

Алгоритмы диагностики и лечения острой боли в нижней части спины

В.А. Головачева✉, ORCID: 0000-0002-2752-4109, xoxo.veronica@gmail.com

А.А. Головачева, ORCID: 0000-0002-2845-7323, angelika.golovacheva@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Боль в нижней части спины (БНЧС) относится к самым частым причинам обращения к врачу. В 90–95% случаев БНЧС является неспецифической (скелетно-мышечной). Своевременная диагностика острой неспецифической БНЧС и ее эффективное лечение имеют практическое значение, благоприятно влияют на прогноз выздоровления и значительно снижают риск хронизации боли. Диагноз острой неспецифической БНЧС устанавливается на основании жалоб, клинической картины, данных соматического и неврологического осмотра, отсутствия «красных флажков» (симптомов и признаков, характерных для специфических причин боли в спине, дискогенной радикулопатии или поясничного стеноза). В лечении острой неспецифической БНЧС применяются лекарственные и нелекарственные методы. При острой неспецифической БНЧС большое значение придается информированию пациента о причинах боли и благоприятном прогнозе, о необходимости поддерживать активность, избегать пребывания в постели и ношения корсетов. В качестве фармакотерапии эффективно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Нимесулид – НПВС, который применяется для лечения различных болевых синдромов, эффективен и безопасен в лечении острой неспецифической БНЧС. В дополнение к НПВС могут назначаться миорелаксанты, витамины группы В. Лечебная гимнастика не назначается в острый период боли в спине. Лечебная гимнастика эффективна для профилактики обострений БНЧС. Приводится собственный клинический пример ведения пациентки с острой неспецифической БНЧС. Комплексное лечение, основанное на международных и российских рекомендациях, позволило относительно быстро и эффективно помочь ей. Достигнутый положительный эффект сохранялся в течение 3 мес. наблюдения за пациенткой.

Ключевые слова: острая боль в спине, неспецифическая боль в спине, люмбагия, диагностика, лечение, НПВС, нимесулид

Для цитирования: Головачева В.А., Головачева А.А. Алгоритмы диагностики и лечения острой боли в нижней части спины. *Медицинский совет*. 2021;(12):63–70. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-12-63-70>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Diagnostic and treatment algorithms for acute low back pain

Veronika A. Golovacheva✉, ORCID: 0000-0002-2752-4109, xoxo.veronica@gmail.com

Anzhelika A. Golovacheva, ORCID: 0000-0002-2845-7323, angelika.golovacheva@gmail.com

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Low back pain (LBP) is one of the most common reasons to see a physician. In 90–95% of cases, LBP is nonspecific (musculoskeletal). Timely diagnosis of acute nonspecific LBP and its effective treatment are of practical importance, have a favorable effect on the prognosis of recovery and significantly reduce the risk of chronic pain. The diagnosis of acute nonspecific LBP is established on the basis of complaints, clinical picture, data of somatic and neurological examination, absence of “red flags” (symptoms and signs characteristic of specific causes of back pain, discogenic radiculopathy or lumbar stenosis). Drug and non-drug methods are used in the treatment of acute nonspecific LBP. In acute nonspecific LBP, great importance is attached to informing the patient about the causes of pain and a favorable prognosis, the need to stay active, avoid staying in bed and wearing corsets. As pharmacotherapy, the prescription of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) is effective. Nimesulide, an NSAID that is used to treat various pain syndromes, is effective and safe in the treatment of acute nonspecific LBP. In addition to NSAIDs, muscle relaxants and B vitamins may be prescribed. Therapeutic exercises are not prescribed during the acute period of back pain. Therapeutic exercises are effective in preventing exacerbations of LBP. We present our own clinical example of managing a patient with acute nonspecific LBP. Complex treatment based on international and Russian recommendations allowed to help her relatively quickly and effectively. The achieved positive effect was maintained for 3 months of follow-up of the patient.

Keywords: acute back pain, non-specific back pain, lumbodinia, diagnosis, treatment, NSAID, nimesulide

For citation: Golovacheva V.A., Golovacheva A.A. Diagnostic and treatment algorithms for acute low back pain. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(12):63–70. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-12-63-70>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Боль в нижней части спины (БНЧС) относится к числу самых распространенных причин обращения к врачу [1]. В течение года с жалобой на БНЧС обращаются 6–9% взрослого населения [2, 3]. Интересен тот факт, что в течение жизни хотя бы один эпизод БНЧС возникает более чем у 70% людей. БНЧС наиболее часто возникает в возрасте от 35 до 55 лет [4]. БНЧС оказывает значимое социально-экономическое влияние как за счет прямых, так и косвенных расходов [5]. В структуре инвалидности, вызванной различными заболеваниями, удельный вес БНЧС составляет 10% [2, 4].

В большинстве случаев БНЧС вызвана неопасными для жизни заболеваниями. В зависимости от продолжительности БНЧС может быть острой, подострой и хронической [6]. Своевременная диагностика причин острой БНЧС и ее эффективное лечение имеют важное практическое значение. Неправильная диагностика и неэффективное лечение острой БНЧС ухудшают прогноз выздоровления, способствуют хронизации боли, снижают функциональную активность пациента и качество жизни. На сегодняшний день разработаны алгоритмы диагностики и лечения острой БНЧС.

ДИАГНОСТИКА

БНЧС – это боль, которая локализуется между двенадцатой парой ребер и ягодичными складками. При острой БНЧС длительность боли не превышает 4 нед. [7]. Наиболее часто (в 90–95% случаев) БНЧС является неспецифической (скелетно-мышечной) [7, 8]. Анатомические источники скелетно-мышечной БНЧС – мышцы спины, их сухожилия и связки, фасеточные суставы (ФС), крестцово-подвздошные суставы (КПС), межпозвоночный диск [9]. БНЧС расценивается как неспецифическая (скелетно-мышечная), если не обнаруживается компрессия спинномозгового корешка (радикулопатия), корешков конского хвоста, а также нет специфических причин боли: перелома позвонков, опухоли, инфекционного поражения, спондилоартрита или других заболеваний, которые могут приводить к развитию БНЧС [7, 8].

Диагностика острой неспецифической БНЧС основывается на жалобах, клинической картине заболевания,

данных осмотра и исключения «красных флажков» – симптомов и признаков, настораживающих в отношении специфических причин боли в спине, дискогенной радикулопатии и поясничного стеноза (табл. 1) [8].

Неспецифическая БНЧС обычно появляется после физической нагрузки, поднятия тяжестей, неловкого движения или длительного пребывания в неудобной позе [8, 9]. Боль ноющая по характеру, различная по интенсивности. Для неспецифической БНЧС характерно усиление в определенных позах, при ходьбе и при физических нагрузках, ослабление в покое. При неспецифической БНЧС нет иррадиации в область живота, промежности, половых органов. При неврологическом осмотре отсутствует неврологическая симптоматика.

При осмотре у пациентов с неспецифической БНЧС выявляют миофасциальный синдром длинных мышц спины, грушевидной мышцы, дисфункция КПС и ФС. У многих пациентов с неспецифической БНЧС не удается точно определить источник боли. Не доказано, что точное определение источника боли улучшит лечение и исход заболевания [7, 8, 10, 11].

Дополнительные методы обследования (инструментальные, лабораторные) проводятся при наличии «красных флажков» – симптомов и признаков, настораживающих врача в отношении специфических причин боли в спине, дискогенной радикулопатии, поясничного стеноза (возраст моложе 18 и старше 50 лет, наличие инфекционного или онкологического заболевания, недавняя травма, боль с иррадиацией в живот или промежность, очаговая неврологическая симптоматика, лихорадка и др.) [8]. При типичной клинической картине острой (менее 4 нед.) скелетно-мышечной БНЧС и отсутствии «красных флажков» у пациентов в возрасте 18–50 лет не рекомендуется проведение инструментальных методов исследования – рентгенографии, рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) пояснично-крестцового отдела позвоночника [12, 13]. Было показано, что проведение инструментальных методов исследования пациентам с острой неспецифической БНЧС и без «красных флажков» повышает их беспокойность своим состоянием, способствует катастрофизации боли, увеличивает частоту необоснованных нейрохирургических вмешательств на позвоночнике [8, 9, 12, 13]. Если в течение 4 нед. на фоне проводимого лечения

● **Таблица 1.** «Красные флажки» (симптомы опасности) при БНЧС

● **Table 1.** “Red flags” (symptoms of danger) in LBP

Показатель	Результаты обследований, указывающие на возможность специфического заболевания
Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет
Анамнез	Наличие недавней травмы спины; наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); длительное использование кортикостероидов; наркомания, ВИЧ-инфекция, иммунодепрессивное состояние; периодически возникающее плохое самочувствие; необъяснимая потеря веса
Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); боль в грудной клетке; необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым сношением
Выявляемые при обследовании симптомы	Лихорадка, признаки интоксикации; структурная деформация позвоночника; неврологические нарушения, указывающие на поражение корешков конского хвоста или спинного мозга

неспецифической БНЧС не наблюдается положительная динамика, то целесообразно провести ревизию диагноза и выполнить инструментальные методы обследования (рентгенографию, РКТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника). При длительности боли более 4 нед. (при подострой, хронической БНЧС) повышается вероятность наличия специфической причины боли, потому данной категории пациентам целесообразно проведение рентгенографии, РКТ или МРТ [8, 9].

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) диагноз скелетно-мышечной (неспецифической) БНЧС кодируется как М.54.5 «Боль внизу спины (люмбалгия)»¹.

ЛЕЧЕНИЕ

Основные принципы лечения острой неспецифической БНЧС совпадают в большинстве национальных и международных рекомендаций [7]. В лечении пациентов с острой неспецифической БНЧС большое значение имеют нелекарственные методы. Необходимость информирования пациента о причинах острой неспецифической БНЧС и ее благоприятном прогнозе, сохранении активности и избегании постельного режима отмечается во всех рекомендациях экспертов [7, 8, 12–16]. В период острой боли лечебная гимнастика не назначается. Лечебная гимнастика имеет важное значение в профилактике острой неспецифической БНЧС [8]. Среди лекарственных препаратов при острой БНЧС доказана эффективность нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) [7]. В дополнение к НПВС также могут назначаться миорелаксанты, витамины группы В [8, 17–22]. Вытяжение, иглорефлексотерапия, различные методы физиотерапевтического лечения, ношение специальных поясов и корсетов, ортопедических стелек и обуви не имеют убедительных доказательств эффективности при острой неспецифической БНЧС [7]. Мануальная терапия не имеет убедительных доказательств эффективности при острой

ПКБ, но она расценивается как возможный дополнительный метод лечения и может быть рекомендована пациентам, у которых недостаточно эффективна лекарственная терапия [7, 8, 12, 14–16]. Хирургическое лечение (удаление грыжи диска) не имеет преимуществ перед консервативной терапией, даже в случаях острой дискогенной ПБ, и не рекомендуется при острой скелетно-мышечной ПБ [8]. Оптимальный алгоритм лечения пациентов с острой неспецифической БНЧС представлен в *табл. 2*.

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Для ослабления острой БНЧС наиболее эффективны НПВС, которые назначают в минимальной терапевтической дозе и на короткий срок с учетом возможных осложнений и при отсутствии противопоказаний [23]. НПВС расцениваются как препараты выбора при острой неспецифической боли в спине [7, 8]. По данным Кохрановского метаанализа, проведенного в 2011 г., отмечено преимущество НПВС перед плацебо при острой неспецифической боли в спине [24]. У многих пациентов наблюдается положительный эффект после приема определенного НПВС, поэтому если нет эффекта от одного НПВС, целесообразно назначить другой. Нет убедительных доказательств того, что парентеральное (внутримышечное, внутривенное) введение НПВС имеет какие-либо преимущества перед приемом препаратов внутрь, однако врачи часто предпочитают парентеральное назначение НПВС, особенно при острой и интенсивной боли [25].

НИМЕСУЛИД

Нимесулид – НПВС, который преимущественно ингибирует циклооксигеназу 2 (ЦОГ-2), в клинической практике применяется с 1980-х годов. В процессе клинического применения препарат зарекомендовал себя как эффективный и безопасный [26]. Нимесулид зарегистрирован для лечения острых болей в более чем 50 странах мира. Нимесил (нимесулид) – один из наиболее часто назначаемых препаратов для купирования болевого синдрома

¹ World Health Organization. *International statistical classification of disease and related health problems*. 10th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992. Available at: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf.

● **Таблица 2.** Алгоритм лечения пациентов с острой неспецифической БНЧС
● **Table 2.** Algorithm of treatment of patients with acute nonspecific LBP

Врачебные рекомендации и методы терапии	Содержание рекомендаций и методов терапии
Информирование пациента	Доброкачественный характер заболевания, высокая вероятность быстрого выздоровления
Рекомендации пациенту	Избегание постельного режима, замедляющего выздоровление и отрицательно влияющего на процесс реабилитации, сохранение активного образа жизни, при возможности – продолжение работы, социальной и бытовой активности
Лекарственная терапия для уменьшения боли	Назначение НПВС и миорелаксантов (особенно при отсутствии эффекта от НПВС) для облегчения боли
Нелекарственная терапия	Мануальная терапия, если не эффективна лекарственная терапия
Тактика при отсутствии эффекта в течение 4–8 нед.	Комплексное (мультидисциплинарное) лечение с использованием лечебной гимнастики, образовательной программы, психологических методов, мануальной терапии (в части случаев с введением анестетиков и кортикостероидов вокруг ФС или крестцово-подвздошного сочленения)

в России [27]. В отличие от других НПВС нимесулид обладает щелочными свойствами, что позволяет ему эффективно проникать в очаги воспаления и накапливаться в них в высокой концентрации [28]. Нимесил выпускается в форме гранул для приготовления суспензии для приема внутрь. В 1 пакетике Нимесила с гранулами содержится 100 мг нимесулида.

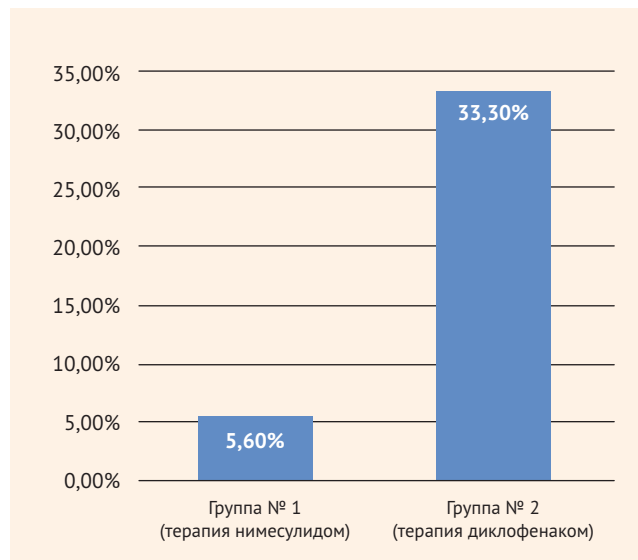
БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ НИМЕСУЛИДОМ

Авторы многоцентрового контролируемого исследования продемонстрировали, что риск кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) минимален на фоне приема нимесулида, ибупрофена и ацеклофенака в сравнении с другими НПВС [29]. По результатам финского исследования побочные эффекты со стороны ЖКТ на фоне приема нимесулида встречаются реже, чем на фоне приема ибупрофена (13 и 21% соответственно) [30]. Преимущества нимесулида продемонстрированы в эпидемиологическом исследовании, в котором было проанализировано 10 608 сообщений о серьезных нежелательных явлениях при применении НПВС в период с 1988 по 2000 г. в одном из регионов Италии [31]. Нимесулид оказался самым назначаемым НПВС. Количество желудочно-кишечных осложнений на фоне приема нимесулида было в 2 раза меньше (10,4%), чем при назначении диклофенака (21,2%), кетопрофена (21,7%) и пироксикама (18,6%). Кроме того, у пожилых пациентов диклофенак и пироксикам демонстрировали высокую токсичность по сравнению с нимесулидом и кетопрофеном.

Безопасность нимесулида изучалась и в российских исследованиях. В исследовании А.Е. Каратеева с соавт. оценивалась безопасность применения Нимесила у пациентов с ревматическими заболеваниями и наличием в анамнезе язвы или множественных эрозий слизистой желудка и/или двенадцатиперстной кишки [32]. В исследование были включены 42 пациента в возрасте от 22 до 73 лет, все пациенты были разделены на 2 группы. В группе №1 пациенты получали Нимесил 200 мг/сут в 2 приема, в группе №2 пациенты получали диклофенак 100 мг/сут в 2 приема. При необходимости (возникновении гастралгии и диспепсий) пациенты принимали антацидные препараты, в группе №2 всем пациентам был назначен ранитидин 150 мг/сут. Безопасность препаратов оценивалась по появлению на фоне лечения жалоб пациентов со стороны ЖКТ и по результатам эзофагогастродуоденоскопии, проводимой до начала лечения и через 12 нед. Авторы сделали вывод, что на фоне приема нимесила 200 мг/сут в течение 3 мес. НПВС-индуцированные язвы и множественные эрозии слизистой желудка и/или двенадцатиперстной кишки возникали достоверно реже, чем на фоне приема диклофенака 100 мг/сут в течение 3 мес. (5,6 и 33,3% соответственно, $p < 0,05$) (рис.). Авторы российского многоцентрового исследования ПРИНЦИП показали, что частоты развития таких нежелательных явлений, как диспепсия, периферические отеки, повышение артериального давления, схожи на фоне терапии

● **Рисунок.** Частота рецидивов язв и множественных эрозий желудка и/или двенадцатиперстной кишки на фоне длительного приема нимесулида значительно меньше, чем на фоне приема диклофенака ($p < 0,05$)

● **Figure.** The frequency of recurrence of ulcers and multiple erosions of the stomach and/or duodenum on long-term use of nimesulide is significantly lower than on diclofenac ($p < 0,05$)



нимесулидом, целекоксибом, мелоксикамом, ацеклофенаком и напроксеном. Диспепсии отмечались значительно реже на фоне приема нимесулида, чем диклофенака [33].

Авторы крупного популяционного исследования, проведенного в Финляндии, проанализировали данные 33 309 пациентов с острым инфарктом миокарда и 138 949 человек без инфаркта миокарда. Было показано, что на фоне приема нимесулида риск сердечно-сосудистых событий не выше, чем при приеме мелоксикама, набуметона и этодолака, коксибов и неселективных НПВС [34]. По данным российского исследования, включавшего пациентов с подагрой и артериальной гипертензией, на фоне терапии нимесулидом не наблюдалось значимого повышения артериального давления [35]. Результаты исследований, включавших пациентов с остеоартритом и артериальной гипертензией, также продемонстрировали отсутствие влияния нимесулида на показатели системной гемодинамики и эндотелиальной дисфункции [36, 37].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НИМЕСУЛИДОМ

Эффективность нимесулида при болевых синдромах различной локализации подтверждена клиническими исследованиями и большим опытом его применения в реальной практике [34]. Нимесулид широко применяется в ревматологии, неврологии и терапии для лечения болевого синдрома различного генеза. Обезболивающий эффект от нимесулида наступает относительно быстро за счет того, что концентрация препарата в крови достигает 25–80% уже через 30 мин после перорального приема. Максимальное обезболивающее действие и пик

концентрации в крови наблюдается через 1–3 ч после приема [38, 39]. Одно из показаний применения препарата Нимесил (нимесулид) – острая боль в спине. Эффективность лечения острой боли в спине с помощью нимесулида подтверждена результатами клинических исследований. Например, авторы финского исследования, включавшего 104 пациента с острой болью в спине, показали, что нимесулид (по 100 мг 2 раза в течение 10 дней) эффективнее, чем ибупрофен (по 600 мг 3 раза в день в течение 10 дней) в отношении улучшения функциональной активности пациентов [30]. Российское исследование, включавшее 54 пациента с острой болью в спине (средний возраст – $46,2 \pm 9,1$ года), также показало хорошую переносимость и эффективность терапии нимесулидом. Уже к 5-му дню терапии нимесулидом средние показатели выраженности спонтанной боли в покое и при движении достоверно уменьшились ($p < 0,001$) [40].

При острой боли в спине нимесулид назначается перорально по 100 мг 2 раза в день после приема пищи. Максимальная длительность лечения нимесулидом составляет 15 дней.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В качестве примера ведения пациента с острой болью в спине приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациентка Н., 43 года, обратилась за амбулаторной консультацией в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Пациентка предъявляла жалобы на ноющую боль в пояснично-крестцовой области до 8 баллов по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ), больше слева.

Пациентка работает бухгалтером, много сидит за компьютером. Ведет малоподвижный образ жизни, ездит на автомобиле на работу и с работы по 2 часа туда и обратно. Боль в пояснично-крестцовой области возникла 7 дней назад, во время отпуска на даче, после неловкого движения во время работы на огороде. Самостоятельно выполнила МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, выявлена межпозвонковая грыжа L4–L5, размером 4 мм, расположенная срединно, без компрессии структур нервной системы.

В процессе беседы было выяснено, что больная обеспокоена наличием межпозвонковой грыжи и считает, что возникшая боль связана именно с ней. После появления боли в спине пациентка ограничивает подвижность в поясничном отделе позвоночника, носит корсет, старается большую часть времени лежать. Также выяснено, что эпизоды болей в спине наблюдались в течение жизни дважды, проходили самостоятельно. За последние 8 лет пациентка повысила массу тела на 15 кг (после родов и грудного вскармливания в течение 2 лет).

В соматическом статусе – ожирение I степени (индекс массы тела – $33,4 \text{ кг/м}^2$). В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено. При нейрортопедическом обследовании выявлены

поясничный гиперлордоз, косой таз, дисфункция крестцово-подвздошного сочленения слева, синдром грушевидной мышцы слева, миофасциальный болевой синдром паравертебральных мышц на поясничном уровне с двух сторон. Интенсивность боли на момент осмотра – 6 баллов по ВАШ.

На основании клинической картины заболевания, отсутствия изменений в неврологическом статусе и других «красных флажков» пациентке был поставлен клинический диагноз: «Острая неспецифическая боль в нижней части спины. Миофасциальный болевой синдром паравертебральных мышц на поясничном уровне с двух сторон. Синдром грушевидной мышцы слева. Дисфункция крестцово-подвздошного сочленения слева». По коду МКБ-10 диагноз соответствует M54.5 «люмбагия».

Больная выполнила МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника самостоятельно, однако медицинских показаний к проведению данного исследования не было. Выявленная межпозвонковая грыжа не была причиной боли. Неправильные представления пациентки о причине боли привели к тому, что она была обеспокоена своим состоянием, выбрала ошибочную тактику поведения – ограничила активность, много лежала, носила корсет. Перечисленные действия были неправильными и препятствовали ее выздоровлению.

В соответствии с рекомендациями по ведению пациентов с острой неспецифической БНЧС было проведено следующее лечение в амбулаторных условиях:

Образовательная беседа о боли в спине. На доступном языке была разъяснена скелетно-мышечная природа боли в спине, сообщено об отсутствии влияния межпозвонковой грыжи на ее состояние и о благоприятном прогнозе боли в спине при соблюдении врачебных рекомендаций.

Рекомендации поддерживать повседневную активность, не лежать, не носить корсет.

Прием НПВС. Назначен препарат Нимесил (нимесулид) по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней.

При значимом облегчении боли пациентке рекомендовано обратиться к врачу по лечебной физкультуре, заняться лечебной гимнастикой, выполнять упражнения ежедневно по 30–40 мин в день. Разъяснено, что регулярные занятия гимнастикой, повышение физической активности в течение дня – профилактика рецидивов боли в спине.

После облегчения боли рекомендовано обратиться к эндокринологу-диетологу для снижения массы тела, то же в целях профилактики рецидивов боли в спине.

К 5-му дню терапии интенсивность боли в спине уменьшилась до 3–4 баллов по ВАШ. К 10-му дню терапии боль регрессировала. В соответствии с врачебными рекомендациями пациентка повысила свою физическую активность в течение дня, занялась лечебной гимнастикой, обратилась к врачу-эндокринологу. Наблюдение за пациенткой в течение 3 мес. показало отсутствие боли в спине, приверженность лечебной гимнастике и пешим прогулкам. Пациентка уменьшила массу тела на 5 кг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, острая неспецифическая БНЧС – распространенная причина обращения к врачу. Диагноз устанавливается на основании жалоб, данных осмотра, клинической картины заболевания и исключения дискогенной радикулопатии, поясничного стеноза и специфических причин боли в спине. Дополнительные методы исследования назначаются только при наличии «красных флажков», отсутствии эффекта от лечения в течение 4 нед. Лечение острой неспецифической БНЧС должно

быть комплексным и включать нелекарственные и лекарственные методы лечения. НПВС обладают доказанной эффективностью в лечении острой неспецифической БНЧС. Нимесил (нимесулид) – это препарат НПВС, который широко используется в клинической практике. По результатам проведенных клинических исследований нимесулид эффективен в лечении острой неспецифической БНЧС.



Поступила / Received 21.06.2021

Поступила после рецензирования / Revised 09.07.2021

Принята в печать / Accepted 15.07.2021

Список литературы

- Парфенов В.А. Врачебная тактика при болях в нижней части спины. *Медицинский совет*. 2016;(8):76–80. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-8-76-80>.
- Jordan K.P., Kadam U.T., Hayward R., Porcheret M., Young C., Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:144. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-144>.
- Давыдов О.С. Распространенность болевых синдромов и их влияние на качество жизни в мире и в России по данным исследования глобального бремени болезней за период с 1990 по 2013 годы. *Российский журнал боли*. 2015;(3–4):11–18. Режим доступа: <https://painrussia.ru/russian-Journal-of-Pain/47%2015.pdf>.
- Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M., Lozano R., Michaud C., Ezzati M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2). (Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9867):628).
- Пизова Н.В. Боль в спине. *Медицинский совет*. 2020;(21):70–77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-21-70-77>.
- Шавловская О.А. Лечение пациента с болью в нижней части спины. *Медицинский совет*. 2019;(12):25–32. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-25-32>.
- Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z., Traeger A.C., Lin C.C., Chenot J.F. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018;27(11):2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>.
- Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурыканов М.В., Давыдов О.С., Головачева В.А. и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(2):4–11. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-4-11>.
- Koes B.W., van Tulder M., Lin C.W., Macedo L.G., McAuley J., Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19:2075–2094. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y>.
- Maher C., Underwood M., Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9).
- Парфенов В.А. Ведение пациентов с хронической неспецифической поясничной болью. *Медицинский совет*. 2019;(1):40–45. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-1-40-45>.
- Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., Forciea M.A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>.
- Stochkendahl M.J., 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;27(1):60–75. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2>.
- Wong J., Cote P., Sutton D.A., Randhawa K., Yu H., Varatharajan S. et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017;21(2):201–216. <https://doi.org/10.1002/ejp.931>.
- Chou R., Loeser J.D., Owens D.K., Rosenquist R.W., Atlas S.J., Baisden J. et al. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(10):1066–1077. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a1390d>.
- Cutforth G., Peter A., Taenzer P. The Alberta health technology assessment (HTA) ambassador program: The development of a contextually relevant, multidisciplinary clinical practice guideline for non-specific low back pain: A review. *Physiother Can*. 2011;63(3):278–286. <https://doi.org/10.3138/ptc.2009-39P>.
- Головачева В.А., Головачева А.А., Фатеева Т.Г. Клинические принципы диагностики и лечения скелетно-мышечной (неспецифической) боли в нижней части спины. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(3):107–112. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-107-112>.
- Головачева В.А., Головачева А.А. Витамины группы В и нестероидные противовоспалительные препараты: эффективность комбинации при неспецифической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(5):117–122. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-117-122>.
- Головачева В.А., Головачева А.А., Зиновьева О.Е., Голубев В.Л. Толперизон в лечении острой и хронической неспецифической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):137–142. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-137-142>.
- Кукушкин М.Л., Брылев Л.В., Ласков В.Б., Макаров Н.С., Пизова Н.В., Соков Е.Л. 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. <https://doi.org/10.17116/jnevro201711711169-78>.
- Calderon-Ospina C.A., Nava-Mesa M.O., Arbeláez Ariza C.E. Effect of Combined Diclofenac and B Vitamins (Thiamine, Pyridoxine, and Cyanocobalamin) for Low Back Pain Management: Systematic Review and Meta-analysis. *Pain Medicine*. 2020;21(4):766–781. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz216>.
- Mibielli M.A., Geller M., Cohen J.C., Goldberg S.G., Cohen M.T., Nunes C.P. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(11):2589–2599. <https://doi.org/10.3111/13696990903246911>.
- Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т., Мартынов А.И., Яхно Н.Н., Арутюнов Г.П. и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(прил. 1):1–29. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-1-29>.
- Roelofs P.D., Deyo R.A., Koes B.W., Scholten R.J., van Tulder M.W. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(16):1766–1774. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31817e69d3>.
- Piccoliori G., Engl A., Gatterer D., Sessa E., in der Schmitt J., Abholz H.H. Management of low back pain in general practice – is it of acceptable quality: an observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). *BMC Fam Pract*. 2013;14:148. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-148>.
- Каратеев А.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: «за» больше, чем «против». *Современная ревматология*. 2008;2(1):70–78. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2008-463>.
- Алексеева Л.И., Каратеев А.Е., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Шарапова Е.Н., Маркелова Е.П., Насонов Е.Л. Эффективность и безопасность длительного применения нимесулида у больных остеоартрозом: результаты 12-и месячного открытого контролируемого исследования ДИНАМО (Длительное Использование Нимесулида при Артрозе Многофакторная Оценка). *Научно-практическая ревматология*. 2009;47(4):64–72. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2009-1152>.

28. Bunczak-Reeh M.A., Hargreaves K.M. Effect of inflammation on the delivery of drugs to dental pulp. *J Endod.* 1998;24(12):822–825. [https://doi.org/10.1016/S0099-2399\(98\)80010-1](https://doi.org/10.1016/S0099-2399(98)80010-1).
29. Laporte J.R., Ibáñez L., Vidal X., Vendrell L., Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. *Drug Saf.* 2004;27(6):411–420. <https://doi.org/10.2165/00002018-200427060-00005>.
30. Pohjolainen T., Jekunen A., Autio L., Vuorela H. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(12):1579–1585. <https://doi.org/10.1097/00007632-200006150-00019>.
31. Conforti A., Leone R., Moretti U., Mozzo F., Velo G. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area. *Drug Saf.* 2001;24(14):1081–1090. <https://doi.org/10.2165/00002018-200124140-00006>.
32. Каратеев А.Е., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л. Гастроудоденальная переносимость нимесулида (нимесил, Berlin Chemie) у больных ревматическими заболеваниями с язвенным анамнезом. *Научно-практическая ревматология*. 2003;41(1):36–39. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2003-1132>.
33. Каратеев А.Е., Лила А.М., Чурюканов М.В., Скоробогатых К.В., Амелин А.В., Захаров Д.В. и др. Оценка эффективности алгоритма назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), основанного на анализе факторов риска лекарственных осложнений, в реальной клинической практике. Результаты всероссийского проекта «ПРИНЦИП» (Применение Рекомендаций по Исползованию НПВП: Целенаправленное Изменение Практики). *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(5):485–492. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-485-492>.
34. Helin-Salmivaara A., Virtanen A., Vesalainen R., Grönroos J.M., Klaukka T., Idänpään-Heikkilä J.E., Huupponen R. NSAID use and the risk of hospitalization for first myocardial infarction in the general population: a nationwide case-control study from Finland. *Eur Heart J.* 2006;27(14):1657–1663. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl053>.
35. Барскова В.Г., Насонова В.А., Цапина Т.Н., Каратеев А.Е., Якунина И.А., Елисеев М.С. и др. Эффективность и безопасность применения нимесулида (Нимесила) у больных подагрическим артритом. *Клиническая медицина*. 2004;82(12):49–54. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17088793>.
36. Aw T.J., Haas S.J., Liew D., Krum H. Meta-analysis of cyclooxygenase-2 inhibitors and their effects on blood pressure. *Arch Intern Med.* 2005;165(5):490–496. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.I0150013>.
37. Егоров И.В., Цурко В.В., Егоров И.В., Цурко В.В. Особенности лечения суставного синдрома у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией. *Современная ревматология*. 2008;2(4):52–54. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2008-508>.
38. Vane J.R., Botting R.M. (eds.). Therapeutic Roles of Selective COX-2 Inhibitors. William Harvey Press; 2001. *Gut*. 2003;52(5):773. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1773661/>.
39. Bree F., Nguyen P., Urien S., Albengres E., Macciocchi A., Tillement J.P. Nimesulide binding to components within blood. *Drugs*. 1993;46(1 Suppl.):83–90. <https://doi.org/10.2165/00003495-199300461-00016>.
40. Шихкеримов Р.К. Применение нимесулида в терапии острой боли в нижней части спины. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(5):28–32. <https://doi.org/10.17116/jnevro20161165128-32>.

References

1. Parfyonov V.A. Treatment approach for managing low back pain. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2016;8(8):76–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-8-76-80>.
2. Jordan K.P., Kadam U.T., Hayward R., Porcheret M., Young C., Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:144. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-144>.
3. Davydov O.S. The prevalence of pain syndromes and their impact on quality of life in the world and Russia according to the data of the Global Burden of Disease Study in the period 1990 to 2013. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian Journal of Pain*. 2015;3–4:11–18. (In Russ.) Available at: <https://painrussia.ru/russian-Journal-of-Pain/47%2015.pdf>.
4. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M., Lozano R., Michaud C., Ezzati M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2). (Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9867):628).
5. Pizova N.V. Back pain. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(21):70–77. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-21-70-77>.
6. Shavlovskaya O.A. Treating a patient with lower back pain. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(12):25–32. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-25-32>.
7. Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z., Traeger A.C., Lin C.C., Chenot J.F. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* 2018;27(11):2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>.
8. Parfenov V.A., Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Davydov O.S., Golovacheva V.A. et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):4–11. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-4-11>.
9. Koes B.W., van Tulder M., Lin C.W., Macedo L.G., McAuley J., Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010;19:2075–2094. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y>.
10. Maher C., Underwood M., Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9).
11. Parfenov V.A. Management of patients with chronic nonspecific lumbar pain. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(1):40–45. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-1-40-45>.
12. Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., Forciea M.A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>.
13. Stochkendahl M.J., 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;27(1):60–75. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2>.
14. Wong J., Cote P., Sutton D.A., Randhawa K., Yu H., Varatharajan S. et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017;21(2):201–216. <https://doi.org/10.1002/ejp.931>.
15. Chou R., Loeser J.D., Owens D.K., Rosenquist R.W., Atlas S.J., Baisden J. et al. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(10):1066–1077. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a1390d>.
16. Cutforth G., Peter A., Taenzer P. The Alberta health technology assessment (HTA) ambassador program: The development of a contextually relevant, multidisciplinary clinical practice guideline for non-specific low back pain: A review. *Physiother Can.* 2011;63(3):278–286. <https://doi.org/10.3138/ptc.2009-39P>.
17. Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Fateyeva T.G. Clinical principles for the diagnosis and treatment of musculoskeletal (non-specific) lower back pain. *Neurologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(3):107–112. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-107-112>.
18. Golovacheva V.A., Golovacheva A.A. B vitamins and nonsteroidal anti-inflammatory drugs: the efficacy of the combination for nonspecific back pain. *Neurologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(5):117–122. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-117-122>.
19. Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Zinoviyeva O.E., Golubev V.L. Tolperisone in the treatment of acute and chronic nonspecific back pain. *Neurologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):137–142. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-137-142>.
20. Kukushkin M.L., Brylev L.V., Laskov V.B., Makarov N.S., Pizova N.V., Sokov E.L. et al. Results of a randomized double blind parallel study on the efficacy and safety of tolperisone in patients with acute nonspecific low back pain. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(11):69–78. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20171171169-78>.
21. Calderon-Ospina C.A., Nava-Mesa M.O., Arbeláez Ariza C.E. Effect of Combined Diclofenac and B Vitamins (Thiamine, Pyridoxine, and Cyanocobalamin) for Low Back Pain Management: Systematic Review and Meta-analysis. *Pain Medicine*. 2020;21(4):766–781. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz216>.
22. Mibielli M.A., Geller M., Cohen J.C., Goldberg S.G., Cohen M.T., Nunes C.P. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(11):2589–2599. <https://doi.org/10.3111/13696990903246911>.

23. Karateev A.E., Nasonov E.L., Ivashkin V.T., Martynov A.I., Yakhno N.N., Arutyunov G.P., et al. Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. clinical guidelines. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(1 Suppl.):1–29. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-1-29>.
24. Roelofs P.D., Deyo R.A., Koes B.W., Scholten R.J., van Tulder M.W. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(16):1766–1774. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31817e69d3>.
25. Piccoliori G., Engl A., Gatterer D., Sessa E., in der Schmitten J., Abholz H.H. Management of low back pain in general practice – is it of acceptable quality: an observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). *BMC Fam Pract*. 2013;14:148. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-148>.
26. Karateyev A.Ye. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in present-day clinical practice: pro more than con. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2008;2(1):70–78. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2008-463>.
27. Alexeeva L.I., Karateev A.E., Popkova T.V., Novikova D.S., Sharapova E.N., Markelova E.P., Nasonov E.L. Efficacy and safety of nimesulide long term administration in patients with osteoarthritis: results of 12-months open controlled study DINAMO (long term administration of nimesulide in osteoarthritis multifactor assessment). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2009;47(4):64–72. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2009-1152>.
28. Bunczak-Reeh M.A., Hargreaves K.M. Effect of inflammation on the delivery of drugs to dental pulp. *J Endod*. 1998;24(12):822–825. [https://doi.org/10.1016/S0099-2399\(98\)80010-1](https://doi.org/10.1016/S0099-2399(98)80010-1).
29. Laporte J.R., Ibáñez L., Vidal X., Vendrell L., Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. *Drug Saf*. 2004;27(6):411–420. <https://doi.org/10.1216/00002018-200427060-00005>.
30. Pohjolainen T., Jekunen A., Autio L., Vuorela H. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(12):1579–1585. <https://doi.org/10.1097/00007632-200006150-00019>.
31. Conforti A., Leone R., Moretti U., Mozzo F., Velo G. Adverse drug reactions related to the use of NSAIDs with a focus on nimesulide: results of spontaneous reporting from a Northern Italian area. *Drug Saf*. 2001;24(14):1081–1090. <https://doi.org/10.1216/00002018-200124140-00006>.
32. Karateyev A.E., Karateyev D.E., Nasonov E.L. Gastrointestinal safety of Nimesulid (Nimesil, Berlin Chemie) in rheumatic patients with history of ulcer. = *Rheumatology Science and Practice*. 2003;41(1):36–39. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2003-1132>.
33. Karateyev A.E., Lila A.M., Churyukanov M.V., Skorobogatikh K.V., Amelin A.V., Zakharov D.V. et al. Evaluation of the effectiveness of a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) selection algorithm based on the analysis of risk factors for drug-induced complications in real clinical practice: the results of the all-Russian principle project (Application of recommendations for NSAID use: a goal-oriented change of practice) *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2017;55(5):485–492. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-485-492>.
34. Helin-Salmivaara A., Virtanen A., Vesalainen R., Grönroos J.M., Klaukka T., Idänpään-Heikkilä J.E., Huupponen R. NSAID use and the risk of hospitalization for first myocardial infarction in the general population: a nationwide case-control study from Finland. *Eur Heart J*. 2006;27(14):1657–1663. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl053>.
35. Barskova V.G., Nasonova V.A., Tsapina T.N., Karateyev A. Ye., Yakunina I.A., Yeliseyev M.S. et al. The effectiveness and safety of nimesulide (nimesil) in patients with gouty arthritis. *Klinicheskaya meditsina = Clinical Medicine (Russian Journal)*. 2004;82(12):49–54. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17088793>.
36. Aw T.J., Haas S.J., Liew D., Krum H. Meta-analysis of cyclooxygenase-2 inhibitors and their effects on blood pressure. *Arch Intern Med*. 2005;165(5):490–496. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.I0150013>.
37. Egorov I.V., Tsurko V.V., Egorov I.V., Tsurko V.V. Features of treatment for articular syndrome in elderly patients with arterial hypertension specific. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2008;2(4):52–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2008-508>.
38. Vane J.R., Botting R.M. (eds.). Therapeutic Roles of Selective COX-2 Inhibitors. William Harvey Press; 2001. *Gut*. 2003;52(5):773. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1773661/>
39. Bree F., Nguyen P., Urien S., Albengres E., Macciocchi A., Tillement J.P. Nimesulide binding to components within blood. *Drugs*. 1993;46(1 Suppl): 83–90. <https://doi.org/10.1216/00003495-199300461-00016>.
40. Shihkerimov R.K. The use of nimesulide in the treatment of acute low back pain. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova = Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(5):28–32. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20161165128-32>.

Информация об авторах:

Головачева Вероника Александровна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [xoxo.veronicka@gmail.com](mailto:veronicka@gmail.com)

Головачева Анжелика Александровна, клинический ординатор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; angelika.golovacheva@gmail.com

Information about the authors

Veronika A. Golovacheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; xoxo.veronicka@gmail.com

Anzhelika A. Golovacheva, Clinical Resident, Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; angelika.golovacheva@gmail.com