



Современный взгляд на проблему диагностики и лечения болей в спине

И.Б. Беляева, В.И. Мазуров

Адрес для переписки: Ирина Борисовна Беляева, belib@mail.ru

Боли в спине (БС) являются одной из наиболее распространенных жалоб пациентов в неотложной медицине и на амбулаторных приемах. Такие боли не признаются отдельной нозологической единицей, а рассматриваются как клинические проявления целого ряда заболеваний. Современные подходы к диагностике БС с постановкой нозологического диагноза и назначение патогенетической терапии способствуют сокращению количества случаев хронического течения болезни. Основная задача лечения острой и хронической БС – купирование болевого синдрома. Это, как правило, осуществляется назначением нестероидных противовоспалительных препаратов с оптимальным соотношением «риск/польза». Особого внимания в настоящее время заслуживает последовательное применение Кеторола и Найза.

Ключевые слова: боли в спине, Кеторол, Найз

Боли в спине (БС) занимают одну из лидирующих позиций среди симптомов различных патологий опорно-двигательного аппарата. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 4% населения земного шара страдают такими заболеваниями. При БС наиболее часто диагностируются спондилез и воспалительные спондилоартропатии – механический и воспалительный характер боли соответственно [1, 2].

Главными причинами спондилеза у 90–95% больных признаны дегенеративные изменения в межпозвоночных дисках, телах позвонков и фасеточных суставах, дисфункция мышечно-связочного аппарата и сужение позвоночного канала. Маркерами раннего развития спондилеза могут служить HLA-антигены A3, B7, B40, маркерами-протекторами – HLA-антигены A1 и A11 [3].

Спондилез чаще развивается у лиц в возрасте 20–50 лет, однако наиболее выраженные его проявления отмечаются у лиц в возрасте 50–64 года. Данной патологией чаще страдают женщины – 19–67% случаев, что обусловлено дисгормональными нарушениями. Спондилез нередко развивается во время беременности и в постменопаузальном периоде. Среди причин болевого синдрома при дегенеративных изменениях позвонков выделяют:

- механическое раздражение нервных корешков;
- раздражение болевых рецепторов на суставных поверхностях;
- болезненное мышечное напряжение, приводящее к нарушению осанки;
- локальное раздражение сосудов с нарушением метаболического транспорта;
- появление биохимических и иммунных реакций, которые завершаются формированием асептического нейрогенного воспаления в результате цитокинового каскада на разных уровнях.

Наиболее часто БС сопровождаются грыжами диска. Грыжа диска



с компрессией корешка S1 вызывает типичную боль в пояснице с иррадиацией по задней поверхности бедра, передней области голени и заднебоковой поверхности стопы.

Одним из осложнений спондилеза считается радикулопатия, обусловленная микротравматизацией нервного корешка окружающими тканями. Как следствие, развиваются воспаление, ишемия, отек. Клинические симптомы радикулопатии: стреляющие, радикулярные боли, распространяющиеся в ягодицу, бедро, икру и стопу, усиливающиеся при движении в поясничном отделе позвоночника. Для радикулопатии характерен истинный симптом Ласега (больной лежит на спине, при подъеме ноги в вертикальное положение возникают интенсивные боли в пояснице с иррадиацией по ходу пораженного корешка вплоть до стопы).

Достаточно частой причиной БС является миофасциальный синдром с вовлечением мышц тазового пояса и нижних конечностей. Основные причины его развития – длительная антифизиологическая поза, перегрузка нетренированных мышц, болезни висцеральных органов (желудочно-кишечного тракта и малого таза), аномалии развития скелета. К диагностическим критериям миофасциального синдрома относятся болезненные спазмированные мышцы, болезненные мышечные уплотнения, активные триггерные точки с формированием зон отраженных болей. Существенным для постановки диагноза считается воспроизведение боли при надавливании на активную триггерную точку.

Боли в спине после длительной ходьбы могут свидетельствовать о развитии стеноза позвоночного канала. При обследовании сразу после физической нагрузки отмечается слабость в нижних конечностях, снижение рефлексов и нарушение чувствительности.

Не редкость в ревматологической практике и юношеская остеохондропатия, или болезнь Шейермана – Мау, – врожденный дефект развития опорных площадок (замыкательных пластинок) позвонков. Развитие данной патологии совпадает с периодом интенсивного роста (14–17 лет) и проявляется такими рентгенологическими признаками, как двойной контур опорных площадок, многочисленные грыжи Шморля, клиновидная деформация тел позвонков, ранние дегенеративные изменения.

Боли, продолжающиеся более двух месяцев, – признак вторичного синдрома БС. Его причины могут быть различными, в частности врожденные аномалии (спондилолистез – смещение вперед вышележащего позвонка из-за дефекта межсуставной части), травмы, воспалительные заболевания позвоночника, опухоли позвоночника, инфекционные поражения позвоночника, нарушения метаболизма, заболевания мочеполовых органов, проекционные боли при заболевании внутренних органов. Вторичный синдром БС чаще развивается у лиц моложе 20 лет и старше 50 лет.

Одной из причин болей в спине являются остеопороз и его осложнения – переломы позвоночника, нередко происходящие у женщин в постменопаузальном периоде.

Среди причин воспалительных БС важное место занимают воспалительные заболевания позвоночника – спондилоартриты, которые клинически проявляются при реактивных артритах, анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, а также при воспалительных заболеваниях кишечника, ассоциированных со спондилитом (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) [4]. При спондилоартритах боль в спине, как правило, отмечается у лиц старше 40 лет. Она характеризуется постепенным началом, однако уменьшается после физических упражнений. Это боль покоя, поэтому пациент чувствует

ее и в ночное время. После пробуждения состояние улучшается. БС считается воспалительной при наличии хотя бы четырех критериев Международного общества по изучению спондилоартритов (Assessment international SpondyloArthritis Society – ASAS) за 2009 г. [5].

Классификационные критерии аксиального спондилита предполагают выявление сакроилеита по результатам рентгенографии или магнитно-резонансной томографии (МРТ), а также иммуногенетического фактора – антигена HLA B27 [5].

Обследование пациентов и постановка нозологического диагноза

При клиническом обследовании пациента с БС можно выявить чрезмерный поясничный лордоз (сглаженность физиологических изгибов позвоночника), характерные для спондилоартрита сутулость (возможно, вследствие врожденных аномалий или переломов позвоночника), сколиоз, аномалии тазового скелета, асимметричность паравертебральных и ягодичных мышц. Локальная болезненность при пальпации может быть обусловлена спазмом мышц в зоне поражения позвоночника или крестцово-подвздошных сочленений. При пальпации остистых отростков отмечается их подвижность в боковом (перелом) или переднезаднем направлении. Ступенчатое расположение остистых отростков может быть признаком спондилолистеза. Ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника определяется с помощью функциональных проб: пробы Шобера, Томайера и др. Для выявления воспалительного поражения илеосакральных сочленений используются пробы Кушелевского и Макарова.

Для поражений нервных корешков и седалищного нерва характерны усиление болей после пробы Вальсальвы (натуживание, кашель или чихание) и при поднятии вытянутой ноги, а так-



же снижение рефлексов и расстройство чувствительности.

При ишиасе боли распространяются по ходу седалищного нерва, чаще всего по ягодице и задней стороне бедра и голени. Они могут быть изолированными или сопутствовать болям в нижней части спины.

Клинический анализ крови назначается при подозрении на вторичный характер БС (повышение скорости оседания эритроцитов, анемия – признаки воспалительного процесса в позвоночнике, онкопатологии, инфекции).

В биохимическом анализе крови следует обратить внимание на уровень кальция, фосфора, щелочной фосфатазы (для исключения остеопороза, онкопатологии), С-реактивного белка, фибриногена, белковых фракций.

Для исключения спондилоартрита проводится реакция непрямой геммагглютинации с иерсинеозным, сальмонеллезным, псевдотуберкулезным антигенами, полимеразная цепная реакция на наличие хламидий, исследование HLA-антигена В27.

При подозрении на рак предстательной железы исследуется простатспецифический антиген.

Туберкулиновые пробы при хроническом воспалительном болевом синдроме в спине проводятся при признаках туберкулезного поражения позвоночника.

Показан также общий анализ мочи для выявления воспалительного процесса в мочевыводящих путях.

Все больные должны быть осмотрены невропатологом. Для женщин обязателен осмотр гинеколога, для мужчин – уролога.

Инструментальная диагностика при БС имеет строгие показания. Рентгенография позвоночника проводится в прямой и боковой проекциях у лиц старше 50 лет (для исключения компрессионных переломов и малигнизации) при неэффективности консервативной терапии в течение четырех – шести недель, а также

при злоупотреблении алкоголем и проведении иммуносупрессивной терапии (риск остеомиелита и переломов) (ICSI 2008) [6].

Показаниями для проведения МРТ и компьютерной томографии позвоночника служат выраженный болевой синдром в спине или ноге и неэффективность консервативной терапии в течение шести недель, прогрессирующий неврологический дефицит (ослабление рефлексов, появившиеся тазовых нарушений, слабость в ногах), клинические и рентгенологические признаки неопластического процесса, клинические и рентгенологические признаки инфекционного процесса (дисцит на фоне иммуносупрессии или хронической алкогольной интоксикации), травма (перелом с неврологическим дефицитом или компрессионный перелом у пожилых с целью выполнения вертебропластики) (ICSI 2008) [6].

Важное значение для диагностики ранних проявлений спондилоартрита отводится МРТ илеосакральных сочленений в режиме STIR/T1 с контрастированием.

Денситометрия используется для диагностики остеопороза. При БС она показана больным старше 50 лет с хронической болью, женщинам в раннем постменопаузальном периоде и после удаления яичников, больным, принимающим глюкокортикостероиды, тиреоидные препараты, антациды, противосудорожные средства, пациентам с переломами (в анамнезе), всем больным, получающим медикаментозное лечение по поводу остеопороза.

Радиоизотопная остеосцинтиграфия проводится пациентам с БС и опухолевыми процессами для выявления метастатического поражения костей и позвоночника.

Миелография – при подозрении на сдавление спинного мозга или конского хвоста.

В комплекс диагностических мероприятий также могут входить (в зависимости от показаний) об-

зорная рентгенограмма легких, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, ректороманоскопия, фиброгастроуденоскопия, ирригоскопия, внутривенная урография.

Лечение и реабилитация

Лечение пациентов с БС проводится исходя из заболевания и его течения. В остром периоде рекомендуется лечение на дому, при выраженном болевом синдроме – в стационаре.

При острой боли необходимы устранение основных причины, приведших к БС, постельный режим (покой) в течение двух-трех дней, холод на зону поражения в первые один-два дня, затем легкое тепло, ношение фиксирующего корсета в острый период, в дальнейшем – только по необходимости [7, 8].

Основная задача терапии острой и хронической БС – купирование болевого синдрома. Для этого рекомендуется использовать *нестероидные противовоспалительные препараты* (НПВП) с оптимальным соотношением «риск/польза».

Препарат кеторолак (международное непатентованное название, торговое название – Кеторол®) обладает мощным противовоспалительным и анальгетическим эффектами. Данный НПВП подавляет активность и циклооксигеназы 1 (ЦОГ-1), и циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2).

Активное вещество препарата – кеторолака трометамин [9, 10], который представляет собой рацемическую смесь (–)S- и (+)R-энантиомеров. Обезболивающее действие обусловлено первым.

Препарат быстро всасывается, обладает высокой биодоступностью (80–100%), связывается с белками плазмы на 90–99%, подвергается метаболизму в печени, выводится с мочой (90%) и калом (6%).

После перорального приема 10 мг препарата эффект развивается через 10–60 минут, после внутримышечного введения 30 мг –



через 15 минут. Продолжительность его действия составляет 6–10 часов. Длительность инъекционной терапии – до двух дней, пероральной – до пяти.

Результаты исследований свидетельствуют, что такой режим способствует снижению выраженности болевого синдрома к третьему – пятому дню лечения на 66%, к пятому – на 82% [11].

Терапевтический потенциал кеторолака доказан для всех областей ургентной анальгезии. Так, в режиме монотерапии эффект кеторолака был сопоставим с эффектом небольших доз «жестких» опиоидов [12]. По степени анальгезии он превосходит другие НПВП, поэтому входит в число препаратов первой линии для кратковременного лечения выраженной боли [13].

Препарат не воздействует на опиоидные рецепторы, поэтому не вызывает побочных реакций со стороны центральной нервной системы, угнетения дыхания и пареза гладкой мускулатуры, лекарственной зависимости, не обладает седативным и анксиолитическим действием [14, 15].

Кеторолак выпускается в виде таблеток по 10 мг, раствора для парентерального введения в ампулах по 30 мг/1 мл, 2%-ного геля для местного применения (Кеторол®, содержит 20 мг активного вещества). Препарат показан при болевом синдроме сильной и умеренной выраженности различного генеза и локализации: травмы, зубная боль, боли в послеродовом и послеоперационном периоде, болевой синдром при онкологических заболеваниях, миалгия, артралгия, невралгия, радикулит, вывихи, растяжения, ревматические заболевания. Предназначен для симптоматической терапии, уменьшения интенсивности боли и воспаления на момент использования. На прогрессирование заболевания препарат не влияет.

В реальной клинической практике при выборе НПВП исходят из соотношения эффективности, безопасности и стоимости.

Оптимальным в этом отношении является нимесулид (Найз®) [16]. Анальгетик можно использовать для быстрого облегчения умеренной или выраженной острой боли.

Молекула нимесулида в отличие от молекул других НПВП имеет свойства основания. Это затрудняет ее проникновение в слизистую верхних отделов желудочно-кишечного тракта, таким образом уменьшается риск контактного раздражения. При этом благодаря биохимическим особенностям нимесулид (Найз®) легко попадает в область воспаления (в частности, в пораженные суставы при артрите) и накапливается там в большей концентрации, чем в плазме крови.

Вследствие высокой биодоступности уже через 30 минут после перорального приема концентрация препарата в крови достигает ~ 50% от пиковой и отмечается обезболивающий эффект. Через 1–3 часа концентрация препарата достигает пика и наблюдается максимальное анальгетическое действие [16]. Как и другие НПВП, нимесулид подавляет активность ЦОГ-2 в очагах воспаления. Помимо основного фармакологического он демонстрирует другие эффекты, которые не зависят от класс-специфического влияния на синтез простагландинов и во многом определяют его терапевтическое преимущество. Речь, в частности, идет о способности подавлять синтез провоспалительных цитокинов (интерлейкина 6, фактора некроза опухоли альфа); активность металлопротеиназ, ответственных в том числе за разрушение гликопротеинового комплекса хрящевой ткани при остеоартрозе; блокировать фосфодиэстеразу 4, снижая таким образом активность клеток воспалительной агрессии – макрофагов и нейтрофилов; оказывать антигистаминное влияние [16].

Рандомизированные клинические исследования подтверждают

мощный и быстрый обезболивающий и противовоспалительный эффект нимесулида. Так, при лечении острой патологии околосуставных мягких тканей – плечелопаточном периартрите, бурситах и тендинитах нимесулид продемонстрировал эффективность, сопоставимую (даже превосходящую) с эффективностью традиционных НПВП – диклофенака и napроксена в высоких дозах [18].

Подтверждена эффективность нимесулида и при острой боли в нижней части спины. Так, в Финляндии было проведено рандомизированное клиническое исследование, в котором 102 пациента в течение десяти дней получали нимесулид 100 мг два раза в сутки или ибупрофен в дозе 600 мг три раза в сутки. Нимесулид превосходил препарат контроля как по степени снижения выраженности боли, так и по влиянию на функции позвоночника. У больных, принимавших нимесулид, значения индекса Остерверти в среднем уменьшились на 23 балла (с 38 до 15), принимавших ибупрофен – на 16 баллов (с 35 до 20) ($p=0,02$). За период терапии у первых побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта зафиксированы в 7% случаев, у вторых – в 13% случаев [17].

В исследовании В.И. Мазурова и соавт. у больных остеоартрозом через 30 дней терапии Найзом в дозе 200 мг в сутки не отмечено дестабилизации артериального давления (АД) (по данным суточного мониторирования) [19]. Применение диклофенака, напротив, сопровождалось негативной динамикой указанного показателя. Если на фоне приема нимесулида среднее систолическое АД снизилось с 143 до 140 мм рт. ст., на фоне приема диклофенака оно повысилось с 147 до 156 мм рт. ст. ($p<0,05$).

Собственные данные и анализ исследований, представленных в литературе, позволяют сделать вывод: нимесулид (Найз®) – эф-

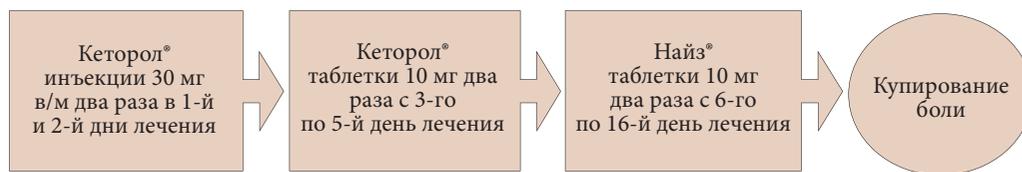


Рисунок. Ступенчатая терапия острой неспецифической боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника

эффективный и безопасный препарат, который может использоваться для купирования как острой, так и хронической боли в спине.

Перспективным на данный момент считается последовательное применение Кеторола и Найза. В работах В.В. Алексева (2010 г.) представлена схема эффективной ступенчатой терапии острой неспецифической боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (рисунок) [20].

В отсутствие эффекта от максимальных доз НПВП, а также при наличии побочных эффектов на фоне их применения показано применение *трамадола*, опиоидного анальгетика. Разовая доза (капли или капсулы) должна составлять 50 мг. В каждом конкретном случае доза трамадола может быть увеличена до 200 мг два раза в сутки.

В связи с тем что в генезе болевого синдрома большую роль играет мышечный спазм, патогенетически обоснованным является включение в терапию *миорелаксантов*. Их применение позволяет уменьшить потребность в НПВП. Среди миорелаксантов центрального действия хорошо зарекомендовал себя толперизон (Мидокалм). Его максимальная доза при боли в нижней части спины может составить 450 мг в сутки в два приема. Эффективно также использование тизанидина (Сирдалуд) по 4–8 мг два раза в сутки в течение 10–14 дней.

У пациентов с БС, ассоциированными с остеопоротическими переломами позвоночника, эффективно применение *кальцитонина лосося* (Миакальцика), обладающего наряду с антире-

зорбтивной выраженной анальгетической активностью.

При неэффективности терапии (после исключения инфекции, опухоли, эрозии кости, остеопороза и некоторых других заболеваний) рекомендуется эпидуральное введение *глюкокортикостероидов* и/или *анестетиков* (10–20 мл 0,5%-ного раствора новокаина и 1,0 мл бетаметазона или триамцинолона). Для повышения эффективности лечения – *транквилизаторы* с выраженным мышечнорелаксирующим эффектом: диазепам 10–30 мг/сут в течение 14 дней с постепенным снижением дозы. При рецидивирующих или хронических БС показаны *антидепрессанты* (амитриптилин, миансерин, флуоксетин). Они назначаются не менее чем на шесть недель.

Важным компонентом является *локальная терапия* – использование мазей, кремов и гелей, в состав которых входит НПВП. Средства хорошо проникают в подкожно-жировую клетчатку, мышцы, связки. Они обладают анальгетическим, противовоспалительным и противоотечным эффектами.

В остром периоде БС при спондилоартрозе эффективны Финалгон, обладающий раздражающим и сосудорасширяющим действием, Финалгель и др. Для длительного применения рекомендуются Фастгум гель, гель диклофенака и др.

При лечении БС вследствие спондилоартроза перспективными остаются медленно действующие *болезнь-модифицирующие препараты*. Многочисленными исследованиями подтверждена высокая активность препаратов,

содержащих хондроитина и глюкозамина сульфат.

После того как острая боль стихает, в программу лечения включают *сосудистые препараты*: винпоцетин, пентоксифиллин, циннаризин, производные никотиновой кислоты. Улучшению венозного оттока способствуют аминафиллин, троксерутин, Детралекс.

После нивелирования острой боли необходимо проведение *программ реабилитации*. Они включают мануальную терапию, точечный массаж, иглорефлексотерапию, физиотерапию, грязелечение, сухое и подводное вытяжение, лечебную физкультуру. Противопоказаниями для проведения мануальной терапии и вытяжений являются выраженные спондилез и остеопороз, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента со спондилолистезом.

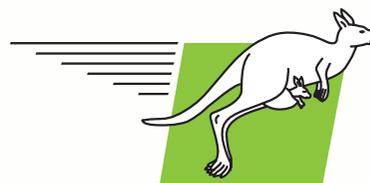
При неэффективности медикаментозной терапии БС решается вопрос о *хирургическом лечении*. Наиболее частыми показаниями для хирургического лечения БС являются грыжи диска и стеноз позвоночного канала.

В лечении аксиального спондилита используются кинезиотерапия, реабилитационные и обучающие программы, длительное и регулярное применение НПВП, локальное введение глюкокортикостероидов при энтезитах, применение сульфасалазина 2–3 г в сутки при периферическом энтезите, в качестве *болезнь-модифицирующей терапии* – биологические агенты (антитела к фактору некроза опухоли альфа) [21].

Заключение

Боли в спине отмечаются при многих заболеваниях. Современные подходы к диагностике БС с постановкой нозологического диагноза и назначение патогенетической терапии обеспечивают уменьшение количества случаев хронического течения болезни, а также улучшение трудового и социального прогноза у таких пациентов. ☺

Найз®



Нестероидный противовоспалительный препарат нового поколения
(селективный ингибитор ЦОГ-2)



Доверие, основанное на опыте

★ <http://Int.imshealth.com>



Литература

1. Brevik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment // Eur. J. Pain. 2006. Vol. 10. № 4. P. 287–333.
2. Neville A., Peleg R., Singer Y. et al. Chronic pain: a population-based study // Isr. Med. Assoc. J. 2008. Vol. 10. № 10. P. 676–680.
3. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Егорова В.А. Боль в спине у пожилых – подходы к диагностике и лечению // Клиницист. 2011. № 3. С. 72–77.
4. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Дорсопатии – новый взгляд на проблему диагностики и лечения // Современная ревматология. 2010. № 1. С. 28–31.
5. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliakos X. et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68. Suppl. 2. P. ii1–44.
6. Modic M.T., Steinberg P.M., Ross J.S. et al. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging // Radiology. 1988. Vol. 166. № 1. Pt. 1. P. 193–199.
7. Thorson D.C. Health Care Guideline // Adult Low Back Pain, 2008 // www.icsi.org.
8. Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с болевыми синдромами в пояснично-крестцовой области // Боль. 2006. № 2. С. 29–37.
9. Верткин А.Л., Тополянский А.В., Вовк Е.И. и др. Место Кеторолака в терапии острых болевых синдромов на догоспитальном этапе // Consilium Medicum. 2006. Т. 8. № 2. С. 86–90.
10. Jelinek G.A. Ketorolac versus morphine for severe pain. Ketorolac is more effective, cheaper, and has fewer side effects // BMJ. 2000. Vol. 321. № 7271. P. 1236–1237.
11. Moeller C., Pawlowski J., Pappas A.L. et al. The safety and efficacy of intravenous ketorolac in patients undergoing primary endoscopic sinus surgery: a randomized, double-blinded clinical trial // Int. Forum Allergy Rhinol. 2012. Vol. 2. № 4. P. 342–347.
12. Mireku-Boateng A.O. Intravenous ketorolac significantly reduces the pain of office transrectal ultrasound and prostate biopsies // Urol. Int. 2004. Vol. 73. № 2. P. 123–124.
13. Базикян Э.А., Игнатович В.В. Оценка эффективности Кеторола и Найза в клинической практике хирургической стоматологии // Стоматология. 2005. Т. 84. № 3. С. 49–50.
14. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Одинцов В.В. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения плечелопаточного периартрита // Поликлиника. 2011. № 2. С. 56–58.
15. Брагина Г.И., Виноградова Л.А., Горшкова Ю.М. и др. Болевой синдром в поликлинической практике: Кеторол // Вестник семейной медицины. 2006. № 2. С. 44–47.
16. Rainsford K. 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.
17. 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. Vol. 25. № 12. P. 1579–1585.
18. Минушкин О.Н. Использование препарата «Найз» у больных, страдающих сочетанной патологией суставов и поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Научно-практическая ревматология. 2003. № 5. С. 72–76.
19. Мазуров В.И., Лила А.М. Отчет о результатах пилотного исследования по сравнительной оценке влияния Найза (нимесулида) и диклофенака на гемодинамические показатели у больных остеоартрозом в сочетании с эссенциальной артериальной гипертензией. СПб., 2007.
20. Алексеев В.В. Ступенчатая терапия НПВП остро болевого синдрома в пояснично-крестцовой области // Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии. 2010. № 4. С. 22–28.
21. Мазуров В.И., Беляева И.Б. Анкилозирующий спондилоартрит // Ревматология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей / под ред. В.И. Мазурова, О.М. Лесняк. М.: Е-ното, 2017. С. 288–296.

Current Insight into Diagnostics and Treatment of Back Pain

I.B. Belyayeva, V.I. Mazurov

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Contact person: Irina Borisovna Belyayeva, belib@mail.ru

*Back pain (BP) is one of the most common complaints in emergency medicine and outpatient facilities.**It is not a separate nosology unit but rather considered as clinical manifestations of multiple disorders.**Current approach to diagnose BP with establishing diagnosis and administering pathogenetic therapy facilitate to shortening rate of cases with chronic course diseases.**The main task of treating acute and chronic BP includes relief of pain syndrome. Usually, it is accomplished by applying non-steroidal anti-inflammatory drugs with optimal risk-benefit ratio. At present, a sequential administration of Ketorol followed by Nise deserves a special attention.***Key words:** back pain, Ketorol, Nise