



# Изолированная скелетно-мышечная боль в грудной клетке в амбулаторной практике невролога

О.В. Косивцова, к.м.н., В.В. Захаров, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Ольга Владимировна Косивцова, o.kosivtsova@gmail.com

Для цитирования: Косивцова О.В., Захаров В.В. Изолированная скелетно-мышечная боль в грудной клетке в амбулаторной практике невролога // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 10. С. 14–18.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-10-14-18

*Боль в области грудного отдела позвоночника и/или в грудной клетке – одна из распространенных жалоб в амбулаторно-поликлинической практике врача-невролога. В большинстве случаев такая боль является следствием скелетно-мышечной патологии и ассоциируется с благоприятным прогнозом. При обращении пациента с жалобами на боль в области грудной клетки и позвоночника прежде всего необходимо исключить опасные для жизни состояния, которые могут имитировать скелетно-мышечную боль, – ишемическую болезнь сердца, инфаркт миокарда, перикардит, спонтанный пневмоторакс и тромбоз легочной артерии. Кроме того, следует исключить заболевания желудочно-кишечного тракта. Дело в том, что установление ошибочного диагноза и назначение недифференцированной терапии способны ухудшить состояние пациента. Прежде чем назначить терапию, надо установить причину болевого синдрома. Лечение скелетно-мышечной боли должно быть строго индивидуальным и включать как лекарственные, так и нелекарственные методы.*

**Ключевые слова:** боль в грудной клетке, боль в грудном отделе позвоночника, миофасциальный синдром, скелетно-мышечная боль, нестероидные противовоспалительные препараты

За помощью врача-невролога в амбулаторно-поликлиническом звене часто обращаются пациенты разного возраста с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника и/или грудной клетке. Причиной такой боли могут быть различные заболевания, в том числе потенциально опасные для жизни. В большинстве случаев врачи-неврологи устанавливают диагноз остеохондроза грудного отдела позвоночника и назначают недифференцированную терапию, в частности нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, витамины группы В, мази и хондропротекторы. Пациентам с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника и грудной клетке не проводят первичную дифференциальную диагностику. Кроме того, не исключаются состояния, угрожающие жизни. Следует помнить, что необоснованное назначение лекарственных препаратов опасно обострением сопутствующих хронических заболеваний и возникновением полипрагматии у полиморбидных пациентов старшей возрастной группы [1–3].

При ведении пациентов с жалобами на боль в грудной клетке прежде всего необходимо исключить

потенциально опасные для жизни заболевания – атипичное течение ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, перикардит, тромбоз легочной артерии, расслоение аорты или пневмоторакс. Такие пациенты могут казаться здоровыми, не иметь отклонений в показателях жизненно важных функций организма. Все пациенты с подобными жалобами на амбулаторном приеме требуют комплексного обследования и мультидисциплинарного подхода.

## Специфические причины боли в грудной клетке

По данным статистики, наиболее частой причиной «опасной» боли в грудной клетке у пациентов, обратившихся за специализированной помощью в амбулаторно-поликлиническое звено, является острый коронарный синдром [3]. Диагноз при типичной клинической картине и течении данного патологического состояния обычно не вызывает затруднений, пациенты обращаются за помощью к врачам-кардиологам или терапевтам. Однако женщины, больные диабетом и молодые пациенты не всегда испытывают классическую боль в груд-



ной клетке. Боль может локализоваться в нижне-грудном отделе позвоночника, возникать или усиливаться при физической нагрузке и/или движении. Пациенты, решив, что это неврологическая боль, обращаются к врачам-неврологам [3].

При классическом течении перикардита в большинстве случаев (95%) боль локализуется в передних отделах грудной клетки, уменьшается в положении сидя и при наклоне вперед. При атипичном течении специфичным и единственным проявлением может быть боль, локализуемая в обеих трапециевидных мышцах, усиливающаяся при дыхании, кашле, глубоком вдохе, глотании и не уменьшающаяся на фоне применения нитратов. Атипичное течение увеличивает риск установления неадекватного диагноза и неблагоприятного исхода [4].

Угрожающим для жизни состоянием, требующим немедленной госпитализации пациентов, является расслоение аорты и тромбоэмболия легочной артерии. Данные заболевания, иногда встречающиеся в амбулаторной практике, требуют экстренной госпитализации по жизненным показаниям.

Кроме того, следует исключить заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)). Дело в том, что ошибочный диагноз скелетно-мышечной боли и назначение НПВП способны ухудшить состояние пациента. Наибольшие трудности вызывает диагностика эзофагита, который может проявляться болевым синдромом в грудном отделе позвоночника, усиливающимся при движении и глотании. При ГЭРБ болевой синдром имитирует приступ стенокардии, а также иррадирует в грудной и шейный отделы позвоночника, челюсть и руки. Боль длится от нескольких минут до нескольких часов, усиливается после еды и в ночные часы, проходит спонтанно или на фоне применения антацидов.

Таким образом, при первичном обращении к врачу-неврологу необходим тщательный сбор жалоб и анамнеза для выявления пациентов с опасными для жизни состояниями. При сборе жалоб необходимо уточнить:

- начало боли (острое или постепенное);
- факторы, усиливающие или уменьшающие боль;
- описательную характеристику боли (давящая, стреляющая);
- иррадиацию боли (в плечо, челюсть);
- длительность боли (постоянная или эпизодическая);
- наличие сопутствующих симптомов (тошнота, рвота, одышка, обморок, сердцебиение, повышение температуры тела);
- наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сопутствующих заболеваний (злокачественные новообразования, заболевания соединительной ткани, недавняя травма).

Кстораживающим симптомам, требующим тщательного клинического и дополнительного обследования, относятся:

- давящая, сжимающая или жгучая боль за грудной в покое или при физических нагрузках;
- острая сильная боль в груди и спине;
- сочетание боли в груди и кашля;
- признаки тромбоза глубоких вен нижних конечностей;
- внезапная боль с одышкой;
- эпизоды тошноты, рвоты, сердцебиения, потеря сознания.

Общий медицинский осмотр должен быть направлен прежде всего на выявление признаков сердечных заболеваний, заболеваний легких и ЖКТ. Всем пациентам, впервые испытывавшим боль в груди и спине, обязательно проводится электрокардиограмма, даже в случае низкого риска сердечно-сосудистых заболеваний. При подозрении на легочные причины боли, сердечную недостаточность или перелом ребер рекомендуется выполнение рентгенографии грудной клетки. При боли в грудном отделе позвоночника, усиливающейся при глотании и купируемой антацидами, целесообразны консультация гастроэнтеролога и проведение гастроскопии [3].

### **Боль в грудной клетке скелетно-мышечного характера**

На приеме у врача-невролога наиболее частой причиной боли в грудном отделе позвоночника и грудной клетке является скелетно-мышечная патология – миофасциальная боль, фибромиалгия на фоне ревматологических заболеваний, поражение суставов, переломы ребер, корешковые синдромы вследствие грыжи межпозвоночного диска или герпетической инфекции. Хорошо локализованная боль, усиливающаяся при пальпации, изменении положения тела и движениях, вызывающих растяжение этой мышцы, скорее всего связана с повреждением мышц. В клинической практике часто диагностируется миофасциальный синдром межреберных мышц, широчайшей мышцы спины и трапециевидной мышцы.

Ревматологические заболевания также могут проявляться скелетно-мышечной болью в грудной клетке, но, как правило, у пациентов отмечаются и другие признаки ревматологического заболевания. Обычно ревматическая боль связана с повышенной чувствительностью к обычным раздражителям (например, при фибромиалгии) или поражением грудных суставов (при ревматоидном артрите) [5].

Повреждения суставов у пациентов с болью в грудном отделе позвоночника и грудной клетке разнообразны. Чаще причиной боли в области второго и третьего реберно-грудных суставов у молодых людей является синдром Титце – болезненный локальный отек реберно-грудных, грудино-ключичных суставов, обусловленный асептическим воспалением. Артроз грудино-ключичного сустава встречается у лиц более старшего возраста и также может вызывать локальную боль в области сустава. При этом надавливание на сустав усиливает



боль. Спонтанный грудно-ключичный подвывих обычно возникает у женщин молодого и среднего возраста на доминирующей стороне и связан с повторяющимися движениями и подъемом тяжелых предметов. Дисфункция реберно-позвоночных суставов проявляется болезненностью над местом поражения. При этом боль усиливается при кашле и глубоком дыхании.

Переломы ребер в большинстве случаев являются следствием травмы, но могут быть нетравматической этиологии на фоне остеопороза.

Первоначальная оценка боли в груди должна проводиться с учетом возраста, пола пациента (у женщин скелетно-мышечная боль отмечается чаще (69%), чем у мужчин), семейного анамнеза, режима работы (например, повторяющиеся однотипные движения руками способствуют развитию стойкого болевого синдрома) [6].

Болевой синдром при скелетно-мышечной дисфункции значительно варьируется по длительности – от нескольких часов до нескольких дней. Наблюдается также значительная вариабельность характера и локализации болевого синдрома. Боль может носить острый, четко локализованный характер или, напротив, быть тянущей и плохо локализованной. Как правило, боль усиливается при движении, глубоком дыхании, поворотах, движениях рук. Правда, данные признаки встречаются и при заболеваниях плевры, перикардите. Локализация боли не позволяет отличить скелетно-мышечную боль в груди от боли в груди, вызванной другими причинами [3].

В крупном исследовании, проведенном в условиях первичной медико-санитарной амбулаторной помощи, четыре детерминанты (локальное мышечное напряжение, острая боль, боль, воспроизводимая при пальпации, и отсутствие кашля) ассоциировались со скелетно-мышечной болью в грудной клетке. При этом наличие двух и более из перечисленных выше признаков характеризовалось чувствительностью 63% и специфичностью 79% [7].

Наличие скелетно-мышечной боли иной локализации также может косвенно свидетельствовать о том, что боль в грудной клетке связана со скелетно-мышечной патологией. Например, наличие в анамнезе хронической боли в пояснице, особенно у молодых пациентов с утренней скованностью, в ряде случаев указывает на анкилозирующий спондилит или другую спондилоартропатию, затрагивающую грудной отдел позвоночника [8].

Клиническая оценка опорно-двигательного аппарата должна включать исследование подвижности шейного и поясничного отделов позвоночника. Для определения триггерных точек, характерных для миофасциального синдрома, необходимо проводить пальпацию мышц. Выявить патологию суставов помогает пальпация грудно-ключичных, акромиально-ключичных и реберно-позвоночных суставов. Движения реберно-позвоночных суста-

вов оценивают с помощью измерения расширения грудной клетки на глубоком вдохе на уровне четвертого межреберья: расширение менее 2,5 см указывает на анкилозирующий спондилит или спондилоартрит.

## Дополнительные исследования

Согласно рекомендациям, если у пациента имеются характерные признаки доброкачественной скелетно-мышечной боли и нет оснований предполагать какое-либо другое заболевание, разумно отложить диагностическое обследование и назначить пробное лечение, включающее НПВП [2, 9]. Положительный эффект поможет подтвердить диагноз [10]. Пациентам с необъяснимым артритом грудно-ключичного сустава показаны оценка ревматоидного фактора и консультация ревматолога. Рентгенография выполняется при подозрении на вторичное повреждение у онкологических пациентов.

## Лечение

После полного обследования и установления источника боли врач должен предложить пациенту как лекарственные, так и нелекарственные методы лечения.

В качестве медикаментозной терапии скелетно-мышечной боли различной этиологии и локализации, в том числе при торакалгиях, широко используются НПВП [11]. При выраженном болевом синдроме препаратом первого выбора может быть правовращающий энантиомер кетопрофена декскетопрофен (Дексалгин®). Дексалгин® предназначен для внутривенного и внутримышечного введения. Рекомендуются доза для взрослых – 50 мг каждые 8–12 часов. При необходимости препарат вводят повторно с шестичасовым интервалом. Суточная доза составляет 150 мг. У пациентов пожилого возраста и пациентов с нарушением функции печени и/или почек терапию препаратом Дексалгин® следует начинать с более низких доз. Суточная доза – 50 мг. Парентерально Дексалгин® назначается на срок не более двух дней в период острого болевого синдрома. В дальнейшем возможен переход на пероральную форму (таблетки или гранулы) еще в течение 3–5 дней.

В отличие от других НПВП Дексалгин® 25 хорошо переносится пациентами. В испанском постмаркетинговом когортном исследовании безопасности пероральной формы декскетопрофена при купировании слабого/умеренно выраженного болевого синдрома (2001–2002) отмечался низкий риск развития осложнений со стороны ЖКТ на фоне применения препарата [12].

При необходимости более длительного применения НПВП у пациентов без высокого сосудистого риска следует использовать селективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ) 2, достоверно реже вызывающие осложнения со стороны ЖКТ. В клинической практике хорошо себя зарекомен-



довал Нимесил® (нимесулид). Он блокирует преимущественно ЦОГ-2, незначительно влияет на ЦОГ-1, обладает «улучшенной» переносимостью в отношении ЖКТ по сравнению с неселективными ингибиторами ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Нимесил® характеризуется выраженным противовоспалительным и обезболивающим эффектами. Выпускается в гранулах для приготовления суспензии. Каждый пакетик препарата Нимесил® содержит 100 мг нимесулида. Рекомендованная суточная доза – 200 мг (два пакетика). Нимесулид хорошо переносится пациентами. Подтверждение тому – многочисленные отечественные и международные публикации. Так, в систематическом обзоре К.Д. Rainsford отмечается его высокая анальгетическая, противовоспалительная и антипиретическая активность [13].

Препарат относительно редко вызывает желудочно-кишечные нежелательные явления. Риск отрицательного влияния на сердечно-сосудистую систему у нимесулида меньше, чем у коксибов [13]. Если применение НПВП не приносит ожидаемого эффекта, к лечению добавляют блокады межреберных нервов, инъекции глюкокортикостероидов в пораженные суставы. Пациентам со стойкой изолированной скелетно-мышечной болью, значительно влияющей на качество их жизни, могут быть назначены препараты, применяемые при хронической боли. К ним относятся антидепрессанты (например, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина) и противосудорожные препараты (в частности, габапентин и прегабалин). Эти лекарственные средства успешно применяются у пациентов с неспецифической болью в грудной клетке и грудном отделе позвоночника [14].

Обновленное руководство Американской коллегии врачей (American College of Physicians) 2017 г. рассматривает альтернативные нефармакологические методы лечения боли в спине как высокоэффективные, которые могут применяться пациентами самостоятельно на начальных этапах лечения.

К нефармакологической терапии относят лечебную физкультуру, когнитивно-поведенческую терапию, занятия йогой, релаксацию, иглоукалывание, массаж, мануальную терапию, физиотерапию.

В последние годы все большую популярность приобретает когнитивно-поведенческая терапия, которую проводит лечащий врач и/или специалист-психолог. Как известно, основными факторами риска развития болевых синдромов в спине и дальнейшей хронизации боли являются частые стрессы, малоподвижный образ жизни, ожирение, неудовлетворенность работой. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на объяснение пациенту причины болевого синдрома. Обязательно уточняется, что данный болевой синдром доброкачественный, угрозы инвалидизации или развития онкологического процесса нет. Пациенту предлагают различные методики по снижению воздействия

стресса и изменению отношения к неприятным обстоятельствам в жизни, на которые невозможно повлиять.

Второе место по степени эффективности среди альтернативных методов лечения болевых синдромов в области спины после когнитивно-поведенческой терапии занимает лечебная физкультура. Она безопасна, легкодоступна, облегчает болевой синдром. Обычно используются различные виды упражнений – сгибание, разгибание, растяжение. Во многих исследованиях оценивали различные комплексы упражнений, но преимуществ одного комплекса упражнений перед другим не установлено. Рекомендованы занятия йогой, плавание, ходьба, танцы. Важный момент – регулярность выполняемых умеренных физических нагрузок. Занятия должны проводиться не реже трех раз в неделю по 40–50 минут. Эффект от регулярных занятий наблюдается не ранее чем через три месяца.

В исследованиях показано более полное и быстрое восстановление пациентов, которым проводились сеансы иглоукалывания, по сравнению с пациентами, которым данная процедура не проводилась [15]. Иглоукалывание представляет собой введение игл в определенные точки. Считается, что иглоукалывание больше помогает тем, кто ожидает от него пользу и у кого болевой синдром обусловлен напряжением мышц спины.

Массаж эффективен у пациентов с подострой и хронической болью в спине и дает кратковременное улучшение, но не влияет на долгосрочный прогноз [16]. В исследовании с участием 579 пациентов после шести сеансов массажа интенсивность боли снизилась. Но данный эффект не сохранялся длительно: через 12 месяцев он отсутствовал [16]. Помимо методов нефармакологической терапии пациентам предлагается изменить образ жизни. Прежде всего рекомендуется снизить избыточную массу тела, оптимизировать рабочее место – экран компьютера должен находиться на высоте глаз, кресло должно быть ортопедическим [17]. Поднимать тяжелые предметы с пола следует приседая, используя при этом силу мышц ног.

### Заключение

У пациентов, обратившихся за медицинской помощью к врачу-неврологу с жалобами на боль в грудной клетке и/или грудном отделе позвоночника, необходимо прежде всего исключить кардиальные и легочные заболевания. Общий медицинский осмотр должен быть направлен на выявление аномалий сердца, легких и брюшной полости. Пожилым пациентам или пациентам с постоянной болью, лихорадкой, кашлем, потерей веса, абдоминальными симптомами или хроническими заболеваниями следует выполнить общий анализ крови, обычные биохимические анализы, общий анализ мочи, рентгенограмму грудной клетки и электрокардиограмму. Пациентам с факторами риска ишемической болезни обычно показано более полное обследова-





ние на наличие ишемической болезни сердца, даже если боль в груди нетипична.

В большинстве случаев начальное лечение скелетно-мышечной боли в груди включает общие нефармакологические вмешательства и использование

краткосрочных обезболивающих средств. Обычно изолированная скелетно-мышечная боль купируется в течение нескольких недель или месяцев. Пациентам с легкой болью назначают НПВП в низких дозах по мере необходимости. \*

## Литература

1. Исайкин А.И., Кавелина А.В. Боль в грудном отделе позвоночника // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 1. С. 74–79.
2. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Ведение пациентов с острой поясничной болью: рекомендации экспертов и реальная практика // Медицинский совет. 2018. № 1. С. 52–56.
3. Bösnér S., Bönisch K., Haasenritter J. et al. Chest pain in primary care: is the localization of pain diagnostically helpful in the critical evaluation of patients? – A cross sectional study // BMC Fam. Pract. 2013. Vol. 14. P. 154.
4. Imazio M., Demichelis B., Parrini I. et al. Day-hospital treatment of acute pericarditis: a management program for outpatient therapy // J. Am. Coll Cardiol. 2004. Vol. 43. № 6. P. 1042–1046.
5. Stochkendahl M.J., Christensen H.W. Chest pain in focal musculoskeletal disorders // Med. Clin. North Am. 2010. Vol. 94. № 2. P. 259–273.
6. Disla E., Rhim H.R., Reddy A. et al. Costochondritis. A prospective analysis in an emergency department setting // Arch. Intern. Med. 1994. Vol. 154. № 21. P. 2466–2469.
7. Bösnér S., Becker A., Hani M.A. et al. Chest wall syndrome in primary care patients with chest pain: presentation, associated features and diagnosis // Fam. Pract. 2010. Vol. 27. № 4. P. 363–369.
8. Мозолевский Ю.В. Диагностика болезни Бехтерева при хронической боли в нижней части спины // Лечение заболеваний нервной системы. 2015. № 2 (17). С. 23–25.
9. Парфенов В.А. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 1. С. 19–22.
10. Verdon F., Burnand B., Herzig L. et al. Chest wall syndrome among primary care patients: a cohort study // BMC Fam. Pract. 2007. Vol. 8. ID 51.
11. Баринов А.Н., Рожков Д.О., Махинов К.А. Лечение неспецифической боли в спине // РМЖ. 2017. Т. 25. № 21. С. 1553–1560.
12. Carne X., Rios J., Torres F. Postmarketing cohort study to assess the safety profile of oral dexketoprofen trometamol for mild to moderate acute pain treatment in primary care // Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. 2009. Vol. 31. № 8. P. 533–540.
13. Rainsford K.D. Current status of the therapeutic uses and actions of the preferential cyclo-oxygenase-2 NSAID, nimesulide // Inflammopharmacology. 2006. Vol. 14. № 3–4. P. 120–137.
14. Wang W., Sun Y.H., Wang Y.Y. et al. Treatment of functional chest pain with antidepressants: a meta-analysis // Pain Physician. 2012. Vol. 15. № 2. P. E131–E142.
15. Manheimer E., White A., Berman B. et al. Meta-analysis: acupuncture for low back pain // Ann. Intern. Med. 2005. Vol. 142. № 8. P. 651–663.
16. Furlan A.D., Giraldo M., Baskwill A. et al. Massage for low-back pain // Cochrane Database Syst. Rev. 2015. CD001929.
17. Вахнина Н.В., Турияница Д.О. Неспецифическая боль в спине в период самоизоляции // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 29. С. 42–45.

## Isolated Musculoskeletal Chest Pain in the Outpatient Neurologist's Practice

O.V. Kosivtsova, PhD, V.V. Zakharov, PhD, Prof.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Olga V. Kosivtsova, o.kosivtsova@gmail.com

*Pain in the thoracic spine and/or in the chest is one of the most common complaints in the outpatient practice of a neurologist. In most cases, such pain is the consequence of musculoskeletal pathology and is associated with the favorable prognosis. When treating a patient with complaints of pain in the chest and spine, first of all, it is necessary to exclude life-threatening situations that can mimic musculoskeletal pain – such as coronary heart disease, myocardial infarction, pericarditis, spontaneous pneumothorax and pulmonary embolism. In addition, diseases of the gastrointestinal tract should be excluded. The fact is that the erroneous diagnosis and the appointment of undifferentiated therapy can worsen the patient's condition. Before prescribing therapy, it is necessary to determine the cause of the pain syndrome. Treatment of musculoskeletal pain should be strictly individual and include both medicinal and non-medicinal methods.*

**Key words:** chest pain, thoracic spine pain, myofascial syndrome, musculoskeletal pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs



🎯 **Гранулированная форма\* – более быстрый результат<sup>1, \*\*</sup>**



🎯 **Выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие<sup>2,3</sup>**



🎯 **Ингибирует энзимы, разрушающие хрящевую ткань<sup>4,5</sup>**

🎯 **Низкий риск развития кровотечений из верхних отделов ЖКТ<sup>6</sup>**

1. Alessandrini A, Ballarin E, Bastianon A, Migliavacca C. Clin Ther. 1986; 118 (3): 177-182

2. K. D. Rainsford. Inflammofarmacology 14 (2006): 120-137

3. Bianchi M, Broggin M. Drugs 2003; 63 Suppl. 1: 37-46

4. Baracchini, A et al., J. Pharm. Pharmacol., 50, 1417-1423, 1998 (in vitro)

5. Pelletier JP et al., Drugs, 1993; 46 Suppl. 1:34-9 (in vitro)

6. Castelleague J., Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2012 DOI: 10.1002/pds.3385

\* гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь.

\*\* по сравнению с таблетированной формой

**Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Нимесил®. Показания к применению:** острая боль (в т.ч. боль в спине, пояснице; болевой синдром в костно-мышечной системе, включая ушибы, растяжения связок и вывихи суставов; тендиниты, бурситы, зубная боль); симптоматическое лечение остеоартроза (остеоартрита) с болевой синдромом, переносимых аналгесиков. Препарат предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент использования. Нимесулид следует применять в качестве препарата первой линии. Решение о назначении нимесулида должно приниматься на основании оценки риска для каждого пациента. **Противопоказания:** гиперчувствительность к нимесулиду или компонентам препарата; гиперчувствительные реакции в анамнезе, связанные с применением АСК или других НПВП; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух с непереносимостью АСК и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); гепатотоксические реакции на нимесулид в анамнезе; одновременное применение с другими лекарственными препаратами с потенциальной гепатотоксичностью (например, другими НПВП); хронические воспалительные заболевания кишечника в фазе обострения; период после проведения АЧД; элиорада и/или наличие кристаллоподобных симптомов; острая болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в фазе обострения; острое язвенное поражение ЖКТ в фазе обострения; острое язвенное поражение ЖКТ в анамнезе; перфорация или желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, в том числе связанное с предыдущей терапией НПВП; цереброваскулярные кровотечения или другие активные кровотечения, или заболевания, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью; тяжелые нарушения свертываемости крови; тяжелая сердечная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин); подтвержденная гиперкоагуляция; почечная недостаточность; или любое активное заболевание печени; детский возраст до 12 лет; беременность и грудное вскармливание; алкоголизм; наркотическая зависимость; неизвестная непереносимость фруктозы; дефицит сахаразы/изомальтазы и синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы. **С осторожностью:** АГ; сахарный диабет; компенсированная сердечная недостаточность; ИБС; цереброваскулярные заболевания; дислипидемия/гиперлипидемия; заболевания периферических артерий; курение; почечная недостаточность (клиренс креатинина 30-60 мл/мин); ИБ-инфекция; выданная (I, рубо), в анамнезе; пожилой возраст; длительное применение препаратов НПВП; острое соматическое заболевание. Одновременное применение со следующими препаратами: антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. **Побочное действие:** наиболее часто встречающиеся побочные эффекты – диарея, тошнота, рвота, повышение уровня печеночных ферментов. Подробная информация содержится в инструкции по применению лекарственного препарата Нимесил® ПИИ: 1439/01-1/0820.

Информация для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту. RU\_NIM 02-2021-e1-press. Дано в 01.2021. Срок действия до 01.2025.

ООО «Берлин-Хеми/АМенарини». 123112, г. Москва, Пресненская набережная, дом 10, БЦ «Башня на Набережной», Блок Б.

Тел: +7 (495) 785-01-00, факс: +7 (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>