, тест на ознаки ураження верхніх мотонейронів			
Положення на колінах	Ахіллів рефлекс (S1)			
Положення лежачи	На спині Пасивне піднімання прямих ніг (терапевтом) Пасивний діапазон рухів у кульшовому суглобі На животі Натяг стегнового нерва (L3–4) Сила великого сідничного м'яза (S1) Тест на чутливість у сідловій «зоні» (S2–3–4) Пасивне розгинання спини (пацієнт піднімає верхню частину тіла з опорою на руки)			

Розділ С. Початкова допомога 16, 19, 26

	Патерн 1	Патерн 2	Патерн 3	Патерн 4	Не механічний біль
Поширена назва ²⁷	Міжхребцева кила	Фасетковий синдром	Защемлення нерва	Симптоматичний спінальний стеноз (нейрогенна кульгавість)	Біль, не пов'язаний із хребтом
Лікарські засоби ^{5, 6, 7} ④	☐ Ацетамінофен ☐ НПЗЗ	☐ Ацетамінофен ☐ НПЗЗ	Можливо опіюїди, якщо препарати першого ряду не дають ефекту ⑤	☐ Ацетамінофен ☐ НПЗЗ	Розглядайте інші причини перед призначенням знеболювальних препаратів.
Положення для відновлення ²⁸					Розглядайте можливість болю, що іррадієє від внутрішніх органів, таких як нирки, матка, кишечник, яєчники.
Розминка ²⁹	Ляжте на живіт і підніміть верхню частину тіла, спираючись на руки (стегна на підлозі, лікті випрямлені, спина розігнута). Виконуйте 10 повторень, 3 рази на день.	Сядьте на стілець, нахиліться вперед і потягніться долоньями до підлоги, спина зігнута. Після цього, спираючись руками на коліна, відштовхніться, щоб повернутися у вертикальне положення. Виконуйте часті короткі повторення протягом дня.	Ляжте у положення «лігера Z» (див. зображення вище) Обережно: ця вправа може посилити біль; починайте з положень, які послаблюють симптоми.	Відпочивайте у сидючому чи іншому зігнутому положенні, щоб полегшити біль у ногах.	
Вправи	ISAEC ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK, патерн 1 ³⁰	ISAEC ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK, патерн 2 ³¹	ISAEC ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK, патерн 3 ³²	ISAEC ³⁵ ; HealthLink BC ³⁴ ; SASK, патерн 4 ³³	Біль у спині не відповідає механічному патерну
Функціональна активність ³⁶	Робіть короткі, часті прогулянки. Зменшуйте тривалість сидіння. Використовуйте валики для підтримки попереку під час короткочасного сидіння.	Практикуйте сидіння або стояння з підставкою для ніг. Обмежуйте розгинання спини та рухи з підняттями руками.	Часто змінюйте положення: сидіння, стояння, лежання, ходьба.	Використовуйте опору при ходьбі або стоянні. Робіть часті перерви на сидіння.	Розгляньте доцільність застосування знеболювальних засобів центральної дії (напр., антидепресантів, протисудомних препаратів, опіюїдів).
Подальше спостереження	Через 2–4 тижні — якщо направлено на терапію або призначено лікарські засоби За потребою — якщо призначено програму занять удома, і спостерігаються покращення під час візиту до лікаря	Через 2–4 тижні — якщо направлено на терапію або призначено лікарські засоби За потребою — якщо призначено програму занять удома, і спостерігаються покращення під час візиту до лікаря	Через 2 тижні — для контролю болю та неврологічного оцінювання	Через 6–12 тижнів — для контролю симптомів і оцінювання функціонального впливу	Враховуйте ймовірність больового роладу.
Самодопомога ³⁷⁻⁴⁰ ⑥	Після зменшення болю залучайте пацієнта до формулювання цілей самопомоги.	Для більшості пацієнтів самопомогу можна розпочинати вже на 1–2 сесії.	Пацієнт зазвичай не є відповідним кандидатом для самопомоги, якщо рівень болю залишається високим, і є потенційна потреба в хірургічному втручанні.	Для більшості пацієнтів самопомогу можна розпочинати вже на 1–2 сесії.	

НПЗЗ = нестероїдні протизапальні засоби; ISAEC = Міжпрофесійні клініки з оцінювання та навчання у сфері вертебрології; SASK = вправи для здоров'я спини Групи провінції Саскачеван з питань розробки маршрутів пацієнтів із захворюваннями спини

Для повернення до щоденної активності та комфортного початку вправ можуть знадобитися знеболювальні препарати. Проте саме активність, а не ліки, сприяє швидкому одужанню. ^{14, 22, 41}

При інтенсивному болю (напр., при постійних симптомах із домінують локалізацією у ногах, пов'язаних із радикулопатією) можуть застосовуватися опіюїдні знеболювальні препарати короткої дії. ^{14, 22, 41}

Біль у попереку часто рецидивує, і його усунення часто можливе без звернення до лікаря. Ви можете навчитися контролювати біль у попереку, коли він виникає, і використовувати ці знання для його усунення в майбутньому. ^{14, 22, 41}

Примітки:

ПІБ медичного працівника: ____

Підпис медичного працівника: .

Направлення на реабілітацію
Направлення до хірурга
Направлення до спеціаліста

Література, використана при розробці цього Інструменту:

- [1] Centre for Effective Practice, Government of Ontario. Opioid Risk Tool [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Jan 6].
- [2] Centre for Effective Practice, Government of Ontario. Patient Education Inventory [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Jan 6].
- [3] Practice Support Program, Centre for Effective Practice, Government of Ontario. Personal Action Planning for Patient Self Management [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Jan 6].
- [4] Keele University, Arthritis Research UK. The Keele STarT Back Screening Tool [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Nov 20].
- [5] Chang B, Wang D, St. Michael's Hospital, Department of Family and Community Medicine. Acute and subacute low back pain (LBP) – Pharmacological alternatives [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Nov 24].
- [6] Chang B, Wang D, St. Michael's Hospital, Department of Family and Community Medicine. Acute and subacute low back pain (LBP) – Topical and herbal products [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Nov 24].
- [7] Physicians of Ontario Collaborating for Knowledge Exchange and Transfer (POCKET), Institute for Work & Health. Evidence summary for management of non-specific chronic low back pain [Internet]. 2009 Apr [cited 2015 Nov 19].
- [8] Toronto Rehab, University Health Network, Centre for Effective Practice, Michael G. DeGroote National Pain Centre. Opioid manager: Switching opioids [Internet]. [cited 2016 Jan 6].
- [9] Bigos S, Roland M, Waddell G, Klaber Moffett J, Burton K, Main C. The Back Book [Internet]. 2002 [cited 2016 Feb 19].
- [10] Saskatchewan Ministry of Health. General recommendations for maintaining a healthy back: Patient information [Internet]. 2010 Apr [cited 2016 Jan 6].
- [11] Institute for Work & Health. So your back hurts... [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 6].
- [12] Toward Optimized Practice, Institute of Health Economics. What you should know about your acute low back pain [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 19].
- [13] Toward Optimized Practice, Institute of Health Economics. What you should know about your chronic low back pain [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 19].
- [14] Choosing Wisely Canada. Imaging tests for lower back pain: When you need them – and when you don't [Internet]. 2014 Apr 2 [cited 2015 Nov 25].
- [15] Evans M. Low back pain [video file]. 2014 Jan 24 [cited 2016 Feb 19].
- [16] Hall H. Effective spine triage: Patterns of Pain. Ochsner J. 2014 Spring; 14(1): 88-95.
- [17] General Practice Services Committee. Patterns of low back pain: MSK resource [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Nov 24].
- [18] British Columbia Ministry of Health, British Columbia Medical Association. Rheumatoid arthritis: diagnosis, management and monitoring [Internet]. 2012 Sep [cited 2016 Mar 8]. [Figure], Differentiate inflammatory from non-inflammatory arthritis; p. 2.
- [19] Hall H, Alleyne J, Rampersaud YR. Making sense of low back pain. J Current Clinical Care. 2013 Jan; Educational Suppl.: 12-23.
- [20] MD Anderson Cancer Center. Brief Pain Inventory (Short Form) [Internet]. 1991 [cited 2015 Nov 24].
- [21] Physicians of Ontario Collaborating for Knowledge Exchange and Transfer (POCKET), Institute for Work & Health. POCKET Card for Red & Yellow Flags [Internet]. 2006 [cited 2015 Nov 19].
- [22] Toward Optimized Practice. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice; 2011. Appendix A: Red and Yellow Flags.
- [23] Rampersaud YR, Alleyne J, Hall H. Managing leg dominant pain. J Current Clinical Care. 2013 Jan; Educational Suppl.: 32-39.
- [24] New Zealand Guidelines Group. New Zealand acute low back pain guide: Incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain [Internet]. 2004

Oct [cited 2015 Nov 25].

- [25] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* [Internet]. 2009 Nov-Dec [cited 2015 Nov 20]; 50(6): 613-621.
- [26] Hall H, McIntosh G, Boyle C. Effectiveness of a low back pain classification system. *Spine J*. 2009 Aug; 9(8): 648-657.
- [27] CBI Health Group. Self-help guide to Back Pain [Internet]. [cited 2015 Nov 19]. A
- [28] Images adapted and reproduced with permission from CBI Health Group.
- [29] Hall H, Alleyne J, Rampersaud YR. Managing back dominant pain. *J Current Clinical Care*. 2013 Jan; Educational Suppl.: 24-31.
- [30] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, Saskatchewan Ministry of Health. Pattern 1 – Patient Education [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Nov 19].
- [31] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, Saskatchewan Ministry of Health. Pattern 2 – Patient Education [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Nov 19].
- [32] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, Saskatchewan Ministry of Health. Pattern 3 – Patient Education [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Nov 19].
- [33] Saskatchewan Spine Pathway Working Group, Saskatchewan Ministry of Health. Pattern 4 – Patient Education [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Nov 19].
- [34] Health Link British Columbia. Low Back Pain: Exercises to Reduce Pain [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Nov 19].
- [35] Inter-professional Spine Assessment and Education Clinics (ISAEC). Positions of Relief, Stretches and Exercises [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 19].
- [36] Verwoerd AJ, Luijsterburg PA, Timman R, Koes BW, Verhagen AP. A single question was as predictive of outcome as the Tampa Scale for Kinesiophobia in people with sciatica: an observational study. *J Physiother*. 2012; 58(4): 249-254.
- [37] Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002 Nov 20; 288(19): 2469-2475.
- [38] Johnston S, Liddy C, Ives SM, Soto E. Literature review on chronic disease self-management. *Champlain LHIN*. 2008 Apr 15; 1-23.
- [39] McGowan P. Self-management: a background paper. *New Perspectives: International Conference on Patient Self-Management*. 2005 Sep; 1-10.
- [40] Reims K, Gutnick D, Davis C, Cole S. Brief action planning: A white paper [Internet]. Centre for Comprehensive Motivational Interventions. 2013 Jan [cited 2016 Jan 6].
- [41] Health Quality Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Bulletin 4569: Provincial strategy for X-Ray, Computed Tomography (CT) and/or Magnetic Resonance Imaging (MRI) for low back pain [Internet]. 2012 Aug 28 [cited 2015 Nov 23].
- [42] Busse J, Alexander PE, Abdul-Razzak A, Riva JJ, Alabousi M, Dufton J, et al. Appropriateness of spinal imaging use in Canada [Internet]. 2013 Apr 25 [cited 2016 Feb 19].
- [43] University Health Network, Health Quality Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Low back pain imaging pathway. Developed as part of the Diagnostic Imaging Appropriateness (DI-APP) Tools in Primary Care. 2015.

Додаток 4.

Джерело: Linton, S. J., Nicholas, M., MacDonald, S. (2011). Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. Spine, 36, 1891–1895. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181f8f775

**Опитувальник для скринінгу м'язово-скелетного болю Örebro
(коротка форма)**

Прізвище, ім'я: _____ Дата народження: _____

Стать: ☐ Чоловіча ☐ Жіноча

1. Як довго триває Ваш теперішній больовий стан?

Поставте «✓» в один квадрат.

0–1 тиждень ☐ [1]

1–2 тижні ☐ [2]

3–4 тижні ☐ [3]

4–5 тижнів ☐ [4]

6–8 тижнів ☐ [5]

9–11 тижнів ☐ [6]

3–6 місяців ☐ [7]

6–9 місяців ☐ [8]

9–12 місяців ☐ [9]

більше 1 року ☐ [10]

2. Як би Ви оцінили біль, який у Вас був протягом останнього тижня?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Немає болю

Біль настільки сильний,
наскільки тільки можливо

Будь ласка, обведіть одне число, яке **НАЙКРАЩЕ** описує Вашу поточну здатність виконувати кожну з наведених нижче дій.

3. Я можу виконувати легку роботу протягом однієї години.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Не можу цього робити через біль

Можу робити це без того, щоб біль
був проблемою

4. Я можу спати вночі.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Не можу спати через біль

Сплю без того, щоб біль був проблемою

5. Наскільки напруженим або тривожним Ви почувалися протягом останнього тижня?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Абсолютно розслаблений спокійний і Наскільки напруженим і тривожним я будь коли себе почував(ла)

6. Наскільки сильно протягом останнього тижня Вас турбували відчуття пригніченості / депресії?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Зовсім не турбували

Надзвичайно сильно турбували

7. На Вашу думку, наскільки високий ризик того, що Ваш теперішній біль стане тривалим (хронічним)?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Немає ризику

Дуже високий ризик

8. На Вашу думку, наскільки ймовірно, що через 3 місяці Ви будете виконувати свою звичну роботу (звичайні обов'язки)?

Обведіть одне число.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ймовірність відсутня

Дуже велика ймовірність

Нижче наведені деякі твердження, які інші люди повідомляли нам про свій біль. Для кожного твердження, будь ласка, обведіть одне число від 0 до 10, яке найкраще відображає, наскільки фізична активність (така як нахиляння, піднімання, ходьба чи кермування автомобілем) впливає на Ваш біль.

9. Посилення болю означає, що я повинен(на) припинити те, що роблю, доки біль не зменшиться.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Повністю не згоден(на)

Повністю згоден(на)

10. Мені не слід виконувати свою звичайну роботу з тим болем, який у мене є зараз.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Повністю не згоден(на)

Повністю згоден(на)

СУМА (для заповнення медичним працівником):

Питання 1: _____

Питання 2: _____

Питання 3: $10 - x =$ _____

Питання 4: $10 - x =$ _____

Питання 5: _____

Питання 6: _____
 Питання 7: _____
 Питання 8: $10 - x =$ _____
 Питання 9: _____
 Питання 10: _____
 Загальний бал: _____

Оцінювання короткої форми Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ)

Коротка форма ÖMPSQ містить 10 пунктів, відібраних із повної версії (див. Linton, Nicholas & MacDonald, 2011). Кожен пункт оцінюється від 0 до 10, де 0 означає відсутність порушення / проблеми, а 10 — виражене порушення / тяжку проблему.

Три пункти (3, 4 та 8) необхідно інвертувати (перевернути шкалу), щоб усі питання були орієнтовані в одному напрямку. Система підрахунку вбудована в опитувальник, і праворуч від кожного пункту передбачені поля для внесення балів.

Пункт 1 (тривалість болю): категорії 1–10 відповідають часовим інтервалам від «0–1 тиждень» (перша графа ліворуч) до «більше 1 року» (остання графа праворуч). Наприклад, «6–8 тижнів» відповідає оцінці 5.

Пункти 2, 5, 6, 7, 9 та 10: бал дорівнює числу, яке обвів(ла) пацієнт. Пункти 3, 4 та 8: бал дорівнює 10 мінус число, яке обвів(ла) пацієнт (позначено як « $10 - x$ » над полем для оцінки).

Запишіть бал за кожним пунктом у виділене поле праворуч. Підсумуйте всі бали, щоб отримати загальний бал, і впишіть його в останнє поле.

Загальний бал може коливатись від 1 до 100. Показник понад 50 свідчить про вищий прогнозований ризик майбутньої втрати працездатності (Linton, Nicholas & MacDonald, 2011).

Додаток 5.

Джерела: 1. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008;59(5):632-41.

2. **Keele University.** STarT Back Screening Tool. Keele, UK: Arthritis Research UK Primary Care Centre; 2008. Available from: https://startback.hfac.keele.ac.uk/wp-content/uploads/2018/11/Keele_STarT_Back9_item.pdf

3. **STarT Back website.** Keele University. Available from: <https://startback.hfac.keele.ac.uk/>

Скринінговий інструмент Keele STarT Back

ІНСТРУМЕНТ СКРИНІНГУ БОЛЮ У СПИНІ

Keele STarT Back Screening Tool

Ім'я пацієнта: _____ Дата: _____

Думаючи про останні 2 тижні, оберіть відповідь на такі твердження:

Твердження	Не згоден (0)	Згоден (1)
1 Мій біль у спині віддавав у ногу/ноги хоча б одного разу за останні 2 тижні	☐	☐
2 У мене був біль у плечі або шії хоча б одного разу за останні 2 тижні	☐	☐
3 Я проходив лише короткі відстані через біль у спині	☐	☐
4 За останні 2 тижні я одягався повільніше, ніж зазвичай, через біль у спині	☐	☐
5 Бути фізично активним не є цілком безпечним для людини зі станом, подібним до мого	☐	☐
6 Тривожні думки часто проходили через мою голову протягом багатьох моментів дня	☐	☐
7 Я відчуваю, що мій біль у спині дуже сильний і ніколи не покращиться	☐	☐
8 Загалом я не отримував задоволення від речей, які раніше подобались	☐	☐

9. Загалом, наскільки обтяжливим був ваш біль у спині за останні 2 тижні?

Виберіть один варіант:

Взагалі ні (0)	Трохи (0)	Помірно (0)	Дуже (1)	Надзвичайно (1)
☐	☐	☐	☐	☐

Загальний бал (усі 9): _____ Психосоціальний суббал (пункти 5–9): _____

Система оцінювання інструменту STarT Back

Інтерпретація результатів:

Загальний бал	Підсумковий бал (питання 5–9)	Група ризику
3 або менше	-	Низький ризик
4 або більше	3 або менше	Середній ризик
4 або більше	4 або більше	Високий ризик

© Keele University 01/08/07. Фінансовано Arthritis Research UK.

Додаток 6.

Джерело: VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. 2022

Дозування окремих фармакологічних засобів^{a,b}

Категорія	Препарат (міжнародна назва)	Початкова доза	Макс. Доза на добу	Період навивведення (t _{1/2}) (год)
Міорелаксанти	Баклофен (Baclofen)	5 мг 3 р/д	80 мг	~3,75
	Циклобензаприн ^c (Cyclobenzaprine)	5 мг 3 р/д	30 мг	18
	Метаксалон ^c (Metaxalone)	800 мг 3 р/д	3200 мг	~9
	Метокاربамол ^c (Methocarbamol)	1,5 г 3–4 р/д	8 г (<3 днів) / 4,5 г (>3 днів)	1–2
	Орфенадрин ^c (Orphenadrine)	100 мг 2 р/д	200 мг	14–16
	Тизанідин (Tizanidine)	2–4 мг 3 р/д	36 мг	2,5
Антидепресанти	Амітриптилін ^c (Amitriptyline)	10–25 мг 1 р/д перед сном	150 мг	13–36
	Дезипрамін ^c (Desipramine)	10–25 мг 1 р/д перед сном	150 мг	15–24
	Нортриптилін ^c (Nortriptyline)	10–25 мг 1 р/д перед сном	150 мг	14–51
	Дулоксетин ^c (Duloxetine)	20–30 мг 1 р/д	60 мг	~12
	Венлафаксин ER (Venlafaxine ER)	37,5–75 мг 1 р/д	225 мг	~11
НПЗЗ ^d	Ібупрофен (Ibuprofen)	400 мг кожні 4–6 год	3200 мг	~2
	Індометацин (Indomethacin)	25 мг 3 р/д	200 мг	2,6–11,2
	Кетопрофен (Ketoprofen)	50 мг 4 р/д	300 мг	2–4
	Кеторолак ^e (Ketorolac)	10 мг кожні 4–6 год)	40 мг	~5
	Набуметон (Nabumetone)	1000 мг 1 р/д	2000 мг	~24
	Напроксен (Naproxen)	250 мг 2 р/д	1500 мг	12–17
	Диклофенак натрію (Diclofenac NA)	50–75 мг 2 р/д	150–200 мг	~2
	Піроксикам (Piroxicam)	20 мг 1 р/д	20 мг	50
	Салсалат (Salsalate)	1000 мг 3 р/д	3000 мг	~1
	Суліндак (Sulindac)	150 мг 2 р/д	400 мг	7,8
	Целекоксиб (Celecoxib)	100 мг 2 р/д	400 мг	~11
	Етодолак (Etodolac)	200 мг кожні 6–8 год	1000 мг	6,4
	Мелоксикам (Meloxicam)	5–7,5 мг 1 р/д	15 мг	~15–22

Більш селективні до ЦОГ-1 Менш ніж у 5 разів селективні до ЦОГ-2 Селективні до ЦОГ-2 у 5–50

Рекомендації щодо дозування отримані з індивідуальної інформації FDA для призначення відповідних лікарських засобів.

Перелік подано у порядку зростання селективності до COX-2; найбільш селективні — внизу списку (164, 222, 223).

^aПеред призначенням ознайомтесь із повною інструкцією для кожного лікарського засобу ; доза та період напіввиведення можуть змінюватися залежно від віку пацієнта, функції нирок та печінки, а також лікарської форми. У пацієнтів літнього віку слід розглянути зменшення дози та/або частоти прийому.

^bДля пацієнтів, які вже отримують довготривалу опіоїдну терапію, див. Клінічну настанову VA/DoD щодо застосування опіоїдів у веденні хронічного болю. Доступно за посиланням: <https://www.healthquality.va.gov/>.

^cВикористання не рекомендується у пацієнтів віком >65 років згідно з оновленими Критеріями Бірса Американського геріатричного товариства, 2015 р. (224).

^dУникати хронічного застосування у пацієнтів літнього віку, якщо немає ефективних альтернатив, і лише за умови, що пацієнт може приймати гастропротекторний засіб (інгібітор протонної помпи або мізопростол).

^eПоказаний лише для короткотривалого застосування (до 5 днів у дорослих).
Скорочення: год – годин; мг – міліграм; р/д – раз(ів) на день.

Коментар робочої групи: на момент розробки цієї КН лікарські засоби з міжнародними непантенованими назвами Metaxalone, Desipramine, Nortriptyline, Salsalate, Sulindac в Україні не зареєстровані.

В інструкції для медичного застосування лікарського засобу ібупрофен, затвердженій МОЗ Україна зазначено що максимальна добова доз не має перевищувати 2400 мг за кілька прийомів.

Список літератури

Low Back Pain Clinical Care Standard September. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2022

1. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64(6):2028–37.
2. Apos E, Cunningham J, Ahern S, Truong T, Hansen J, Johnson MA. The Australian Spine Registry annual report, 2019. Melbourne: Spine Society of Australia and Public Health and Preventive Medicine, Monash University; 2020.
3. Australian Institute of Health and Welfare. Back problems. Canberra: AIHW; 2020.
4. Froud R, Patterson S, Eldridge S, Seale C, Pincus T, Rajendran D, et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15(1):50.
5. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1211–59.
6. Australian Institute of Health and Welfare. Australian hospital statistics: emergency department care 2020–21. Table 4.9: The 20 most common principal diagnoses (3 character level) for emergency department presentations, states and territories, 2020–21 [spreadsheet] [Internet]. Canberra: AIHW; 2022 [updated 2022; cited 2022 Aug 10]. Available from: www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals/sectors/emergency-department-care
7. Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, et al. General practice activity in Australia 2015–16. Sydney: Sydney University Press; 2016.
8. da C Menezes Costa L, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LO. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ* 2012 Aug 7;184(11):E613–24.
9. NSW Agency for Clinical Innovation. Management of people with acute low back pain: model of care. Chatswood: NSW Health; 2016.
10. Schofield DJ, Shrestha RN, Passey ME, Earnest A, Fletcher SL. Chronic disease and labour force participation among older Australians. *Med J Aust* 2008 Oct 20;189(8):447–50.
11. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ* 2017 Nov 13;189(45):E1386–95.
12. Schofield DJ, Shrestha RN, Cunich M, Tanton R, Kelly S, Passey ME, et al. Lost productive life years caused by chronic conditions in Australians aged 45–64 years, 2010–2030. *Med J Aust* 2015 Sep 21;203(6):260.e261–6.
13. Australian Institute of Health and Welfare. Disease expenditure in Australia 2018–19. Canberra: AIHW; 2021.
14. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, National Health Performance Authority. Australian atlas of healthcare variation. Sydney: ACSQHC; 2015.
15. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The third Australian atlas of healthcare variation. Sydney: ACSQHC; 2018.
16. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The second Australian Atlas of healthcare variation. Sydney: ACSQHC; 2017
17. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The fourth Australian atlas of healthcare variation. Sydney: ACSQHC; 2021.
18. Bogduk N. Management of chronic low back pain. *Med J Aust* 2004 Jan 19;180(2):79–83.
19. McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001 Dec 1;26(23):2615–22.

20. Ferreira GE, Machado GC, Abdel Shaheed C, Lin CC, Needs C, Edwards J, et al. Management of low back pain in Australian emergency departments. *BMJ Qual Saf* 2019 Oct;28(10):826–34.
21. Layne EI, Roffey DM, Coyle MJ, Phan P, Kingwell SP, Wai EK. Activities performed and treatments conducted before consultation with a spine surgeon: are patients and clinicians following evidence-based clinical practice guidelines? *Spine J* 2018 Apr;18(4):614–9.
22. van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2017. KCE Report 287.
23. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018 Jun 9;391(10137):2356–67.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management [Internet]. London: NICE; 2016 [updated 2020 Dec 11; cited 2021 Oct]. (NICE guideline NG59.) Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng59
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2019.
26. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. 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):514–30.
27. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, 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.
28. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. Non-specific low back pain. *Dtsch Arztebl Int* 2017 Dec 25;114(51–52):883–90.
29. Institute of Health Economics. Toward optimized practice: guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Edmonton (AB): IHE; 2019.
30. Hegmann KT, Travis R, Belcourt RM, Donelson R, Eskay-Auerbach M, Galper J, et al. Diagnostic tests for low back disorders. *J Occup Environ Med* 2019 Apr;61(4):e155–68.
31. Pangarkar SS, Kang DG, Sandbrink F, Bevevino A, Tillisch K, Konitzer L, et al. VA/DoD clinical practice guideline: diagnosis and treatment of low back pain. *J Gen Intern Med* 2019;34(11):2620–9.
32. North American Spine Society. Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of low back pain. Illinois: NASS; 2020. www.spine.org/Research-Clinical-Care/Quality-Improvement/Clinical-Guidelines (accessed Sep 2021).
33. Queensland Health. Clinical prioritisation criteria: spine (orthopaedics) [Internet]. Brisbane: Queensland Health; 2018 [updated 2019 May 14 v8.0; cited 2021 Sep]. Available from: cpc.health.qld.gov.au/Condition/273/spine-neck-back-pain
34. Rheumatology Expert Group. Therapeutic guidelines: rheumatology, version 3. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2017.
35. Pain and Analgesia Expert Group. Therapeutic guidelines: pain and analgesia, version 7. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2020.
36. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Safety and Quality Health Service Standards. 2nd ed. Sydney: ACSQHC; 2021.
37. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Safety and Quality Primary and Community Healthcare Standards. Sydney: ACSQHC; 2021.
38. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, 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.

39. Edwards J, Hayden J, Asbridge M, Gregoire B, Magee K. Prevalence of low back pain in emergency settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2017 Apr 4;18(1):143.
40. Health Quality Ontario. Care for adults with acute low back pain quality standard Ontario, Canada: Health Quality Ontario; 2019.
41. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults [Internet]. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer N.V.; 2021 [updated 2021 Jun 21; cited 2021 Sep]. Available from: www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults
42. Ferreira ML, Machado G, Latimer J, Maher C, Ferreira PH, Smeets RJ. Factors defining care-seeking in low back pain: a meta-analysis of population based surveys. *Eur J Pain* 2010 Aug;14(7):747.e741–7.
43. Lemeunier N, Leboeuf-Yde C, Gagey O. The natural course of low back pain: a systematic critical literature review. *Chiropr Man Therap* 2012;20(1):33.
44. Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults: health provider utilization and care seeking. *J Manipulative Physiol Ther* 2004 Jun;27(5):327–35.
45. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017 Feb 18;389(10070):736–47.
46. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018 Jun 9;391(10137):2368–83.
47. Almeida M, Saragiotto B, Maher CG. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust* 2018 Sep;209(5):235–235.e1.
48. da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ. Risk of recurrence of low back pain: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther* 2017 May;47(5):305–13.
49. Stanton TR, Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, McAuley JH. After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008 Dec 15;33(26):2923–8.
50. Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327(7410):323.
51. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Herbert RD, McAuley JH. Can rate of recovery be predicted in patients with acute low back pain? Development of a clinical prediction rule. *Eur J Pain* 2009 Jan;13(1):51–5.
52. 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 Jan;17(1):5–15.
53. Ramanathan SA, Hibbert PD, Maher CG, Day RO, Hindmarsh DM, Hooper TD, et al. CareTrack: toward appropriate care for low back pain. *Spine* 2017 Jul 1;42(13):E802–9.
54. Kamper SJ, Logan G, Copsey B, Thompson J, Machado GC, Abdel-Shaheed C, et al. What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. *Pain* 2020 Apr;161(4):694–702.
55. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009 Oct;60(10):3072–80.
56. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet* 2018 Jun 9;391(10137): 2384–8.
57. Choosing Wisely Australia. Recommendations: tests, treatments and procedures clinicians and consumers should question [filtered by condition – low back pain] [Internet]. Sydney: NPS MedicineWise; 2018 [cited 2021 Dec]. Available from: www.choosingwisely.org.au/recommendations?q=&organisation=&medicineBranch=&medicalTest=&medicineTreatment=&conditionSymptom=2941

58. Lee J, Gupta S, Price C, Baranowski AP. Low back and radicular pain: a pathway for care developed by the British Pain Society. *Br J Anaesth* 2013 Jul;111(1):112–20.
59. Royal Australian and New Zealand College of Radiologists. Education modules for appropriate imaging referrals [Internet]. Sydney: ANZCR; 2015 [cited 2021 Feb 23]. Available from: www.ranzcr.com/our-work/quality-standards/education-modules
60. Dunlevy C, MacLellan GA, O'Malley E, Blake C, Breen C, Gaynor K, et al. Does changing weight change pain? Retrospective data analysis from a national multidisciplinary weight management service. *Eur J Pain* 2019 Sep;23(8):1403–15.
61. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health literacy: taking action to improve safety and quality. Sydney: ACSQHC; 2014.
62. 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 Nov;27(11): 2791–803.
63. Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. Treatment of acute low back pain [Internet]. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer N.V.; 2021 [updated 2021 Aug 4; cited 2021 Sep]. Available from: www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain
64. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross Jr JT, 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 Oct 2;147(7):478–91.
65. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Medication without harm: WHO Global Patient Safety Challenge – Australia's response. Sydney: ACSQHC; 2020. www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/who-global-patient-safety-challenge-medications-without-harm (accessed Sep 2021).
66. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Opioid analgesic stewardship in acute pain clinical care standard. Sydney: ACSQHC; 2021. www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/opioid-analgesic-stewardship-acute-pain-clinical-care-standard (accessed Nov 2021).
67. van Wambeke P, Desomer A, Jonckheer P, Depreitere B. The Belgian national guideline on low back pain and radicular pain: key roles for rehabilitation, assessment of rehabilitation potential and the PRM specialist. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020 Apr;56(2):220–7.
68. Hall AM, Scurry SR, Pike AE, Albury C, Richmond HL, Matthews J, et al. Physician-reported barriers to using evidence-based recommendations for low back pain in clinical practice: a systematic review and synthesis of qualitative studies using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci* 2019;14(1):49.
69. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clin J Pain* 2016 Sep;32(9):800–16.
70. NSW Agency for Clinical Innovation. ACI Pain Management Network: assessment [internet]. Sydney: NSW Health; n.d. [cited 2024 Jan]. Available from: <https://aci.health.nsw.gov.au/chronic-pain/health-professionals/assessment>
71. Centre for Effective Practice. Low Back Pain [internet]. Toronto, Canada; 2016 [cited 2024 Jan]. Available from: <https://cep.health/clinical-products/low-back-pain/>
72. 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):268–73.
73. Todd NV. Guidelines for cauda equina syndrome: red flags and white flags – systematic review and implications for triage. *Br J Neurosurg* 2017 May 4;31(3):336–9.
74. NSW Agency for Clinical Innovation Emergency Care Institute. Acute low back pain [Internet]. Sydney: NSW Health; n.d. [cited 2021 Dec]. Available from: aci.health.nsw.gov.au/networks/eci/clinical/clinical-tools/orthopaedic-and-musculoskeletal/acute-low-back-pain

75. Arthritis Australia, University of Queensland, Cochrane Back and Neck Group. MyBackPain [Internet]. Brisbane: Arthritis Australia; 2016 [cited 2021 Sep]. Available from: mybackpain.org.au
76. O'Sullivan P, Ng L, Edwards P. Communicating with people seeking help for lower back pain [Internet]. Perth: Curtin University; 2021 [cited 2021 Feb]. Available from: www.lowbackpaincommunication.com
77. Edmond SN, Keefe FJ. Validating pain communication: current state of the science. *Pain* 2015 Feb;156(2):215–19.
78. Keele University. STarT Back: evidence based implementation of stratified care [Internet]. United Kingdom [cited 2021 Dec]. Available from: startback.hfac.keele.ac.uk
79. Central and Eastern Sydney Primary Health Network. Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire [Internet]. Sydney: Central and Eastern Sydney PHN; n.d. [cited 2021 Dec]. Available from: www.cesphn.org.au/search?q=Musculoskeletal+Pain+Screening+Questionnaire+
80. OrthoToolKit. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire – short form [Internet]. OrthoToolKit; [cited Dec 2021] Available from: orthotoolkit.com/ompsq-sf
81. Western Australian Department of Health. Pain health: Örebro musculoskeletal pain [Internet]. Perth: Department of Health; n.d. [cited Dec 2021]. Available from: painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-self-checks/orebro-musculoskeletal-pain-screening-questionnaire
82. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s [Internet]. United Kingdom: NICE; 2017 [cited 2021 Oct]. (Quality Standard QS155.) Available from: www.nice.org.uk/guidance/qs155
83. Medicare Benefits Schedule Review Taskforce. First report from the Diagnostic Imaging Clinical Committee: low back pain. Canberra: Australian Government Department of Health; 2016.
84. 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 Apr;36(4):811–16.
85. Pitman GA. Quality of referral: what information should be included in a request for diagnostic imaging when a patient is referred to a clinical radiologist? *J Med Imaging Radiat Oncol* 2017 Jun;61(3):299–303.
86. Western Australian Department of Health. Diagnostic imaging pathways. About imaging: general principles in requesting and providing imaging investigations [Internet]. Perth: Department of Health; 2015 [updated 2019 Jul; cited 2021 Jun]. Available from: www.imagingpathways.health.wa.gov.au/index.php/about-imaging/general-principles-in-requesting
87. NPS MedicineWise. Essentials in an imaging referral [Internet]. Sydney: NPS MedicineWise; 2020 [cited 2021 Feb 16] Available from: www.nps.org.au/news/essentials-in-an-imaging-referral
88. NPS MedicineWise. 10 things you need to know about low back pain [Internet]. Sydney: NPS MedicineWise; 2021 [cited 2021 Dec]. Available from: www.nps.org.au/consumers/10-things-you-need-to-know-about-low-back-pain#questioning-the-need-for-scans
89. Choosing Wisely Australia. 5 questions to ask your doctor or other healthcare provider before you get any test, treatment, or procedure [Internet]. Sydney: NPS MedicineWise; n.d. [cited 2021 Jun] Available from: www.choosingwisely.org.au/resources/consumers-and-carers/5questions
90. Royal Australian College of General Practitioners. Handbook of non-drug interventions (HANDI) [Internet]. Melbourne: RACGP; 2021 [cited 2021 Feb 16] Available from: www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/handi
91. French SD, Nielsen M, Hall L, Nicolson PJA, van Tulder M, Bennell KL, et al. Essential key messages about diagnosis, imaging, and self-care for people with low back pain: a modified Delphi study of consumer and expert opinions. *Pain* 2019 Dec;160(12):2787–97.

92. Hegmann KT, Travis R, Andersson GBJ, Belcourt RM, Carragee EJ, Donelson R, et al. Non-invasive and minimally invasive management of low back disorders. *J Occup Environ Med* 2020 Mar;62(3):e111–38.
93. Services Australia. Chronic disease GP management plans and team care arrangements [Internet]. Canberra: Department of Health; 2021 [updated 2021 Dec 10; cited 2021 Dec]. Available from: www.servicesaustralia.gov.au/chronic-disease-gp-management-plans-and-team-care-arrangements
94. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2017 Apr 4;166(7):480–92.
95. Enke O, New HA, New CH, Mathieson S, McLachlan AJ, Latimer J, et al. Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2018 Jul 3;190(26):E786–93.
96. Petzke F, Klose P, Welsch P, Sommer C, Häuser W. Opioids for chronic low back pain: an updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks of double-blind duration. *Eur J Pain* 2020 Mar;24(3):497–517.
97. Choosing Wisely Australia. 5 questions to ask about using opioids for back pain or osteoarthritis [Internet]. Sydney: NPS MedicineWise; 2020 [cited 2021 Dec] Available from: www.choosingwisely.org.au/resources/consumers-and-carers/5-questions-to-ask-about-using-opioids-for-back-pain-or-osteoarthritis
98. Murgatroyd DF, Casey PP, Cameron ID, Harris IA. The effect of financial compensation on health outcomes following musculoskeletal injury: systematic review. *PLoS One* 2015;10(2):e0117597.
99. Chou R. Subacute and chronic low back pain: nonpharmacologic and pharmacologic treatment. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer N.V.; 2021 [updated 2021 Nov; cited 2021 Nov]. Available from: www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-nonpharmacologic-and-pharmacologic-treatment
100. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian Charter of Healthcare Rights. 2nd ed. Sydney: ACSQHC; 2019. www.safetyandquality.gov.au/consumers/working-your-healthcare-provider/australian-charter-healthcare-rights (accessed Sep 2021).
101. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Informed consent: fact sheet for clinicians. Sydney: ACSQHC; 2020. www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/informed-consent-fact-sheet-clinicians (accessed Dec 2021).
102. Australian Indigenous Doctors' Association. Cultural safety [position statement for Aboriginal and Torres Strait Islander doctors, medical students and patients]. Canberra: AIDA; 2021. aida.org.au/app/uploads/2021/09/AIDA-Position-Paper-Cultural-Safety-Final-28-September-Word.pdf
103. National Aboriginal Torres Strait Islander Standing Committee. Cultural respect framework 2016–2026 for Aboriginal and Torres Strait Islander health: a national approach to building a culturally respectful health system. Canberra: Australian Health Minister's Advisory Council; 2016.
104. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. NSQHS Standards user guide for Aboriginal and Torres Strait Islander health. Sydney: ACSQHC; 2017.
105. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian Hospital Patient Experience Question Set [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [cited 2021 Dec] Available from: www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/australian-hospital-patient-experience-question-set
106. Australian Government Department of Health. National Strategic Action Plan for Pain Management. Canberra: Department of Health; 2021. www.health.gov.au/resources/publications/the-national-strategic-action-plan-for-pain-management (accessed Sep 2021).

107. Nicholas MK, Blyth FM. Are self-management strategies effective in chronic pain treatment? *Pain Manag* 2016;6(1):75–88.

VA/DoD Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of low back pain, 2022

1.U.S. Department of Veterans Affairs/Department of Defense Health Executive Committee (HEC). Evidence based practice work group charter [updated January 9, 2017]. Available from: www.healthquality.va.gov/documents/EvidenceBasedPracticeWGCharter123020161.pdf.

2.Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*. 2006;332(7555):1430-4. Epub 2006/06/17. doi: 10.1136/bmj.332.7555.1430. PubMed PMID: 16777886; PubMed Central PMCID:PMC1479671.

3.Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-70. Epub 2001/02/15. doi: 10.1056/nejm200102013440508. PubMed PMID: 11172169.

4.O'Sullivan P, Caneiro JP, O'Keeffe M, O'Sullivan K. Unraveling the complexity of low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2016;46(11):932-7. Epub 2016/11/03. doi: 10.2519/jospt.2016.0609. PubMed PMID: 27802794.

5.Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. AHRQ comparative effectiveness reviews. Noninvasive treatments for low back pain. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.

6.Mokdad AH, Ballestros K, Echko M, Glenn S, Olsen HE, Mullany E, et al. The state of US health, 1990-2016: Burden of diseases, injuries, and risk factors among US states. *JAMA*. 2018;319(14):1444-72. Epub 2018/04/11. doi: 10.1001/jama.2018.0158. PubMed PMID: 29634829; PubMed Central PMCID:PMC5933332.

7.Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67. Epub 2018/03/27. doi: 10.1016/s0140-6736(18)30480-x. PubMed PMID: 29573870.

8.Lucas JW, Connor EM, Bose J. Back, lower limb, and upper limb pain among U.S. Adults, 2019. *NCHS Data Brief*. 2021(415):1-8. Epub 2021/09/03. PubMed PMID: 34473621.

9.Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(9):Cd001139. Epub 2015/10/01. doi: 10.1002/14651858.CD001139. pub4. PubMed PMID: 26422811; PubMed Central PMCID:PMC7053516.

10.Dieleman JL, Cao J, Chapin A, Chen C, Li Z, Liu A, et al. US health care spending by payer and health condition, 1996-2016. *JAMA*. 2020;323(9):863-84. Epub 2020/03/04. doi: 10.1001/jama.2020.0734. PubMed PMID: 32125402; PubMed Central PMCID:PMC7054840

11.Kalichman L, Cole R, Kim DH, Li L, Suri P, Guermazi A, et al. Spinal stenosis prevalence and association with symptoms: The Framingham study. *Spine J*. 2009;9(7):545-50. Epub 2009/04/29. doi: 10.1016/j.spinee.2009. 03.005. PubMed PMID: 19398386; PubMed Central PMCID:3775665.

12.Berry JA, Elia C, Saini HS, Miulli DE. A review of lumbar radiculopathy, diagnosis, and treatment. *Cureus*. 2019; 11(10):e5934. Epub 2019/12/04. doi: 10.7759/cureus.5934. PubMed PMID: 31788391; PubMed Central PMCID:PMC6858271.

13.Nahin RL. Severe pain in Veterans: The effect of age and sex, and comparisons with the general population. *J Pain*. 2017;18(3):247-54. Epub 2016/11/26. doi: 10.1016/j.jpain.2016.10.021. PubMed PMID: 27884688; PubMed Central PMCID:PMC5337168.

14.Zelaya CE BP, Moy E. Crude and age-adjusted percentage and percent distribution of chronic pain among adults aged 20 and over, by Veteran status and other selected characteristics: United States, 2015-2018: National Center for Health Statistics 2020.

15.Absolute and relative morbidity burdens attributable to various illnesses and injuries, active component, U.S. Armed Forces, 2020. *MSMR*. 2021;28(6):2-9. Epub 2021/06/23. PubMed PMID: 34155889.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain
February 2022 Page 126 of 141

16.Clark LL, Hu Z. Diagnoses of low back pain, active component, U.S. Armed Forces, 2010-2014. *MSMR*. 2015; 22(12):8-11. Epub 2016/01/05. PubMed PMID: 26726722.

17.U.S. Department of Veteran Affairs, Department of Defense. Guideline for guidelines: Veterans Health Administration, Office of Quality & Performance, Evidence Review Subgroup [updated January 29, 2019]. Available from: <http://www.healthquality.va.gov/policy/index.asp>.

18.Ransohoff DF, Pignone M, Sox HC. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. *JAMA*. 2013;309(2):139-40. Epub 2013/01/10. doi: 10.1001/jama.2012.156703. PubMed PMID: 23299601.

19.Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726-35. Epub 2013/04/11. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.02.003. PubMed PMID: 23570745.

20.Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013; 66(7):719-25. Epub 2013/01/15. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.03.013. PubMed PMID: 23312392.

21.Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Res Policy Syst*. 2006;4:22. Epub 2006/12/07. doi: 10.1186/1478-4505-4-22. PubMed PMID: 17147811; PubMed Central PMCID:PMC1697808.

22.Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):395-400. Epub 2011/01/05. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.09.012. PubMed PMID: 21194891.

23.Newberry SJ, Ahmadzai N, Motala A, Tsertsvadze A, Maglione M, Ansari MT, et al. AHRQ methods for effective health care. Surveillance and identification of signals for updating systematic reviews: Implementation and early experience. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.

24.U.S. Preventive Services Task Force. Standards for guideline development. June 2018.

25.National Institute for Health and Care Excellence. The guidelines manual. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2012.

26.Martinez Garcia L, McFarlane E, Barnes S, Sanabria AJ, Alonso-Coello P, Alderson P. Updated recommendations: An assessment of NICE clinical guidelines. *Implement Sci*. 2014;9:72. Epub 2014/06/13. doi: 10.1186/1748-5908-9-72. PubMed PMID: 24919856; PubMed Central PMCID:PMC4067507.

27.Financial relationships between VHA health care professionals and industry: U.S. Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration [updated November 24, 2014]. Available from: https://www.ethics.va.gov/docs/policy/VHA_Handbook_1004_07_Financial_Relationships.pdf.

28.Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: National Academies Press, 2011.

29.Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(12):600-7. Epub 2009/01/06. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x. PubMed PMID: 19120591.

30.Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804. Epub 2000/10/14. PubMed PMID: 11032203.

31.National Learning Consortium. Shared decision making 2013. Available from: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_shared_decision_making_fact_sheet.pdf.

32.Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academies Press, 2001.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain
February 2022 Page 127 of 141

33.Nieminen LK, Pyysalo LM, Kankaanpää MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: A systematic review. *Pain Rep.* 2021;6(1):e919. Epub 2021/05/14. doi: 10.1097/pr9.0000000000000919. PubMed PMID: 33981936; PubMed Central PMCID:PMC8108595.

34.Watrous JR, McCabe CT, Jones G, Farrokhi S, Mazzone B, Clouser MC, et al. Low back pain, mental health symptoms, and quality of life among injured service members. *Health Psychol.* 2020;39(7):549-57. Epub 2020/05/15. doi: 10.1037/hea0000850. PubMed PMID: 32406726.

35.Society for Medical Decision Making Committee on Standardization of Clinical Algorithms. Proposal for clinical algorithm standards. *Med Decis Making.* 1992;12(2):149-54. Epub 1992/04/01. PubMed PMID: 1573982.

36.Galliker G, Scherer DE, Trippolini MA, Rasmussen-Barr E, LoMartire R, Wertli MM. Low back pain in the emergency department: Prevalence of serious spinal pathologies and diagnostic accuracy of red flags. *Am J Med.* 2020;133(1):60-72.e14. Epub 2019/07/07. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.06.005. PubMed PMID: 31278933.

37.Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med.* 2002;137(7):586-97. Epub 2002/10/02. doi: 10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00010. PubMed PMID: 12353946.

38.Enthoven WT, Geuze J, Scheele J, Bierma-Zeinstra SM, Bueving HJ, Bohnen AM, et al. Prevalence and "red flags" regarding specified causes of back pain in older adults presenting in general practice. *Phys Ther.* 2016; 96(3):305-12. Epub 2015/07/18. doi: 10.2522/ptj.20140525. PubMed PMID: 26183589.

39.Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: Systematic review. *BMJ.* 2013;347:f7095. Epub 2013/12/18. doi: 10.1136/bmj.f7095. PubMed PMID: 24335669; PubMed Central PMCID:PMC3898572

40.Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: Frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med.* 1988;3(3):230-8. Epub 1988/05/01. doi: 10.1007/bf02596337. PubMed PMID: 2967893.

41.Vroomen PC, de Krom MC, Knottnerus JA. Predicting the outcome of sciatica at short-term follow-up. *Br J Gen Pract.* 2002;52(475):119-23. Epub 2002/03/13. PubMed PMID: 11887877; PubMed Central PMCID:PMC1314232.

42.Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009;373(9662):463-72. Epub 2009/02/10. doi: 10.1016/s0140-6736(09)60172-0. PubMed PMID: 19200918.

43.Jacobs JC, Jarvik JG, Chou R, Boothroyd D, Lo J, Nevedal A, et al. Observational study of the downstream consequences of inappropriate MRI of the lumbar spine. *J Gen Intern Med.* 2020;35(12):3605-12. Epub 2020/09/30. doi: 10.1007/s11606-020-06181-7. PubMed PMID: 32989711; PubMed Central PMCID:PMC7728897.

44.Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, van der Wees PJ, Staal JB. Imaging versus no imaging for low back pain: A systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J.* 2019;28(5):937-50. Epub 2019/02/24. doi: 10.1007/s00586-019-05918-1. PubMed PMID: 30796513.

45.Rihn JA, Lee JY, Khan M, Ulibarri JA, Tannoury C, Donaldson WF, 3rd, et al. Does lumbar facet fluid detected on magnetic resonance imaging correlate with radiographic instability in patients with degenerative lumbar disease? *Spine (Phila Pa 1976).* 2007;32(14):1555-60. Epub 2007/06/19. doi: 10.1097/BRS.0b013e318067dc55. PubMed PMID: 17572627.

46.Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2003; 289(21):2810-8. Epub 2003/06/05. doi: 10.1001/jama.289.21.2810. PubMed PMID: 12783911.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain
February 2022 Page 128 of 141

47. Lurie JD, Birkmeyer NJ, Weinstein JN. Rates of advanced spinal imaging and spine surgery. *Spine* (Phila Pa 1976). 2003;28(6):616-20. Epub 2003/03/19. doi: 10.1097/01.brs.0000049927.37696.dc. PubMed PMID: 12642771.

48. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Maher CG, Ordoñana JR, Andrade TB, et al. Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: A systematic review. *Spine J*. 2016;16(1):105-16. Epub 2015/11/03. doi: 10.1016/j.spinee.2015.10.037. PubMed PMID: 26523965.

49. Shaw WS, Means-Christensen AJ, Slater MA, Webster JS, Patterson TL, Grant I, et al. Psychiatric disorders and risk of transition to chronicity in men with first onset low back pain. *Pain Med*. 2010;11(9):1391-400. Epub 2010/08/26. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00934.x. PubMed PMID: 20735749.

50. Cherkin D, Balderson B, Wellman R, Hsu C, Sherman KJ, Evers SC, et al. Effect of low back pain risk-stratification strategy on patient outcomes and care processes: The match randomized trial in primary care. *J Gen Intern Med*. 2018;33(8):1324-36. Epub 2018/05/24. doi: 10.1007/s11606-018-4468-9. PubMed PMID: 29790073; PubMed Central PMCID: PMC6082187.

51. Glattacker M, Heyduck K, Jakob T. Yellow flags as predictors of rehabilitation outcome in chronic low back pain. *Rehabil Psychol*. 2018;63(3):408-17. Epub 2018/07/20. doi: 10.1037/rep0000200. PubMed PMID: 30024205.

52. Hampel P, Köpnick A, Roch S. Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: A prospective randomized controlled trial. *BMC Psychol*. 2019;7(1):6. Epub 2019/02/17. doi: 10.1186/s40359-019-0282-3. PubMed PMID: 30770763; PubMed Central PMCID: PMC6377771.

53. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, et al. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2017;15(1):13. Epub 2017/01/20. doi: 10.1186/s12916-016-0774-4. PubMed PMID 28100231; PubMed Central PMCID: PMC5244583.

54. Løchting I, Garratt AM, Storheim K, Werner EL, Grotle M. The impact of psychological factors on condition-specific, generic and individualized patient reported outcomes in low back pain. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):40. Epub 2017/02/23. doi: 10.1186/s12955-017-0593-0. PubMed PMID: 28222741; PubMed Central PMCID: PMC5319018.

55. Trinderup JS, Fisker A, Juhl CB, Petersen T. Fear avoidance beliefs as a predictor for long-term sick leave, disability and pain in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2018;19(1):431. Epub 2018/12/05. doi: 10.1186/s12891-018-2351-9. PubMed PMID: 30509231; PubMed Central PMCID: PMC6278039.

56. Zackova M, Aspide R, Braghittoni A, Zenesini C, Palandri G. Yellow flag on prognostic factors for non-specific chronic low back pain patients subjected to mini-invasive treatment: A cohort study. *Eur Spine J*. 2020; 29(8):1879-86. Epub 2020/06/05. doi: 10.1007/s00586-020-06475-8. PubMed PMID: 32495278.

57. Keele University Impact Accelerator Unit. Start back. Available from: <https://startback.hfac.keele.ac.uk/research/>.

58. Brown G. The örebro musculoskeletal pain questionnaire. *Occupational Medicine*. 2008;58(6):447-8. doi: 10.1093/occmed/kqn077.

59. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*. 1995;7(4):524-32. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524.

60. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain*. 2007;11(2):153-63. Epub 2006/02/01. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.12.008. PubMed PMID: 16446108.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain
February 2022 Page 129 of 141

61. Miller R, Kori S, Todd D. The Tampa Scale: A measure of kinesiophobia. *Clin J Pain*. 1991;7(1):51-2

62.Maas ET, Juch JN, Ostelo RW, Groeneweg JG, Kallewaard JW, Koes BW, et al. Systematic review of patient history and physical examination to diagnose chronic low back pain originating from the facet joints. *Eur J Pain*. 2017;21(3):403-14. Epub 2016/10/11. doi: 10.1002/ejp.963. PubMed PMID: 27723170.

63.Mekhail N, Saweris Y, Sue Mehanny D, Makarova N, Guirguis M, Costandi S. Diagnosis of sacroiliac joint pain: Predictive value of three diagnostic clinical tests. *Pain Pract*. 2021;21(2):204-14. Epub 2020/09/24. doi: 10.1111/papr.12950. PubMed PMID: 32965780.

64.González Espinosa de Los Monteros FJ, Gonzalez-Medina G, Ardila EMG, Mansilla JR, Expósito JP, Ruiz PO. Use of neurodynamic or orthopedic tension tests for the diagnosis of lumbar and lumbosacral radiculopathies: Study of the diagnostic validity. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19). Epub 2020/10/01. doi: 10.3390/ijerph17197046. PubMed PMID: 32993094; PubMed Central PMCID:PMC7579046.

65.Tawa N, Diener I, Louw Q, Rhoda A. Correlation of the self-reported Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs score, clinical neurological examination and MR imaging in patients with lumbo-sacral radiculopathy. *BMC Neurol*. 2019;19(1):107. Epub 2019/05/31. doi: 10.1186/s12883-019-1333-3. PubMed PMID: 31146710; PubMed Central PMCID:PMC6542141.

66.Tawa N, Rhoda A, Diener I. Accuracy of clinical neurological examination in diagnosing lumbo-sacral radiculopathy: A systematic literature review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):93. Epub 2017/02/25. doi: 10.1186/s12891-016-1383-2. PubMed PMID: 28231784; PubMed Central PMCID:PMC5324296.

67.Young S, Aprill C, Laslett M. Correlation of clinical examination characteristics with three sources of chronic low back pain. *Spine J*. 2003;3(6):460-5. Epub 2003/11/12. doi: 10.1016/s1529-9430(03)00151-7. PubMed PMID: 14609690.

68.Laslett M, McDonald B, Aprill CN, Tropp H, Oberg B. Clinical predictors of screening lumbar zygapophyseal joint blocks: Development of clinical prediction rules. *Spine J*. 2006;6(4):370-9. Epub 2006/07/11. doi: 10.1016/j.spinee.2006.01.004. PubMed PMID: 16825041.

69.Manchikanti L, Pampati V, Fellows B, Bakhit CE. Prevalence of lumbar facet joint pain in chronic low back pain. *Pain Physician*. 1999;2(3):59-64. Epub 2006/08/15. PubMed PMID: 16906217.

70.Manchikanti L, Pampati V, Fellows B, Baha AG. The inability of the clinical picture to characterize pain from facet joints. *Pain Physician*. 2000;3(2):158-66. Epub 2006/08/15. PubMed PMID: 16906195.

71.Revel ME, Listrat VM, Chevalier XJ, Dougados M, N'Guyen M P, Vallee C, et al. Facet joint block for low back pain: Identifying predictors of a good response. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992;73(9):824-8. Epub 1992/09/01. PubMed PMID: 1387521.

72.Revel M, Poiraudau S, Auleley GR, Payan C, Denke A, Nguyen M, et al. Capacity of the clinical picture to characterize low back pain relieved by facet joint anesthesia. Proposed criteria to identify patients with painful facet joints. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998;23(18):1972-6; discussion 7. Epub 1998/10/21. doi: 10.1097/00007632-199809150-00011. PubMed PMID: 9779530.

73.Laslett M, Oberg B, Aprill CN, McDonald B. Zygapophysial joint blocks in chronic low back pain: A test of Revel's model as a screening test. *BMC Musculoskelet Disord*. 2004;5:43. Epub 2004/11/18. doi: 10.1186/1471-2474-5-43. PubMed PMID: 15546487; PubMed Central PMCID:PMC534802.

74.Saueressig T, Owen PJ, Diemer F, Zebisch J, Belavy DL. Diagnostic accuracy of clusters of pain provocation tests for detecting sacroiliac joint pain: Systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2021; 51(9):422-31. Epub 2021/07/03. doi: 10.2519/jospt.2021.10469. PubMed PMID: 34210160.

75.Straube S, Harden M, Schröder H, Arendacka B, Fan X, Moore RA, et al. Back schools for the treatment of chronic low back pain: Possibility of benefit but no convincing evidence after 47 years of research-systematic

review and meta-analysis. *Pain*. 2016;157(10):2160-72. Epub 2016/06/04. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000640. PubMed PMID: 27257858; PubMed Central PMCID:PMC5028160 the end of this article.

76.Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back schools for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;8(8):Cd011674. Epub 2017/08/05. doi: 10.1002/14651858.CD011674.pub2. PubMed PMID: 28770974; PubMed Central PMCID:PMC6483296.

77.Davidson M, Keating JL, Eyres S. A low back-specific version of the sf-36 physical functioning scale. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29(5):586-94. Epub 2004/05/07. doi: 10.1097/01.brs.0000103346.38557.73. PubMed PMID: 15129079.

78.Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korf M, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: Towards international consensus regarding minimal important change. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(1):90-4. Epub 2008/01/01. doi: 10.1097/BRS.0b013e31815e3a10. PubMed PMID: 18165753.

79.Gardner T, Refshauge K, McAuley J, Hübscher M, Goodall S, Smith L. Combined education and patient-led goal setting intervention reduced chronic low back pain disability and intensity at 12 months: A randomised controlled trial. *Br J Sports Med*. 2019;53(22):1424-31. Epub 2019/02/28. doi: 10.1136/bjsports-2018-100080. PubMed PMID: 30808666.

80.Wood L, Hendrick PA. A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short-and long-term outcomes of pain and disability. *Eur J Pain*. 2019;23(2):234-49. Epub 2018/09/05. doi: 10.1002/ejp.1314. PubMed PMID: 30178503.

81.Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. Psychometric properties of the tsk-11: A shortened version of the Tampa Scale for kinesiophobia. *Pain*. 2005;117(1-2):137-44. Epub 2005/08/02. doi: 10.1016/j.pain.2005.05.029. PubMed PMID: 16055269.

82.Bodes Pardo G, Lluch Girbés E, Roussel NA, Gallego Izquierdo T, Jiménez Penick V, Pecos Martín D. Pain neurophysiology education and therapeutic exercise for patients with chronic low back pain: A single-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;99(2):338-47. Epub 2017/11/16. doi: 10.1016/j.apmr.2017.10.016. PubMed PMID: 29138049.

83.Pires D, Cruz EB, Caeiro C. Aquatic exercise and pain neurophysiology education versus aquatic exercise alone for patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2015;29(6):538-47. Epub 2014/09/10. doi: 10.1177/0269215514549033. PubMed PMID: 25200879.

84.Amorim AB, Pappas E, Simic M, Ferreira ML, Jennings M, Tiedemann A, et al. Integrating mobile-health, health coaching, and physical activity to reduce the burden of chronic low back pain trial (impact): A pilot randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):71. Epub 2019/02/13. doi: 10.1186/s12891-019-2454-y. PubMed PMID: 30744606; PubMed Central PMCID:PMC6371593.

85.Dario AB, Moreti Cabral A, Almeida L, Ferreira ML, Refshauge K, Simic M, et al. Effectiveness of telehealth-based interventions in the management of non-specific low back pain: A systematic review with meta-analysis. *Spine J*. 2017;17(9):1342-51. Epub 2017/04/17. doi: 10.1016/j.spinee.2017.04.008. PubMed PMID: 28412562.

86.Du S, Liu W, Cai S, Hu Y, Dong J. The efficacy of e-health in the self-management of chronic low back pain: A meta analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;106:103507. Epub 2020/04/23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103507. PubMed PMID: 32320936.

87.Suman A, Schaafsma FG, van Dongen JM, Elders PJM, Buchbinder R, van Tulder MW, et al. Effectiveness and cost-utility of a multifaceted ehealth strategy to improve back pain beliefs of patients with non-specific low back pain: A cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2019;9(12):e030879. Epub 2019/12/08. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030879. PubMed PMID: 31811006; PubMed Central PMCID:PMC6924789.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain
February 2022 Page 131 of 141

88.Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315(12):1240-9. Epub 2016/03/24. doi: 10.1001/jama.2016.2323. PubMed PMID: 27002445; PubMed Central PMCID:PMC4914381.

89.Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: A systematic review update. Comparative effectiveness review No 227 (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under contract no 290-2015-00009-I) AHRQ publication no 20-EHC009 2020. PubMed PMID: 30179389.

90.Løchting I, Storheim K, Werner EL, Småstuen Cvancarova M, Grotle M. Evaluation of individualized quality of life and illness perceptions in low back pain. A patient education cluster randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2016;99(12):1992-8. Epub 2016/08/04. doi: 10.1016/j.pec.2016.05.015. PubMed PMID: 27486051.

91.Ryum T, Hartmann H, Borchgrevink P, de Ridder K, Stiles TC. The effect of in-session exposure in fear-avoidance treatment of chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain*. 2021;25(1):171-88. Epub 2020/09/24. doi: 10.1002/ejp.1659. PubMed PMID: 32964624.

92.Suni JH, Kolu P, Tokola K, Raitanen J, Rinne M, Taulaniemi A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of neuromuscular exercise and back care counseling in female healthcare workers with recurrent non-specific low back pain: A blinded four-arm randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1376. Epub 2018/12/19. doi: 10.1186/s12889-018-6293-9. PubMed PMID: 30558592; PubMed Central PMCID:PMC6296156.

93.Petrozzi MJ, Leaver A, Ferreira PH, Rubinstein SM, Jones MK, Mackey MG. Addition of MoodGYM to physical treatments for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Chiropr Man Therap*. 2019;27:54. Epub 2019/11/02. doi: 10.1186/s12998-019-0277-4. PubMed PMID: 31673330; PubMed Central PMCID:PMC6814139.

94.Wewege MA, Booth J, Parmenter BJ. Aerobic vs. Resistance exercise for chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2018;31(5):889-99. Epub 2018/06/12. doi: 10.3233/bmr-170920. PubMed PMID: 29889056.

95.Shi Z, Zhou H, Lu L, Pan B, Wei Z, Yao X, et al. Aquatic exercises in the treatment of low back pain: A systematic review of the literature and meta-analysis of eight studies. *Am J Phys Med Rehabil*. 2018;97(2):116-22. Epub 2017/08/02. doi: 10.1097/phm.0000000000000801. PubMed PMID: 28759476.

96.Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM. Effectiveness of the McKenzie method of mechanical diagnosis and therapy for treating low back pain: Literature review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018;48(6):476-90. Epub 2018/04/01. doi: 10.2519/jospt.2018.7562. PubMed PMID: 29602304.

97.Schneider MJ, Ammendolia C, Murphy DR, Glick RM, Hile E, Tudorascu DL, et al. Comparative clinical effectiveness of nonsurgical treatment methods in patients with lumbar spinal stenosis: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(1):e186828. Epub 2019/01/16. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.6828. PubMed PMID: 30646197; PubMed Central PMCID:PMC6324321.

98.Schulz C, Evans R, Maiers M, Schulz K, Leininger B, Bronfort G. Spinal manipulative therapy and exercise for older adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *Chiropr Man Therap*. 2019;27:21. Epub 2019/05/23. doi: 10.1186/s12998-019-0243-1. PubMed PMID: 31114673; PubMed Central PMCID:PMC6518769

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 132 of 141

99.Brodsky M, Hansen A, Bjerke W. Randomized pilot trial for a community-based group stretching exercise program for chronic low back pain. *Glob Adv Health Med*. 2019;8:2164956119846055. Epub 2019/05/10. doi: 10.1177/2164956119846055. PubMed PMID: 31069163; PubMed Central PMCID:PMC6495440.

100.Niederer D, Engel T, Vogt L, Arampatzis A, Banzer W, Beck H, et al. Motor control stabilisation exercise for patients with non-specific low back pain: A prospective meta-analysis with multilevel meta-regressions on intervention effects. *J Clin Med*. 2020;9(9). Epub 2020/09/26. doi: 10.3390/jcm9093058. PubMed PMID: 32971921; PubMed Central PMCID:PMC7564352.

101.Gomes-Neto M, Lopes JM, Conceição CS, Araujo A, Brasileiro A, Sousa C, et al. Stabilization exercise compared to general exercises or manual therapy for the management of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Phys Ther Sport*. 2017;23:136-42. Epub 2016/10/07. doi: 10.1016/j.pts.2016.08.004. PubMed PMID: 27707631.

102.Sipaviciene S, Kliziene I. Effect of different exercise programs on non-specific chronic low back pain and disability in people who perform sedentary work. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2020;73:17-27. Epub 2020/01/11. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2019.12.028. PubMed PMID: 31923778.

103.Calatayud J, Guzmán-González B, Andersen LL, Cruz-Montecinos C, Morell MT, Roldán R, et al. Effectiveness of a group-based progressive strength training in primary care to improve the recurrence of low back pain exacerbations and function: A randomised trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22). Epub 2020/11/15. doi: 10.3390/ijerph17228326. PubMed PMID: 33187076; PubMed Central PMCID:PMC7696327.

104.Fritz JM, Sharpe J, Greene T, Lane E, Hadizadeh M, McFadden M, et al. Optimization of spinal manipulative therapy protocols: A factorial randomized trial within a multiphase optimization framework. *J Pain*. 2020. Epub 2020/12/15. doi: 10.1016/j.jpain.2020.11.008. PubMed PMID: 33309783.

105.Brämberg EB, Bergström G, Jensen I, Hagberg J, Kwak L. Effects of yoga, strength training and advice on back pain: A randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):132. Epub 2017/03/31. doi: 10.1186/s12891-017-1497-1. PubMed PMID: 28356091; PubMed Central PMCID:PMC5372262.

106.Matarán-Peñarocha GA, Lara Palomo IC, Antequera Soler E, Gil-Martínez E, Fernández-Sánchez M, Aguilar-Ferrándiz ME, et al. Comparison of efficacy of a supervised versus non-supervised physical therapy exercise program on the pain, functionality and quality of life of patients with non-specific chronic low-back pain: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2020;34(7):948-59. Epub 2020/06/11. doi: 10.1177/0269215520927076. PubMed PMID: 32517498.

107.Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, et al. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7):Cd010265. Epub 2015/07/03. doi: 10.1002/14651858.CD010265. pub2. PubMed PMID: 26133923; PubMed Central PMCID:PMC8078578.

108.Kamioka H, Tsutani K, Katsumata Y, Yoshizaki T, Okuizumi H, Okada S, et al. Effectiveness of pilates exercise: A quality evaluation and summary of systematic reviews based on randomized controlled trials. *Complement Ther Med*. 2016;25:1-19. Epub 2016/04/12. doi: 10.1016/j.ctim.2015.12.018. PubMed PMID: 27062942.

109.Miyamoto GC, Franco KFM, van Dongen JM, Franco Y, de Oliveira NTB, Amaral DDV, et al. Different doses of pilates-based exercise therapy for chronic low back pain: A randomised controlled trial with economic evaluation. *Br J Sports Med*. 2018;52(13):859-68. Epub 2018/03/12. doi: 10.1136/bjsports-2017-098825. PubMed PMID: 29525763.

110.Cruz-Díaz D, Romeu M, Velasco-González C, Martínez-Amat A, Hita-Contreras F. The effectiveness of 12 weeks of pilates intervention on disability, pain and kinesiphobia in patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2018;32(9):1249-57. Epub 2018/04/14. doi: 10.1177/0269215518768393. PubMed PMID: 29651872.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 133 of 141

111.O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, Bleakley CM, Baxter GD, Bradley JM, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: Systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(4):724-34.e3. Epub 2014/12/23. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.003. PubMed PMID: 25529265.

112.Sithipornvorakul E, Klinsophon T, Sihawong R, Janwantanakul P. The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018;34:38-46. Epub 2017/12/20. doi: 10.1016/j.msksp.2017.12.003. PubMed PMID: 29257996.

113.Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Noninvasive treatments for low back pain. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.

114.Kong LJ, Lauche R, Klose P, Bu JH, Yang XC, Guo CQ, et al. Tai chi for chronic pain conditions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sci Rep.* 2016;6:25325. Epub 2016/04/30. doi: 10.1038/srep25325. PubMed PMID: 27125299; PubMed Central PMCID:PMC4850460.

115.Qin J, Zhang Y, Wu L, He Z, Huang J, Tao J, et al. Effect of tai chi alone or as additional therapy on low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(37):e17099. Epub 2019/09/14. doi: 10.1097/md.00000000000017099. PubMed PMID: 31517838; PubMed Central PMCID:PMC6750325.

116.Fritz JM, Sharpe JA, Lane E, Santillo D, Greene T, Kawchuk G. Optimizing treatment protocols for spinal manipulative therapy: Study protocol for a randomized trial. *Trials.* 2018;19(1):306. Epub 2018/06/06. doi: 10.1186/s13063-018-2692-6. PubMed PMID: 29866131; PubMed Central PMCID:PMC5987587.

117.Halliday MH, Pappas E, Hancock MJ, Clare HA, Pinto RZ, Robertson G, et al. A randomized clinical trial comparing the McKenzie method and motor control exercises in people with chronic low back pain and a directional preference: 1-year follow-up. *Physiotherapy.* 2019;105(4):442-5. Epub 2019/06/18. doi: 10.1016/j.physio.2018.12.004. PubMed PMID: 31204031.

118.Fritz JM, Kim M, Magel JS, Asche CV. Cost-effectiveness of primary care management with or without early physical therapy for acute low back pain: Economic evaluation of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2017;42(5):285-90. Epub 2016/06/09. doi: 10.1097/brs.0000000000001729. PubMed PMID: 27270641.

119.Minetama M, Kawakami M, Teraguchi M, Kagotani R, Mera Y, Sumiya T, et al. Supervised physical therapy versus unsupervised exercise for patients with lumbar spinal stenosis: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2021;269215520986688. Epub 2021/01/12. doi: 10.1177/0269215520986688. PubMed PMID: 33423549.

120.Cai C, Yang Y, Kong PW. Comparison of lower limb and back exercises for runners with chronic low back pain. *Med Sci Sports Exerc.* 2017;49(12):2374-84. Epub 2017/08/03. doi: 10.1249/mss.0000000000001396. PubMed PMID: 28767525.

121.Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med.* 2021;56:102616. Epub 2020/11/17. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102616. PubMed PMID: 33197571.

122.Martí-Salvador M, Hidalgo-Moreno L, Doménech-Fernández J, Lisón JF, Arguisuelas MD. Osteopathic manipulative treatment including specific diaphragm techniques improves pain and disability in chronic nonspecific low back pain: A randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(9):1720-9. Epub 2018/05/23. doi: 10.1016/j.apmr.2018.04.022. PubMed PMID: 29787734.

123.Bronfort G, Hondras MA, Schulz CA, Evans RL, Long CR, Grimm R. Spinal manipulation and home exercise with advice for subacute and chronic back-related leg pain: A trial with adaptive allocation. *Ann Intern Med.* 2014; 161(6):381-91. Epub 2014/09/16. doi: 10.7326/m14-0006. PubMed PMID: 25222385.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 134 of 141

124.Bronfort G, Maiers MJ, Evans RL, Schulz CA, Bracha Y, Svendsen KH, et al. Supervised exercise, spinal manipulation, and home exercise for chronic low back pain: A randomized clinical

trial. *Spine J.* 2011; 11(7):585-98. Epub 2011/05/31. doi: 10.1016/j.spinee.2011.01.036. PubMed PMID: 21622028.

125. Petersen T, Larsen K, Nordsteen J, Olsen S, Fournier G, Jacobsen S. The McKenzie method compared with manipulation when used adjunctive to information and advice in low back pain patients presenting with centralization or peripheralization: A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(24):1999-2010. Epub 2011/03/02. doi: 10.1097/BRS.0b013e318201ee8e. PubMed PMID: 21358492.

126. Cecchi F, Molino-Lova R, Chiti M, Pasquini G, Paperini A, Conti AA, et al. Spinal manipulation compared with back school and with individually delivered physiotherapy for the treatment of chronic low back pain: A randomized trial with one-year follow-up. *Clin Rehabil.* 2010;24(1):26-36. Epub 2010/01/08. doi: 10.1177/0269215509342328. PubMed PMID: 20053720.

127. Dougherty PE, Karuza J, Dunn AS, Savino D, Katz P. Spinal manipulative therapy for chronic lower back pain in older Veterans: A prospective, randomized, placebo-controlled trial. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 2014;5(4): 154-64. Epub 2015/08/08. doi: 10.1177/2151458514544956. PubMed PMID: 26246937; PubMed Central PMCID: PMC4252156.

128. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2019;364:l689. Epub 2019/03/15. doi: 10.1136/bmj.l689. PubMed PMID: 30867144; PubMed Central PMCID: PMC6396088

129. Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, Kearns CM, Singh KP. Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2013;11(2):122-9. Epub 2013/03/20. doi: 10.1370/afm.1468. PubMed PMID: 23508598; PubMed Central PMCID: PMC3601389.

130. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: An update of the cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38(3):E158-77. Epub 2012/11/22. doi: 10.1097/BRS.0b013e31827dd89d. PubMed PMID: 23169072.

131. Mo Z, Zhang R, Chen J, Shu X, Shujie T. Comparison between oblique pulling spinal manipulation and other treatments for lumbar disc herniation: A systematic review and meta-analysis. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018;41(9):771-9. Epub 2018/01/01. doi: 10.1016/j.jmpt.2018.04.005. PubMed PMID: 30871713.

132. Schneider M, Haas M, Glick R, Stevans J, Landsittel D. Comparison of spinal manipulation methods and usual medical care for acute and subacute low back pain: A randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015; 40(4):209-17. Epub 2014/11/26. doi: 10.1097/brs.0000000000000724. PubMed PMID: 25423308; PubMed Central PMCID: PMC4326596.

133. Bahnamiri AF, Norouzi A, Reskati HM, Hosseini SH. Effectiveness of mindfulness-based interventions on pain intensity in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2020;14(4): e102509. Epub 2020-10-02. doi: 10.5812/ijpbs.102509.

134. Gignoux P, Lanhers C, Dutheil F, Boutevillain L, Pereira B, Coudeyre E. Non-rigid lumbar supports for the management of non-specific low back pain: A literature review and meta-analysis. *Ann Phys Rehabil Med.* 2020;101406. Epub 2020/06/21. doi: 10.1016/j.rehab.2020.05.010. PubMed PMID: 32561503.

135. Sato N, Sekiguchi M, Kikuchi S, Shishido H, Sato K, Konno S. Effects of long-term corset wearing on chronic low back pain. *Fukushima J Med Sci.* 2012;58(1):60-5. Epub 2012/07/14. doi: 10.5387/fms.58.60. PubMed PMID: 22790893.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 135 of 141

136. Calmels P, Queneau P, Hamonet C, Le Pen C, Maurel F, Lerouvreur C, et al. Effectiveness of a lumbar belt in subacute low back pain: An open, multicentric, and randomized clinical study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009; 34(3):215-20. Epub 2009/01/31. doi: 10.1097/BRS.0b013e31819577dc. PubMed PMID: 19179915.

- 137.Oleske DM, Lavender SA, Andersson GB, Kwasny MM. Are back supports plus education more effective than education alone in promoting recovery from low back pain?: Results from a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(19):2050-7. Epub 2007/09/01. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181453fcc. PubMed PMID: 17762804.
- 138.Cheng YH, Hsu CY, Lin YN. The effect of mechanical traction on low back pain in patients with herniated intervertebral disks: A systemic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2020;34(1):13-22. Epub 2019/08/29. doi: 10.1177/0269215519872528. PubMed PMID: 31456418.
- 139.Vanti C, Panizzolo A, Turone L, Guccione AA, Violante FS, Pillastrini P, et al. Effectiveness of mechanical traction for lumbar radiculopathy: A systematic review and meta-analysis. *Phys Ther*. 2021;101(3). Epub 2021/01/01. doi: 10.1093/ptj/pzaa231. PubMed PMID: 33382419.
- 140.Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(8):Cd003010. Epub 2013/08/21. doi: 10.1002/14651858.CD003010.pub5. PubMed PMID: 23959683; PubMed Central PMCID:PMC6823219
- 141.Diab AA, Moustafa IM. Lumbar lordosis rehabilitation for pain and lumbar segmental motion in chronic mechanical low back pain: A randomized trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2012;35(4):246-53. Epub 2012/05/29. doi: 10.1016/j.jmpt.2012.04.021. PubMed PMID: 22632584.
- 142.Yang LH, Duan PB, Hou QM, Du SZ, Sun JF, Mei SJ, et al. Efficacy of auricular acupuncture for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017;2017:6383649. Epub 2017/08/15. doi: 10.1155/2017/6383649. PubMed PMID: 28804504; PubMed Central PMCID:PMC5539928.
- 143.Zhu F, Zhang M, Wang D, Hong Q, Zeng C, Chen W. Yoga compared to non-exercise or physical therapy exercise on pain, disability, and quality of life for patients with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238544. Epub 2020/09/02. doi: 10.1371/journal.pone.0238544. PubMed PMID: 32870936; PubMed Central PMCID:PMC7462307.
- 144.Goode AP, Coeytaux RR, McDuffie J, Duan-Porter W, Sharma P, Mennella H, et al. An evidence map of yoga for low back pain. *Complement Ther Med*. 2016;25:170-7. Epub 2016/04/12. doi: 10.1016/j.ctim.2016.02.016. PubMed PMID: 27062965.
- 145.Nduwimana I, Nindorera F, Thonnard JL, Kossi O. Effectiveness of walking versus mind-body therapies in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of recent randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(35):e21969. Epub 2020/09/03. doi: 10.1097/md.00000000000021969. PubMed PMID: 32871946; PubMed Central PMCID:PMC7458239.
- 146.Phattharasupharerk S, Purepong N, Eksakulkla S, Siriphorn A. Effects of qigong practice in office workers with chronic non-specific low back pain: A randomized control trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2018;23(2):375-81. doi: 10.1016/j.jbmt.2018.02.004. PubMed PMID: 31103123.
- 147.Blödt S, Pach D, Kaster T, Lüdtker R, Icke K, Reissbaur A, et al. Qigong versus exercise therapy for chronic low back pain in adults--a randomized controlled non-inferiority trial. *Eur J Pain*. 2015;19(1):123-31. Epub 2014/06/07. doi: 10.1002/ejp.529. PubMed PMID: 24902673.
- 148.Teut M, Knilli J, Daus D, Roll S, Witt CM. Qigong or yoga versus no intervention in older adults with chronic low back pain-a randomized controlled trial. *J Pain*. 2016;17(7):796-805. Epub 2016/04/06. doi: 10.1016/j.jpain.2016.03.003. PubMed PMID: 27046802.
- VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 136 of 141
- 149.Wood S, Fryer G, Tan LLF, Cleary C. Dry cupping for musculoskeletal pain and range of motion: A systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther*. 2020;24(4):503-18. Epub 2020/11/22. doi: 10.1016/j.jbmt.2020.06.024. PubMed PMID: 33218554.
- 150.Wang YT, Qi Y, Tang FY, Li FM, Li QH, Xu CP, et al. The effect of cupping therapy for low back pain: A meta-analysis based on existing randomized controlled trials. *J Back Musculoskelet*

- Rehabil. 2017;30(6):1187-95. Epub 2017/09/28. doi: 10.3233/bmr-169736. PubMed PMID: 28946531.
- 151.Mardani-Kivi M, Montazar R, Azizkhani M, Hashemi-Motlagh K. Wet-cupping is effective on persistent nonspecific low back pain: A randomized clinical trial. *Chin J Integr Med.* 2019;25(7):502-6. Epub 2018/11/30. doi: 10.1007/s11655-018-2996-0. PubMed PMID: 30484021.
- 152.Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Acupunct Med.* 2016;34(5):328-41. Epub 2016/05/22. doi: 10.1136/acupmed-2015-011036. PubMed PMID: 27207675; PubMed Central PMCID:PMC5099186.
- 153.Buchmuller A, Navez M, Millette-Bernardin M, Pouplin S, Presles E, Lantéri-Minet M, et al. Value of TENS for relief of chronic low back pain with or without radicular pain. *Eur J Pain.* 2012;16(5):656-65. Epub 2012/02/18. doi: 10.1002/j.1532-2149.2011.00061.x. PubMed PMID: 22337531.
- 154.Kolber MR, Ton J, Thomas B, Kirkwood J, Moe S, Dugré N, et al. Peer systematic review of randomized controlled trials: Management of chronic low back pain in primary care. *Can Fam Physician.* 2021;67(1):e20-e30. Epub 2021/01/24. doi: 10.46747/cfp.6701e20. PubMed PMID: 33483410; PubMed Central PMCID:PMC7822613.
- 155.Konno S, Oda N, Ochiai T, Alev L. Randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of duloxetine monotherapy in Japanese patients with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2016;41(22):1709-17. Epub 2016/11/11. doi: 10.1097/brs.0000000000001707. PubMed PMID: 27831985; PubMed Central PMCID:PMC5113250.
- 156.Skljarevski V, Ossanna M, Liu-Seifert H, Zhang Q, Chappell A, Iyengar S, et al. A double-blind, randomized trial of duloxetine versus placebo in the management of chronic low back pain. *Eur J Neurol.* 2009;16(9):1041-8. Epub 2009/05/28. doi: 10.1111/j.1468-1331.2009.02648.x. PubMed PMID: 19469829.
- 157.Skljarevski V, Zhang S, Desai D, Alaka KJ, Palacios S, Miazgowski T, et al. Duloxetine versus placebo in patients with chronic low back pain: A 12-week, fixed-dose, randomized, double-blind trial. *J Pain.* 2010;11(12):1282-90. Epub 2010/05/18. doi: 10.1016/j.jpain.2010.03.002. PubMed PMID: 20472510.
- 158.Skljarevski V, Desai D, Liu-Seifert H, Zhang Q, Chappell AS, Detke MJ, et al. Efficacy and safety of duloxetine in patients with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(13):E578-85. Epub 2010/05/13. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181d3cef6. PubMed PMID: 20461028.
- 159.U.S. Food and Drug Administration. Cymbalta (duloxetine hydrochloride) delayed-release capsules for oral use. 2010. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022516lbl.pdf.
- 160.Kivitz AJ, Gimbel JS, Bramson C, Nemeth MA, Keller DS, Brown MT, et al. Efficacy and safety of tanezumab versus naproxen in the treatment of chronic low back pain. *Pain.* 2013;154(7):1009-21. Epub 2013/05/01. doi: 10.1016/j.pain.2013.03.006. PubMed PMID: 23628600.
- 161.Zerbini C, Ozturk ZE, Grifka J, Maini M, Nilganuwong S, Morales R, et al. Efficacy of etoricoxib 60 mg/day and diclofenac 150 mg/day in reduction of pain and disability in patients with chronic low back pain: Results of a 4-week, multinational, randomized, double-blind study. *Curr Med Res Opin.* 2005;21(12):2037-49. Epub 2005/12/22. doi: 10.1185/030079905x75069. PubMed PMID: 16368055.
- VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 137 of 141
- 162.Nissen SE, Yeomans ND, Solomon DH, Lüscher TF, Libby P, Husni ME, et al. Cardiovascular safety of celecoxib, naproxen, or ibuprofen for arthritis. *N Engl J Med.* 2016;375(26):2519-29. Epub 2016/12/14. doi: 10.1056/NEJMoa1611593. PubMed PMID: 27959716.

163. U.S. Food and Drug Administration. Medication guide for non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/1998/074978Orig1s000lbl.pdf.
164. Herndon CM, Hutchison RW, Berdine HJ, Stacy ZA, Chen JT, Farnsworth DD, et al. Management of chronic nonmalignant pain with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Joint opinion statement of the ambulatory care, cardiology, and pain and palliative care practice and research networks of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy*. 2008;28(6):788-805. Epub 2008/05/28. doi: 10.1592/phco.28.6.788. PubMed PMID: 18503406.
165. Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, Furberg C, Roberts H, Taubert KA. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: An update for clinicians: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2007;115(12):1634-42. Epub 2007/02/28. doi: 10.1161/circulationaha.106.181424. PubMed PMID: 17325246.
166. Katz N, Borenstein DG, Birbara C, Bramson C, Nemeth MA, Smith MD, et al. Efficacy and safety of tanezumab in the treatment of chronic low back pain. *Pain*. 2011;152(10):2248-58. Epub 2011/06/24. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.003. PubMed PMID: 21696889.
167. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, AlAmri R, Kamath S, Thabane L, et al. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med*. 2017;14(8):e1002369. Epub 2017/08/16. doi: 10.1371/journal.pmed.1002369. PubMed PMID: 28809936; PubMed Central PMCID: PMC5557428.
168. Romanò CL, Romanò D, Bonora C, Mineo G. Pregabalin, celecoxib, and their combination for treatment of chronic low-back pain. *J Orthop Traumatol*. 2009;10(4):185-91. Epub 2009/11/19. doi: 10.1007/s10195-009-0077-z. PubMed PMID: 19921480; PubMed Central PMCID: PMC2784066.
169. Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, Latimer J, Koes BW, Hancock MJ, et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. *N Engl J Med*. 2017;376(12):1111-20. Epub 2017/03/23. doi: 10.1056/NEJMoA1614292. PubMed PMID: 28328324.
170. Atkinson JH, Slater MA, Capparelli EV, Patel SM, Wolfson T, Gamst A, et al. A randomized controlled trial of gabapentin for chronic low back pain with and without a radiating component. *Pain*. 2016;157(7):1499-507. Epub 2016/03/11. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000554. PubMed PMID: 26963844; PubMed Central PMCID: PMC5001843.
171. U.S. Food and Drug Administration. Highlights of prescribing information 2004. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/021446s035,022488s013lbl.pdf.
172. Gomes T, Juurlink DN, Antoniou T, Mamdani MM, Paterson JM, van den Brink W. Gabapentin, opioids, and the risk of opioid-related death: A population-based nested case-control study. *PLOS Medicine*. 2017;14(10): e1002396. doi: 10.1371/journal.pmed.1002396.
173. McClean GJ. Does gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain? A randomised, double-blind, placebo controlled study. *The Pain Clinic*. 2001;13(2):103-7. doi: 10.1163/156856901753420945.
174. Yildirim K, Şişecioğlu M, Karatay S, Erdal A, Levent A, Uğur M, et al. The effectiveness of gabapentin in patients with chronic radiculopathy. *The Pain Clinic*. 2003;15(3):213-8. doi: 10.1163/156856903767650718.
175. Gould HM, Atkinson JH, Chircop-Rollick T, D'Andrea J, Garfin S, Patel SM, et al. A randomized placebo-controlled trial of desipramine, cognitive behavioral therapy, and active placebo therapy for low back pain. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain* February 2022 Page 138 of 141 *Pain*. 2020;161(6):1341-9. Epub 2020/02/19. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001834. PubMed PMID: 32068667.
176. Urquhart DM, Wluka AE, van Tulder M, Heritier S, Forbes A, Fong C, et al. Efficacy of low-dose amitriptyline for chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(11):1474-81. Epub 2018/10/05. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4222. PubMed PMID: 30285054; PubMed Central PMCID: PMC6248203.

177.Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;28(22):2540-5. Epub 2003/11/19. doi: 10.1097/01.brs.0000092372.73527.ba. PubMed PMID: 14624092.

178.Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: A meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2002;162(1):19-24. Epub 2002/02/05. doi: 10.1001/archinte.162.1.19. PubMed PMID: 11784215.

179.Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. American Psychiatric Association. 2010.

180.U.S. Food and Drug Administration. Revisions to product labeling: Suicidality and antidepressant drugs. Available from: <https://www.fda.gov/media/77404/download>.

181.Friedman BW, Dym AA, Davitt M, Holden L, Solorzano C, Esses D, et al. Naproxen with cyclobenzaprine, oxycodone/acetaminophen, or placebo for treating acute low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;314(15):1572-80. Epub 2015/10/27. doi: 10.1001/jama.2015.13043. PubMed PMID: 26501533.

182.Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*. 2016;21(2):228-37. Epub 2016/06/23. doi: 10.1002/ejp.907. PubMed PMID: 27329976.

183.Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(6):Cd012230. Epub 2016/06/09. doi: 10.1002/14651858.cd012230. PubMed PMID: 27271789; PubMed Central PMCID:PMC6353046

184.Rotundo L, Pyrsopoulos N. Liver injury induced by paracetamol and challenges associated with intentional and unintentional use. *World J Hepatol*. 2020;12(4):125-36. Epub 2020/07/21. doi: 10.4254/wjh.v12.i4.125. PubMed PMID: 32685105; PubMed Central PMCID:PMC7336293.

185.Dakin P, Kivitz AJ, Gimbel JS, Skrepnik N, DiMartino SJ, Emeremni CA, et al. Efficacy and safety of fasinumab in patients with chronic low back pain: A phase II/III randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis*. 2020;80(4):509-17. Epub 2020/11/18. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217259. PubMed PMID: 33199274; PubMed Central PMCID:PMC7958114.

186.Markman JD, Bolash RB, McAlindon TE, Kivitz AJ, Pombo-Suarez M, Ohtori S, et al. Tanezumab for chronic low back pain: A randomized, double-blind, placebo- and active-controlled, phase 3 study of efficacy and safety. *Pain*. 2020;161(9):2068-78. Epub 2020/05/27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001928. PubMed PMID: 32453139; PubMed Central PMCID:PMC7431140

187.Petzke F, Klose P, Welsch P, Sommer C, Häuser W. Opioids for chronic low back pain: An updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks of double-blind duration. *Eur J Pain*. 2020;24(3):497-517. Epub 2019/12/12. doi: 10.1002/ejp.1519. PubMed PMID: 31823442.

188.Weil AJ, Masters ET, Barsdorf AI, Bass A, Pixton G, Wilson JG, et al. Patient-reported health-related quality of life, work productivity, and activity impairment during treatment with alo-02 (extended-release oxycodone and sequestered naltrexone) for moderate-to-severe chronic low back pain. *Health Qual Life Outcomes*.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 139 of 141

2017;15(1):202. Epub 2017/10/19. doi: 10.1186/s12955-017-0749-y. PubMed PMID: 29041942; PubMed Central PMCID:PMC5645978.

189.Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(7):958-68. Epub 2016/05/24. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1251. PubMed PMID: 27213267.

190.Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen AC, DeRonne B, Goldsmith ES, et al. Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain or hip or

knee osteoarthritis pain: The space randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(9):872-82. Epub 2018/03/07. doi: 10.1001/jama.2018.0899. PubMed PMID: 29509867; PubMed Central PMCID:PMC5885909

191.Goldberg H, Firtch W, Tyburski M, Pressman A, Ackerson L, Hamilton L, et al. Oral steroids for acute radiculopathy due to a herniated lumbar disk: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313(19):1915-23. Epub 2015/05/20. doi: 10.1001/jama.2015.4468. PubMed PMID: 25988461; PubMed Central PMCID:PMC5875432.

192.Friedman BW, Irizarry E, Solorzano C, Khankel N, Zapata J, Zias E, et al. Diazepam is no better than placebo when added to naproxen for acute low back pain. *Ann Emerg Med*. 2017;70(2):169-76.e1. Epub 2017/02/12. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.10.002. PubMed PMID: 28187918; PubMed Central PMCID:PMC5517351.

193.Brötz D, Maschke E, Burkard S, Engel C, Mänz C, Ernemann U, et al. Is there a role for benzodiazepines in the management of lumbar disc prolapse with acute sciatica? *Pain*. 2010;149(3):470-5. Epub 2010/04/07. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.015. PubMed PMID: 20362397.

194.Zadro JR, Shirley D, Ferreira M, Carvalho Silva AP, Lamb SE, Cooper C, et al. Is vitamin D supplementation effective for low back pain? A systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*. 2018;21(2):121-45. Epub 2018/03/23. PubMed PMID: 29565945.

195.Sodha R, Sivanadarajah N, Alam M. The use of glucosamine for chronic low back pain: A systematic review of randomised control trials. *BMJ Open*. 2013;3(6):e001167. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001167.

196.Chen CH, Weng PW, Wu LC, Chiang YF, Chiang CJ. Radiofrequency neurotomy in chronic lumbar and sacroiliac joint pain: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(26):e16230. Epub 2019/07/03. doi: 10.1097/md.00000000000016230. PubMed PMID: 31261580; PubMed Central PMCID:PMC6617467.

197.Maas ET, Ostelo RW, Niemisto L, Jousimaa J, Hurri H, Malmivaara A, et al. Radiofrequency denervation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(10):Cd008572. Epub 2015/10/27. doi: 10.1002/14651858.CD008572.pub2. PubMed PMID: 26495910.

198.Sae-Jung S, Jirattanaphochai K. Outcomes of lumbar facet syndrome treated with oral diclofenac or methylprednisolone facet injection: A randomized trial. *Int Orthop*. 2016;40(6):1091-8. Epub 2016/03/19. doi: 10.1007/s00264-016-3154-y. PubMed PMID: 26987980.

199.Chou R, Hashimoto R, Friedly J, Fu R, Dana T, Sullivan S, et al. AHRQ technology assessments. Pain management injection therapies for low back pain. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015.

200.Li YX, Yuan SE, Jiang JQ, Li H, Wang YJ. Systematic review and meta-analysis of effects of acupuncture on pain and function in non-specific low back pain. *Acupunct Med*. 2020;38(4):235-43. Epub 2020/05/28. doi: 10.1136/acupmed-2017-011622. PubMed PMID: 32458717.

201.Mu J, Furlan AD, Lam WY, Hsu MY, Ning Z, Lao L. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;12(12):Cd013814. Epub 2020/12/12. doi: 10.1002/14651858.cd013814. PubMed PMID: 33306198; PubMed Central PMCID:PMC8095030

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 140 of 141

202.Qin Z, Ding Y, Xu C, Kwong JSW, Ji Y, Wu A, et al. Acupuncture vs noninsertive sham acupuncture in aging patients with degenerative lumbar spinal stenosis: A randomized controlled trial. *Am J Med*. 2020;133(4):500-7.e20. Epub 2019/09/17. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.08.038. PubMed PMID: 31525334.

203.Xuan Z, Yu W, Dou Y, Wang T. Efficacy of platelet-rich plasma for low back pain: A systematic review and meta-analysis. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg*. 2020;81(6):529-34. Epub 2020/05/22. doi: 10.1055/s-0040-1709170. PubMed PMID: 32438421.

204.Amirdelfan K, Bae H, McJunkin T, DePalma M, Kim K, Beckworth WJ, et al. Allogeneic mesenchymal precursor cells treatment for chronic low back pain associated with degenerative disc disease: A prospective randomized, placebo-controlled 36-month study of safety and efficacy. *Spine*

- J. 2021;21(2):212-30. Epub 2020/10/13. doi: 10.1016/j.spinee.2020.10.004. PubMed PMID: 33045417.
205. Yang S, Kim W, Kong HH, Do KH, Choi KH. Epidural steroid injection versus conservative treatment for patients with lumbosacral radicular pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99(30):e21283. Epub 2020/08/15. doi: 10.1097/md.00000000000021283. PubMed PMID: 32791709; PubMed Central PMCID:PMC7386972.
206. Manchikanti L, Knezevic NN, Parr A, Kaye AD, Sanapati M, Hirsch JA. Does epidural bupivacaine with or without steroids provide long-term relief? A systematic review and meta-analysis. *Curr Pain Headache Rep*. 2020;24(6):26. Epub 2020/04/27. doi: 10.1007/s11916-020-00859-7. PubMed PMID: 32335757.
207. Oliveira CB, Maher CG, Ferreira ML, Hancock MJ, Oliveira VC, McLachlan AJ, et al. Epidural corticosteroid injections for lumbosacral radicular pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):Cd013577. Epub 2020/04/10. doi: 10.1002/14651858.cd013577. PubMed PMID: 32271952; PubMed Central PMCID:PMC7145384
208. Abedini N, Pourfathi H, Eskandari M, Parish M. Comparison of epidural methylprednisolone, bupivacaine and normal saline injection in chronic low back pain due to discal hernia. *Crescent J Med Biol Sci*. 2018;5(1):57-61.
209. Lee JH, Kim DH, Kim DH, Shin KH, Park SJ, Lee GJ, et al. Comparison of clinical efficacy of epidural injection with or without steroid in lumbosacral disc herniation: A systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*. 2018; 21(5):449-68. Epub 2018/10/05. PubMed PMID: 30282390.
210. Rigoard P, Basu S, Desai M, Taylor R, Annemans L, Tan Y, et al. Multicolumn spinal cord stimulation for predominant back pain in failed back surgery syndrome patients: A multicenter randomized controlled trial. *Pain*. 2019;160(6):1410-20. Epub 2019/02/06. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001510. PubMed PMID: 30720582; PubMed Central PMCID:PMC6553955.
211. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(9):Cd000963. Epub 2014/09/03. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3. PubMed PMID: 25180773.
212. Casey MB, Smart KM, Segurado R, Doody C. Multidisciplinary-based rehabilitation (MBR) compared with active physical interventions for pain and disability in adults with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain*. 2020;36(11):874-86. Epub 2020/08/11. doi: 10.1097/ajp.0000000000000871. PubMed PMID: 32773436.
213. Schmidt AM, Schiøttz-Christensen B, Foster NE, Laurberg TB, Maribo T. The effect of an integrated multidisciplinary rehabilitation programme alternating inpatient interventions with home-based activities for patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2020;34(3):382-93. Epub 2020/01/09. doi: 10.1177/0269215519897968. PubMed PMID: 31912752; PubMed Central PMCID:PMC7029437.
214. Schmidt AM, Laurberg TB, Moll LT, Schiøttz-Christensen B, Maribo T. The effect of an integrated multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: Long-term follow up of a VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain February 2022 Page 141 of 141 randomised controlled trial. *Clin Rehabil*. 2021;35(2):232-41. Epub 2020/10/13. doi: 10.1177/0269215520963856. PubMed PMID: 33040598; PubMed Central PMCID:PMC7874370.
215. Mas RR, López-Jiménez T, Pujol-Ribera E, Martín MIF, Moix-Queraltó J, Montiel-Morillo E, et al. Effectiveness of a multidisciplinary biopsychosocial intervention for non-specific subacute low back pain in a working population: A cluster randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):962. Epub 2019/12/14. doi: 10.1186/s12913-019-4810-x. PubMed PMID: 31831074; PubMed Central PMCID:PMC6909445.

216.Tavafian SS, Jamshidi AR, Mohammad K. Treatment of low back pain: Second extended follow up of an original trial (nct00600197) comparing a multidisciplinary group-based rehabilitation program with oral drug treatment alone up to 30 months. *Int J Rheum Dis*. 2017;20(12):1910-6. Epub 2014/12/30. doi: 10.1111/1756-185x.12540. PubMed PMID: 25546488.

217.Dufour N, Thamsborg G, Oefeldt A, Lundsgaard C, Stender S. Treatment of chronic low back pain: A randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35(5):469-76. Epub 2010/02/12. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181b8db2e. PubMed PMID: 20147878.

218.O'Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, Conneely M, Hurley J, O'Sullivan P, et al. Comparative effectiveness of conservative interventions for nonspecific chronic spinal pain: Physical, behavioral/psychologically informed, or combined? A systematic review and meta-analysis. *J Pain*. 2016;17(7):755-74. Epub 2016/02/05. doi: 10.1016/j.jpain.2016.01.473. PubMed PMID: 26844416.

219.Stein E, Witkiewitz K. Dismantling mindfulness-based programs: A systematic review to identify active components of treatment. *Mindfulness*. 2020;11(11):2470-85. doi: 10.1007/s12671-020-01444-0.

220.Agency for Health Research and Quality. The effective health care program stakeholder guide Appendix D: Research questions & PICO(TS) 2011. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/stakeholderguide/appendixc.html>.

221.U.S. Preventive Services Task Force. Procedure manual Appendix VI. Criteria for assessing internal validity of individual studies 2017. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/procedure-manual/procedure-manual-appendix-vi-criteria-assessing-internal-validity-individual-studies>.

222.Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA, Vane JR. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: A full in vitro analysis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999;96(13):7563-8. Epub 1999/06/23. PubMed PMID: 10377455; PubMed Central PMCID:PMC22126.

223.Vane SJ. Aspirin and other anti-inflammatory drugs. *Thorax*. 2000;55 Suppl 2:S3-9. Epub 2000/09/19. PubMed PMID: 10992545; PubMed Central PMCID:PMC1765977.

224.American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46. Epub 2015/10/09. doi: 10.1111/jgs.13702. PubMed PMID: 26446832.