

Тактика врача при первом визите пациента с подозрением на ревматическое заболевание

Каратеев А.Е., Полищук Е.Ю.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

При первой консультации пациента с подозрением на ревматическое заболевание (РЗ) врач должен сформулировать диагностическую концепцию, определить объем диагностического поиска, решить вопрос о необходимости дальнейшей маршрутизации пациента, обдумать тактику лечения, сделать первые назначения, направленные на контроль основных, наиболее тяжелых симптомов (скорее всего, это будет скелетно-мышечная боль). Одним из центральных элементов консультации должен быть тщательный анализ жалоб и анамнеза, а также полный физикальный осмотр, позволяющий выявить многие ключевые симптомы, необходимые для дифференциальной диагностики РЗ. Учитывая дефицит времени, действия врача должны быть последовательными и обдуманными. Большое значение имеет создание благоприятного психологического фона, что достигается демонстрацией уверенности врача, эмпатии и исключением «запретных фраз», способных расстроить пациента и даже спровоцировать конфликт. В большинстве случаев консультация должна заканчиваться рекомендациями, позволяющими уменьшить страдания пациента и повысить качество его жизни. Это главным образом касается назначения обезболивающих препаратов. При первом визите целесообразно рекомендовать хорошо известные лекарства с доказанным терапевтическим потенциалом и благоприятным профилем безопасности. Среди нестероидных противовоспалительных препаратов к таким средствам относится ацеклофенак, среди центральных миорелаксантов – толперизона гидрохлорид.

Ключевые слова: первый визит пациента; ревматическое заболевание; скелетно-мышечная боль; ацеклофенак; толперизона гидрохлорид.

Контакты: Андрей Евгеньевич Каратеев; aekarat@yandex.ru

Для цитирования: Каратеев АЕ, Полищук ЕЮ. Тактика врача при первом визите пациента с подозрением на ревматическое заболевание. Современная ревматология. 2025;19(6):85–91. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2025-6-85-91>

The physician's tactics at the first visit of a patient with suspected rheumatic disease

Karateev A.E., Polishchuk E.Yu.

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia

At the first consultation of a patient with suspected rheumatic disease (RD), the physician must form a diagnostic concept, determine the scope of diagnostic evaluation, decide on the need for further routing of the patient, consider the treatment strategy, and make initial prescriptions aimed at controlling the main and most burdensome symptoms (most likely musculoskeletal pain). One of the central elements of the consultation should be a thorough analysis of complaints and medical history, as well as a complete physical examination, allowing the identification of many key symptoms necessary for the differential diagnosis of RD. Considering the time constraints, the physician's actions should be consistent and deliberate. Creating a favorable psychological environment is of great importance, achieved by demonstrating confidence, empathy, and avoiding “forbidden phrases” that may upset the patient and even provoke conflict.

In most cases, the consultation should end with recommendations that reduce the patient's suffering and improve quality of life. This primarily concerns the prescription of analgesics. At the first visit, it is advisable to recommend well-known medications with proven therapeutic potential and a favorable safety profile. Among nonsteroidal anti-inflammatory drugs, such an agent is aceclofenac; among centrally acting muscle relaxants – tolperisone hydrochloride.

Keywords: first patient visit; rheumatic disease; musculoskeletal pain; aceclofenac; tolperisone hydrochloride.

Contact: Andrey Evgenyevich Karateev; aekarat@yandex.ru

For citation: Karateev AE, Polishchuk EYu. The physician's tactics at the first visit of a patient with suspected rheumatic disease. Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2025;19(6):85–91 (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2025-6-85-91>

Первичная консультация пациента – серьезное испытание для любого практикующего врача, проверка его профессио-нализма, знаний и психологической устойчивости. За весьма короткое время, в среднем не превышающее 30 мин, врач должен оценить клиническую ситуацию, сформулировать

предварительный диагноз, определить объем предстоящего обследования (если считает его необходимым), а также дать соответствующие рекомендации [1, 2]. Первый контакт с пациентом представляется особенно сложным в ревматологии, учитывая большое число нозологических форм, относящихся

к данному разделу медицины, и крайне гетерогенную клиническую картину, связанную с полисистемностью и полиорганныстю ревматических заболеваний (РЗ) [3].

Задачи первичной консультации. Формулирование диагноза

Основной задачей врача во время первого визита является формирование приемлемой диагностической концепции. Дефицит времени при первичной консультации требует от врача тщательно структурированных действий. Целесообразно придерживаться определенного алгоритма, позволяющего быстро собрать необходимую для дифференциальной диагностики информацию.

Обычно прием строится по стандартному плану: выслушать жалобы, собрать анамнез, провести физикальный осмотр, оценить анализы и данные инструментальных исследований (если они представлены), сформулировать предварительный диагноз, дать рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению [3, 4–6]. Путем опроса надо стараться получить максимально полную картину заболевания. Следует уточнить локализацию и характер боли (возникает при конкретном движении, нагрузке, в покое, ночью, в утренние часы, проходит после разминки и др.), наличие нарушений функции суставов и позвоночника, скованности, утомляемости, признаков системного воспаления (лихорадка, озноб, снижение массы тела), изменений кожи, глаз, слизистых оболочек, висцеральной патологии и др. [3, 7–9].

Нужно помнить, что хорошо собранный анамнез – ключ к правильному диагнозу. Поэтому на основании данных опроса следует уточнить, как долго отмечаются те или иные симптомы, что предшествовало их появлению (травма, инфекция, нарушение диеты, эмоциональный стресс и др.), как развивалось заболевание, какое лечение уже проводилось и какой эффект оно давало, есть ли подобные болезни у родственников [3, 7–9]. Правильный опрос позволяет получить информацию не только об основном заболевании, но и о коморбидной патологии, что крайне важно для выбора терапии (см. ниже).

Физикальный осмотр – быстро, но качественно

Тщательный объективный осмотр – один из главных инструментов диагностического поиска. При хорошей подготовке врача физикальное исследование занимает не более 3–5 мин и позволяет выявить ряд ключевых симптомов, абсолютно необходимых для формирования правильного диагноза [9]. Поэтому при первичном визите физикальное исследование следует выполнять во всех случаях, если только больной не отказывается от его проведения (что нужно обязательно отметить в медицинской документации). При этом следует попросить пациента полностью раздеться для осмотра кожи туловища и конечностей, волосистой части головы, ногтей. Область особого интереса – элементы, часто не фиксируемые самим пациентом, такие как псoriатические бляшки и онихопатия, признаки кожного васкулита, уплотнение кожи и трофические нарушения (характерные для системной склеродермии), ревматоидные узелки и тофусы [3, 7–9].

Необходимо оценить состояние глаз, языка, слизистых оболочек полости рта, небных миндалин, провести пальпацию доступных лимфатических узлов. Анализ состояния скелетно-мышечной системы имеет для пациента с РЗ особое значение. Здесь не может быть мелочей, поэтому следует

осмотреть и провести пальпацию всех суставов (включая дистальные межфаланговые суставы кистей, грудино-ключичные суставы, суставы пальцев стоп), оценить боль при активных и пассивных движениях, при пальпации (в том числе при поперечном сжатии кистей и стоп), наличие деформации и ограничения объема движений. Принципиальное значение имеет выявление деформации суставов, связанной с отеком (признак синовита), болезненности и припухлости в области энзезисов. Следует также обратить внимание на видимые изменения мышц (общая или локальная атрофия), снижение мышечной силы. Столь же скрупулезно нужно подходить к оценке функции позвоночника. Необходимо определить объем движений в шейном, грудном и поясничном отделах, проводя соответствующие тесты, например измерение ротации в шейном отделе, расстояния козелок-стена, экскурсий грудной клетки, бокового сгибания в поясничном отделе, тест Шобера и т. д. [3, 7–9].

Лабораторные тесты и инструментальные методы

Только после анализа жалоб, анамнеза и объективного состояния пациента врач может уделять время результатам дополнительных методов исследования. Следует помнить, что далеко не всегда методы визуализации позволяют получить однозначную диагностическую информацию [10, 11]. В качестве примера можно привести работу U. Weber и соавт. [4], которые оценили данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) у 130 пациентов с болью в спине в двух университетских клиниках. Так, у 15,8/24,2% пациентов с анкилозирующим спондилитом изначально диагноз сакроилиита по данным МРТ был отвергнут, но при проведении экспертной оценки он был подтвержден. Напротив, 26,8–11,4% пациентов с неспецифической болью в спине (НБС) и 17,5% добровольцев с отрицательным результатом МРТ крестцово-подвздошных суставов после комплексной оценки были классифицированы (ошибочно!) как имеющие спондилоартрит.

Поэтому практикующему врачу для установления точного диагноза следует продумать возможность дополнительных консультаций со специалистами по лучевой диагностике.

Психологическая поддержка и доверие пациента

Помимо клинических вопросов, к числу главных задач, которые необходимо решать лечащему врачу на первой консультации, относится завоевание доверия пациента [5]. Это имеет принципиальное значение для ревматологической практики, поскольку во многих случаях планируемое лечение может продолжаться многие месяцы и годы. И здесь одним из основных элементов достижения терапевтического успеха является хорошая приверженность терапии и взаимопонимание врача и пациента. Важно отметить, что элементарная психотерапия не требует специальных навыков и затрат времени. Достаточно быть вежливым и исключить из своей речи психотравмирующие (ноцебо-эффект) [6], «запретные фразы», использование которых однозначно ухудшает настроение пациента и провоцирует конфликт: «Я не знаю, что у вас», «Я с таким никогда не сталкивался», «Вы не наш пациент», «Ваше заболевание неизлечимо», «Вам грозит пожизненная терапия/инвалидность/смерть». Вообще, врач должен быть очень аккуратен в высказываниях. Как показали результаты анализа причин недовольства первичной медико-социальной помощью у 901 пациента, на первом месте была именно грубость врача [13].

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ / IN AID OF THE PRACTICING PHYSICIAN

В недавно опубликованной статье S. Fink [12] были представлены «10 фраз, которые врач никогда не должен говорить пациенту» (см. таблицу).

**10 фраз, которые врач никогда не должен говорить пациенту
(адаптировано из [12])**
10 phrases a doctor should never say to a patient (adapted from [12])

- «Мы больше ничего не можем для вас сделать»
- «Вам не станет лучше»
- «Лечение следует прекратить»
- «Все, что мы делали, – впустую»
- «А что Вы еще от нас хотите?»
- «Будем надеяться на лучшее»
- «Будем «бороться» или «сражаться» (когда речь идет о болезни)»
- «А на что Вы рассчитывали?»
- «Не знаю, почему вы так долго ждали, прежде чем обратиться»
- «О чем думал Ваш прежний врач?»

Обязательное информирование о благоприятном характере патологии и отсутствии прямой угрозы жизни входит в международные и российские рекомендации по ведению пациентов с НБС [14]. Такая информация создает предпосылки для успешного лечения. Аналогично при ревматоидном артите (РА) ожидание улучшения, оптимизм и адаптивные стратегии преодоления существенно улучшают результат терапии [15]. По данным O. Rodriguez-Nogueira и соавт. [16], которые провели анализ 13 исследований эффективности физиотерапии при остеоартрите (OA), НБС и кардиоваскулярной патологии, положительный результат лечебного курса напрямую зависел от мотивации пациента и его настроя на успех.

Не менее важен стиль общения. Следует избегать излишне официальной речи, насыщенной профессиональными терминами. Так, по мнению A. Sonnenberg [17], использование сложных и непонятных для пациента аргументов (особенно, если речь идет о больных пожилого возраста с когнитивными нарушениями) может вызвать у него разочарование и даже гнев.

Первое назначение

Пациент обращается за медицинской помощью не только для получения правильного диагноза, но и для облегчения страданий, которые причиняет болезнь. Поэтому делать упор лишь на обследование – серьезная ошибка. И прежде всего это касается необходимости контроля боли и связанных с ней симптомов. Поэтому во время первого визита пациент, испытывающий боль, помимо рекомендаций по дальнейшему обследованию и изменению образа жизни, должен получить четкие назначения по обезболивающей терапии. Даже в том случае, когда диагноз неясен («недифференцированный артрит»), следует рассмотреть рациональное использование анальгетиков для уменьшения тягостных симптомов и улучшения качества жизни. Ссылки на опасения «спутать» кли-

ническую картину и затруднить диагностический процесс в данном случае неэтичны и контрпродуктивны.

Особенно важно назначение анальгетической терапии при OA, НБС и различных тендопатиях (например, при боли в плече, связанной с поражением сухожилий мышц-ротаторов). При этих нозологических формах контроль боли относится к основным направлениям ведения пациентов. Адекватное обезболивание при OA, НБС и тендопатиях позволяет предотвратить формирование хронической боли, существенно снизить функциональные нарушения, обеспечить возможность эффективного применения немедикаментозных методов терапии и реабилитации [18].

Конечно, назначая обезболивающие препараты при первом визите, нужно учитывать, что пациент еще не обследован и от врача могут быть скрыты многие важные моменты, касающиеся здоровья его подопечного, прежде всего наличие коморбидных заболеваний, которые могут стать серьезными факторами риска лекарственных осложнений. Кроме того, следует помнить, что далеко не все обезболивающие препараты в соответствии с инструкцией производителя могут назначаться при неясном диагнозе. Например, ряд нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) имеют в качестве показаний четко обозначенные заболевания.

Выбор анальгетика для назначения при первом визите

Наиболее рациональный выбор терапии для первого назначения пациенту с предполагаемым РЗ – НПВП. Они обладают высоким терапевтическим потенциалом, позволяя эффективно устранять такие проявления скелетно-мышечной патологии, как боль, локальное воспаление и лихорадка [19].

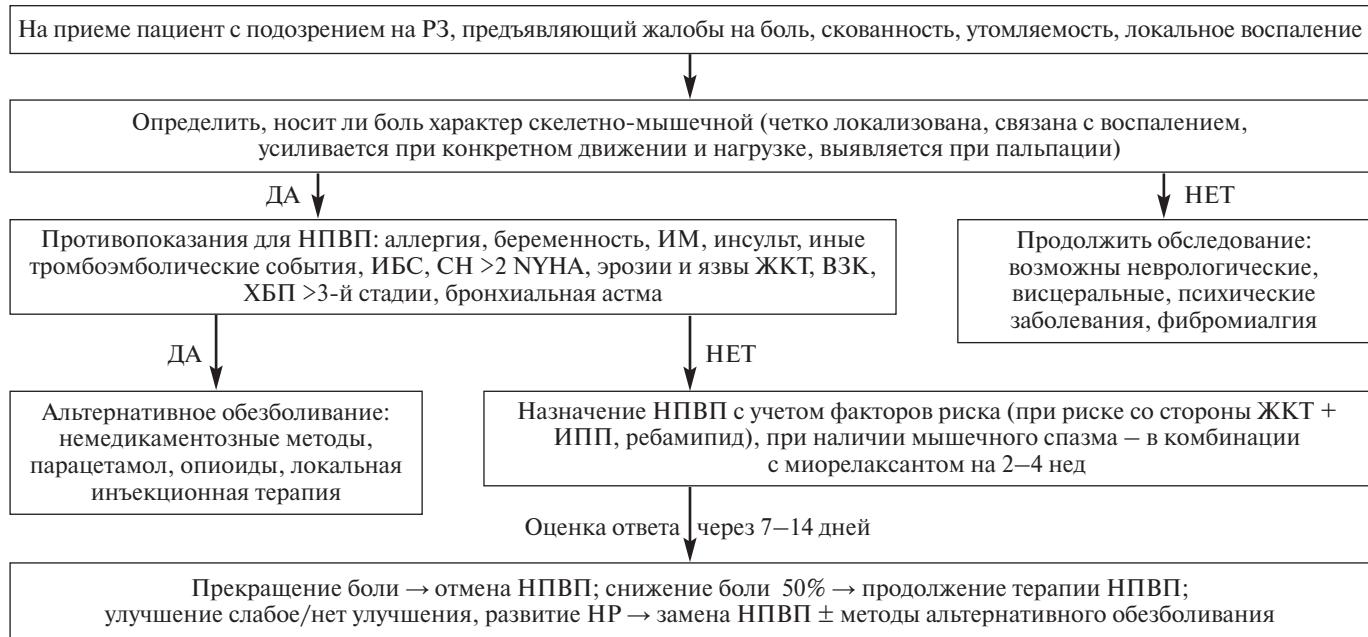
НПВП удобны, эффективны и доступны, но далеко не безопасны. Поэтому перед их назначением следует убедиться, что у пациента нет противопоказаний для их применения, а также оценить возможный риск осложнений и необходимость соответствующей профилактики [19] (см. рисунок).

В реальной клинической практике препаратами выбора для первого назначения должны быть НПВП с доказанной эффективностью, возможностью применения (по инструкции) в неясной клинической ситуации, хорошей переносимостью и низким риском серьезных неблагоприятных реакций (НР) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС) [19].

Ацеклофенак – рациональный выбор при первом назначении

Ацеклофенак – один из представителей группы НПВП, который в наибольшей степени подходит для назначения пациенту с подозрением на РЗ при первом визите. У этого препарата нет ограничений для использования в неясных случаях. Так, в инструкции препарата ацеклофенак (Аэртал®) указано, что он может быть использован «для устранения боли различной этиологии (в том числе поясничной, зубной боли и боли при первичной альгодисменорее)» [20]. Ацеклофенак давно и широко применяется в клинической практике и завоевал доверие российских врачей и пациентов. Подтверждением его эффективности и безопасности является метаанализ 13 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ, n=3574), а также ряда когортных и наблюдательных работ (n=142 746), проведенный M. Dooley и соавт. [21]. По обезболивающему и противовоспалительному дей-

¹ОАО «Гедеон Рихтер».



Алгоритм назначения терапии для контроля основных симптомов РЗ. ИМ – инфаркт миокарда; ИБС – ишемическая болезнь сердца; СН – сердечная недостаточность; ВЗК – воспалительные заболевания кишечника; ХБП – хроническая болезнь почек; ИПП – ингибиторы протонной помпы

Algorithm for prescribing therapy to control the main symptoms of RD. ИМ – myocardial infarction; ИБС – ischemic heart disease; СН – heart failure; ВЗК – inflammatory bowel disease; ХБП – chronic kidney disease; ИПП – proton pump inhibitors

ствию ацеклофенак был столь же или более эффективен, чем диклофенак, кетопрофен, ибuproфен, индометацин и напроксен. При этом частота НР у пациентов, получавших ацеклофенак, была значимо ниже, чем у лиц, использовавших другие НПВП.

Аналогичные данные получили Р.В. Patel и Т.К. Patel [22] в метаанализе 9 РКИ (n=2422), в которых ацеклофенак сравнивался с диклофенаком, напроксеном, пироксикамом и парацетамолом (3 г/сут) у пациентов с ОА. Пациенты, принимавшие ацеклофенак, отмечали более существенное облегчение боли по сравнению с теми, кто использовал другие НПВП (в среднем на 0,75 см по визуальной аналоговой шкале, ВАШ). Средневзвешенное различие средних равнялось -0,30 (95% доверительный интервал, ДИ от -0,62 до 0,01). Частота НР со стороны ЖКТ у больных, получавших ацеклофенак, была значимо меньше, чем на фоне применения других НПВП: 21,9 и 33,2% соответственно (отношение шансов, ОШ 0,69; 95% ДИ 0,57–0,83).

По данным 14 клинических исследований (n=4096), проведенных в нашей стране в 2005–2015 гг., использование ацеклофенака при РЗ обеспечивало положительный эффект: среднее снижение интенсивности болевых ощущений составило $52,9 \pm 15,9\%$. При этом НР зафиксированы лишь у 3% пациентов [23].

Хорошим доказательством эффективности и безопасности ацеклофенака стало отечественное многоцентровое наблюдательное исследование НОТА. В этой работе сравнивался результат применения ацеклофенака и ряда других популярных НПВП у 3604 пациентов с ОА и НБС в реальной клинической практике. Ацеклофенак не уступал или превосходил по эффективности и безопасности другие НПВП: полное или почти полное прекращение боли на фоне приема ацеклофе-

нака отмечено у 59,9% пациентов, НР возникли только у 2,3% [24].

Преимущество ацеклофенака подтверждают также два российских исследования (АЭЛИТА-РА и АЭЛИТА-ОА), в которых данный препарат использовался у 411 больных РА и 611 больных ОА в течение 6 и 12 мес. Согласно полученным данным, более половины пациентов продолжали прием препарата в течение всего срока наблюдения. При этом более половины участников исследований отметили существенное улучшение: снижение боли на $\geq 50\%$ по сравнению с исходным уровнем. Общая частота НР (преимущественно встречались диспепсия и артериальная гипертензия) достигала 30%, однако не зафиксировано ни одного случая серьезных лекарственных осложнений [25, 26].

Принципиальное значение имеют результаты метаанализа 28 популяционных исследований, в которых изучалась частота ЖКТ-кровотечений на фоне применения различных НПВП. Самый низкий риск этого осложнения отмечался на фоне приема ацеклофенака: ОШ – 1,43 (95% ДИ 0,65–3,15) [27].

Для этого препарата характерен также низкий риск НР со стороны ССС. Это доказывает сравнение частоты эпизодов ИМ на фоне приема разных НПВП, выполненное в четырех европейских странах (исследуемая группа – 8,5 млн лиц, число случаев ИМ – 79 553). Проведенные расчеты показали, что прием ацеклофенака сопровождался минимальным риском данного осложнения: ОШ – 1,04 (95% ДИ 0,9–1,19) [28].

Целесообразность применения ацеклофенака у пациентов с умеренным риском со стороны ЖКТ и кардиоваскулярным риском отмечена в последней редакции междисциплинарных российских рекомендаций по рациональному использованию НПВП в клинической практике [29].

Центральные миорелаксанты

Во многих случаях, прежде всего при обращении пациента по поводу НБС, НПВП целесообразно сочетать с центральными миорелаксантами (ЦМ). Эти препараты обладают собственным анальгетическим потенциалом, который связан с основным механизмом их действия – уменьшением выраженности мышечного спазма (один из важных элементов патогенеза скелетно-мышечной боли), а также способностью потенцировать действие других анальгетиков [18]. В настоящее время на отечественном фармакологическом рынке представлен широкий спектр препаратов этого ряда, среди которых одним из самых популярных является толперизона гидрохлорид (ТГ, Мидокалм[®]). ТГ отличает доказанная эффективность и относительно низкий риск НР, что делает его препаратом выбора при первом назначении. Эффективность ТГ подтверждает выполненный М.А. Wewege и соавт. [29] метаанализ 98 РКИ (n=15 134), в которых оценивался терапевтический потенциал различных препаратов при острой НБС. Согласно проведенным расчетам, ТГ демонстрировал максимальное снижение интенсивности боли: -26,1 (95% ДИ от -34,0 до -18,2) мм по ВАШ.

Важным доказательством хорошего лечебного действия ТГ является РКИ, проведенное М.Л. Кукушкиным и соавт. [30]. В этом исследовании сопоставлялся эффект сочетанного использования ТГ (5 дней – внутримышечные инъекции, затем 9 дней – пероральный прием) и диклофенака с комбинацией диклофенака и плацебо у 245 пациентов с острой НБС. Активная терапия обеспечила существенно более высокий результат: динамика уменьшения боли через 2 нед достигла 54,5±14,0 и 47,1±16,3 мм по ВАШ соответственно ($p=0,002$).

В настоящее время появилась новая, более удобная форма ТГ (Мидокалм[®] Лонг). Препарат содержит 450 мг ТГ с пролонгированным высвобождением, после однократного

его приема постоянная терапевтическая концентрация активной субстанции в плазме крови сохраняется в течение 24 ч, что удобно и повышает приверженность пациентов терапии. В.А. Парфенов и соавт. [31] в РКИ сопоставили эффект Мидокалма[®] Лонг и обычного ТГ (150 мг 3 раза в день) у 239 больных с острой НБС. В качестве дополнительного обезболивающего средства пациенты могли использовать диклофенак в режиме «по требованию» до 150 мг/сут. Согласно полученным данным, эффект пролонгированной формы ТГ и обычной лекарственной формы не различался: уменьшение счета по опроснику Роланда–Морриса достигало в среднем 80,5±18,19 и 78,9±15,79% соответственно.

Преимущества ТГ и его новой пролонгированной формы были подтверждены на заседании Совета экспертов, в состав которого вошли ревматологи, неврологи и хирурги-ортопеды [32].

Заключение

Первая консультация пациента с подозрением на РЗ должна решать ряд принципиальных задач. Это формирование диагностической концепции, вопрос о необходимости и объеме дополнительного обследования, обсуждение целесообразности дальнейшей маршрутизации пациента, выбор тактики ведения, формирование благоприятного психологического настроя и первые назначения, направленные на снижение страданий и улучшение качества жизни. Дефицит времени на амбулаторном приеме требует четкого алгоритма работы врача, продуманных и взвешенных действий.

Наиболее правильным подходом при выборе препаратов для первого назначения будет использование проверенных, эффективных и безопасных лекарственных средств. К таким препаратам среди НПВП относится ацеклофенак, среди ЦМ – ТГ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Сайно ОВ, Морунов ОЕ. Психология общения врача и пациента. Лечебное дело. 2019;(3):54-61.
2. Saino OV, Morunov OE. The psychology of doctor-patient communication. *Lechebnoe delo*. 2019;(3):54-61. (In Russ.).
3. Лемещенко ОВ, Каплиева НИ, Каплиева ОВ. Внешний облик врача – динамика формирования отношения. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2025;(1):30-36.
4. Lemeshchenko OV, Kaplieva NI, Kaplieva OV. The appearance of a doctor – the dynamics of attitude formation. *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdorovookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii*. 2025;(1):30-36. (In Russ.).
5. Насонов ЕЛ, редактор. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 448 с.
6. Nasonov EL, editor. Rheumatology. Clinical guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 448 p.
7. Weber U, Zubler V, Zhao Z, et al. Does spinal MRI add incremental diagnostic value to MRI of the sacroiliac joints alone in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis? *Ann Rheum Dis*. 2015 Jun;74(6):985-92. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203887.
8. Forsey J, Ng S, Rowland P, et al. The Basic Science of Patient-Physician Communication: A Critical Scoping Review. *Acad Med*. 2021 Nov 1;96(11S):S109-S118. doi: 10.1097/ACM.0000000000004323.
9. Wartolowska K. The nocebo effect as a source of bias in the assessment of treatment effects. *F1000Res*. 2019 Jan 3;8:5. doi: 10.12688/f1000research.17611.2.
10. Litman K. A rational approach to the diagnosis of arthritis. *Am Fam Physician*. 1996 Mar;53(4):1295-300, 1305-6, 1309-10.
11. Doerti M, Doerti Dzh. Clinical diagnosis of joint diseases. Minsk: Tivali; 1993. 144 c.
12. Doerti M, Doerti Dzh. Clinical diagnosis of joint diseases. Minsk: Tivali; 1993. 144 p.
13. Bittar M, Khan MA, Magrey M. Axial Spondyloarthritis and Diagnostic Challenges: Over-diagnosis, Misdiagnosis, and Under-diagnosis. *Curr Rheumatol Rep*. 2023 Mar;25(3):47-55. doi: 10.1007/s11926-022-01096-0.
14. Baraliakos X, Hermann KG, Braun J. Imaging in axial spondyloarthritis: diagnostic problems and pitfalls. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012 Aug;38(3):513-22. doi: 10.1016/j.rdc.2012.08.011.
15. Strzelecka A, Stachura M, Wojciek T, et al. Determinants of primary healthcare patients' dissatisfaction with the quality of provided medical services. *Ann Agric Environ Med*. 2021 Mar 18;28(1):142-148. doi: 10.26444/aaem/132783.

¹ОАО «Гедеон Рихтер».

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ / IN AID OF THE PRACTICING PHYSICIAN

14. <https://painrussia.ru/study-of-pain/>
15. Santiago T, Geenen R, Jacobs JW, Da Silva JA. Psychological factors associated with response to treatment in rheumatoid arthritis. *Curr Pharm Des.* 2015;21(2):257-69. doi: 10.2174/1381612820666140825124755.
16. Rodriguez-Nogueira O, Alba-Perez E, Alvarez-Alvarez MJ, Moreno-Poyato AR. Physical therapist characteristics and therapeutic relationship process construct factors that improve patient health outcomes in physical therapy: a systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2025 Sep;41(9):1952-1967. doi: 10.1080/09593985.2025.2469162.
17. Sonnenberg A. Ignorance isn't bliss: why patients become angry. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Jun;27(6):619-22. doi: 10.1097/MEG.0000000000000323.
18. Насонов ЕЛ, Яхно НН, Карапеев АЕ и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. Научно-практическая ревматология. 2016;54(3):247-265.
- Nasonov EL, Yakhno NN, Karateev AE, et al. General principles of treatment for musculoskeletal pain: Interdisciplinary consensus. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya.* 2016; 54(3):247-265. (In Russ.).
19. Карапеев АЕ, Лила АМ, Мазуров ВИ и др. Консенсус экспертов 2024: рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Современная ревматология. 2025; 19(Прил. 1):1-40.
- Karateev AE, Lila AM, Mazurov VI, et al. Expert consensus 2024: rational use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2025;19(S1):1-40. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2025-1S-1-40
20. https://www.vidal.ru/drugs/airtal_2535?ysclid=mg4owokl1q46034566
21. Dooley M, Spencer CM, Dunn CJ. Aceclofenac: a reappraisal of its use in the management of pain and rheumatic disease. *Drugs.* 2001;61(9):1351-78. doi: 10.2165/00003495-200161090-00012.
22. Patel PB, Patel TK. Efficacy and safety of aceclofenac in osteoarthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Rheumatol.* 2017 Mar;4(1):11-18. doi: 10.5152/eurjrheum.2017.160080.
23. Карапеев АЕ, Цурган АВ. Ацеклофенак: опыт российских исследований. Современная ревматология. 2017;11(4):89-94.
- Karateev AE, Tsurgan AV. Aceclofenac: the experience of Russian research. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2017;11(4):89-94. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2017-4-89-94
24. Карапеев АЕ, Погожева ЕЮ, Филатова ЕС и др. Факторы, влияющие на результаты анальгетической терапии. Результаты российского многоцентрового исследования НОТА (НПВП для Обезболивания: Терапевтический Анализ). Терапевтический архив. 2018;90(6):65-73.
- Karateev AE, Pogozheva EY, Filatova EA, et al. Factors affecting the results of analgesic therapy. Results of the Russian multicentre study of NOTE (NSAID: Open-label Trial of Efficacy). *Terapevticheskii arkhiv.* 2018;90(6): 65-73. (In Russ.).
25. Карапеев АЕ, Погожева ЕЮ, Амирджанова ВН и др. Регулярный прием нестероидных противовоспалительных препаратов позволяет эффективно контролировать боль и общее самочувствие у пациентов с умеренной активностью ревматоидного артрита. Современная ревматология. 2021;15(2):57-63.
- Karateev AE, Pogozheva EYu, Amirdzhanova VN, et al. Regular use of non-steroidal anti-inflammatory drugs can effectively control pain and global health in patients with moderate activity of rheumatoid arthritis. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2021;15(2):57-63. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2021-2-57-63
26. Карапеев АЕ, Полищук ЕЮ, Филатова ЕС и др. Длительное использование нестероидных противовоспалительных препаратов для контроля боли у пациентов с остеоартритом: результаты 12-месячного наблюдательного исследования АЭЛИТА (Аналгезия: Эффективное Лечение с Использованием Терапевтического Алгоритма). Современная ревматология. 2021; 15(6):84-90.
- Karateev AE, Polishchuk EYu, Filatova ES, et al. Long-term use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain control in patients with osteoarthritis: results of the 12-month observational study AELITA (Analgesia: Effective Treatment Using The Therapeutic Algorithm). *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2021;15(6): 84-90. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2021-6-84-90
27. Castellsague J, Riera-Guardia N, Calinagaert B, et al; Safety of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (SOS) Project. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). *Drug Saf.* 2012 Dec 1;35(12): 1127-46. doi: 10.2165/11633470-00000000-00000.
28. Masclee GMC, Straatman H, Arfe A, et al. Risk of acute myocardial infarction during use of individual NSAIDs: A nested case-control study from the SOS project. *PLoS One.* 2018 Nov 1;13(11):e0204746. doi: 10.1371/journal.pone.0204746. eCollection 2018.
29. Wewege MA, Bagg MK, Jones MD, et al. Comparative effectiveness and safety of analgesic medicines for adults with acute non-specific low back pain: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2023 Mar 22;380: e072962. doi: 10.1136/bmj-2022-072962.
30. Кукушкин МЛ, Брылев ЛВ, Ласков ВБ и др. Результаты рандомизированного двойного слепого параллельного исследования эффективности и безопасности применения толперизона у пациентов с острой неспецифической болью в нижней части спины. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(11): 69-78.
- Kukushkin ML, Brylev LV, Laskov VB, et al. Results of a randomized double blind parallel study on the efficacy and safety of tolperizone in patients with acute nonspecific low back pain. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova.* 2017;117(11):69-78. (In Russ.).
31. Парфенов ВА, Богданов ЭИ, Ласков ВБ и др. Многоцентровое рандомизированное двойное слепое исследование эффективности и безопасности толперизона гидрохлорида пролонгированного высвобождения 450 мг (Мидокалм® Лонг, прием один раз в сутки) и толперизона гидрохлорида 150 мг (прием три раза в сутки) при острой неспецифической боли в нижней части спины. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(6):14-22.
- Parfenov VA, Bogdanov EI, Laskov VB, et al. Multicenter, randomized, double-blind study of the efficacy and safety of prolonged release tolperisone hydrochloride 450 mg (Mydocalm® Long, once daily) and tolperisone hydrochloride 150 mg (three times daily) for acute non-specific lower back pain. *Nevrologiya, neiropsichiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(6):14-22. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2021-6-14-22.
32. Карапеев АЕ, Алексеева ЛИ, Ахтымов ИФ и др. Комплексная терапия скелетно-мышечной боли: место центральных миорелаксантов. Современная ревматология. 2024;18(5):141-151.
- Karateev AE, Alekseeva LI, Akhtyamov IF, et al. Complex therapy of musculoskeletal pain: the role of centrally acting muscle relaxants. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2024;18(5):141-151. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2024-5-141-151.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

24.09.2025/18.11.2025/22.11.2025

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья опубликована при поддержке компании «Гедеон Рихтер».

Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в сборе данных, разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи одобрена всеми авторами.

The article is sponsored by Gedeon Richter Pharma.

The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Каратеев А.Е. <https://orcid.org/0000-0002-1391-0711>

Полищук Е.Ю. <https://orcid.org/0000-0001-5103-5447>