

УДК 616-031.44

DOI: 10.22141/2224-0713.5.83.2016.78480



СВИРИДОВА Н.К.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна

БІЛЬ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Резюме. Біль у нижній частині спини (БНС) становить важливу соціальну й економічну проблему. Поширеність гострого й хронічного БНС у дорослих подвоїлася за останнє десятиліття й продовжує різко зростати як у чоловіків, так і в жінок. БНС суттєво впливає на функціональну активність, оскільки обмежує деякі види професійної діяльності та є однією з основних причин непрацездатності. З огляду на це діагностична оцінка пацієнтів із БНС може бути дуже складною й вимагає особливих клінічних рішень. Відповідаючи на питання про причини виникнення болю, обираючи серед кількох структур, що потенційно беруть участь у формуванні БНС, слід враховувати ключові фактори розвитку цієї патології, тому що неправильно встановлений діагноз може призвести до терапевтичних помилок. Виходячи з практичних рекомендацій щодо ведення БНС, більшість міжнародних експертів вважають обов'язковим застосування для купірування БНС нестероїдних протизапальних препаратів, що чинять сильний знеболюючий вплив і виражену протизапальну дію. Була проаналізована значна кількість клінічних досліджень, що підтверджують ефективність лорноксикаму та його перевагу в лікуванні гострого болю.

Ключові слова: біль у спині, лікування гострого болю, лорноксикам.

Біль у нижній частині спини (БНС) становить важливу соціальну й економічну проблему. Поширеність БНС у Франції [1], наприклад, оцінюється в діапазоні від 15 до 45 %, у США [2] в дорослих людей віком 20–69 років становить 13,1 %, в Італії [3] — 5,91 %. Поширеність гострого й хронічного БНС у дорослих подвоїлася за останнє десятиліття й продовжує різко зростати як у чоловіків, так і в жінок у всіх етнічних групах [4]. БНС суттєво впливає на функціональну активність, оскільки обмежує деякі види професійної діяльності і є однією з основних причин непрацездатності. Економічна складова БНС містить безпосередньо високі витрати на лікування хворих та їх непрацездатність. Наприклад, відповідно до огляду 2006 року, загальні витрати, пов'язані з БНС у США, перевищували \$100 млрд на рік, дві третини з яких є результатом тривалої непрацездатності хворих [5].

З огляду на це діагностична оцінка пацієнтів із БНС може бути дуже складною й вимагає особливих клінічних рішень. Відповідаючи на питання щодо причини ви-

никнення болю, обираючи серед кількох структур, що потенційно беруть участь у формуванні БНС, слід враховувати ключові фактори розвитку цієї патології, тому що неправильно встановлений діагноз може призвести до терапевтичних помилок.

Розрізняють три основні типи больових синдромів: соматогенні (ноцицептивний біль); нейрогенні (нейропатичний біль); психогенні (психогенний біль). До ноцицептивних відносять синдроми, що виникають при активації ноцицепторів у пошкоджених тканинах при травмі, запаленні, ішемії, розтягуванні тканин. Ноцицептивний біль поділяють на соматичний і вісцеральний. Нейропатичний біль — це біль, який виникає

Адреса для листування з автором:
Свиридова Наталія Костянтинівна
E-mail: natalia.svyrydova@gmail.com

© Свиридова Н.К., 2016
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2016
© Заславський О.Ю., 2016

як прямий наслідок ушкодження або хвороби, що залучає соматосенсорну нервову систему. Найбільш яскравими прикладами нейропатичного болю є невралгії, корінцеві болі, фантомний синдром, біль при периферичній нейропатії, таламічний больовий синдром. Психогенний біль виникає незалежно від соматичних, вісцеральних або нейрональних ушкоджень і більшою мірою визначається психологічними й соціальними чинниками. Вважають, що визначальним у механізмі виникнення психогенного болю є психічний стан людини.

У клінічній практиці часто доводиться зустрічатися зі змішаними формами больових синдромів, що доцільно відображувати в діагнозі для визначення лікувальної тактики, оскільки на різні види болю впливають різні види терапії. Що гострою виділяють гострий і хронічний БНС. Останній триває без ремісії понад 3 місяці, тобто довше за звичайний період відновлення м'язів тканин. Терапевтичний підхід до гострого й хронічного болю різний, тому необхідно своєчасно їх диференціювати для вибору правильної тактики ведення хворих.

Випадки болю в спині можна розподілити на дві великі групи — **вертеброгенного генезу** (дегенеративного, травматичного, запального, неопластичного та іншого характеру ураження хребців) і **невертеброгенного генезу** (розтягнення зв'язок і м'язів, міофасціальні синдроми, фіброміалгія, соматичні захворювання, психогенні чинники тощо). У контексті обговорення вертеброгенних больових синдромів у першу чергу треба згадати про дегенеративно-дистрофічні зміни (остеохондроз) хребта, оскільки в переважній більшості випадків вертебронеурологічна патологія пов'язана саме з ними.

Серед безпосередніх причин вертеброгенного болю, викликаного дегенеративними змінами хребта, найчастіше зустрічаються такі стани.

Грижа диска — фокальне випинання міжхребцевого диска внаслідок дегенеративно-дистрофічних процесів (остеохондрозу), травми спини або поєднання цих чинників. Основні клінічні ознаки грижі міжхребцевого диска можуть проявлятися окремо або в поєднанні з такими синдромами: локальний біль (цервікалія, люмбалгія), відбитий біль (цервікобрахіалгія, люмбоішіалгія), корінцевий синдром (радикулопатія), синдром ураження спинного мозку (мієлопатія). Потрібно відмітити, що випинання краю міжхребцевого диска на 2–3 мм вважається фізіологічним.

Спондиліоз — сукупність дегенеративних змін, що включають остеофіти, дегенеративні зміни міжхребцевих суглобів (спондилоартроз), гіпертрофію зв'язкового апарату тощо. Спондиліоз є найбільш частою причиною вертебронеурологічних синдромів у літньому віці.

Спондилоартроз — артроз міжхребцевих (фасеточних) суглобів. Він може супроводжуватися функціональною блокадою суглобів, підвивихом в суглобах і стисненням суглобової капсули, запаленням суглобових тканин. Клінічно спондилоартроз проявляється двостороннім боєм, найчастіше паравертебральної локалізації, посилюється при розгинанні, особливо при одночасній ротації. Больовий синдром зменшується в спокої і при двосторонній блокаді міжхребцевих су-

глобів анестетиком. Вранці характерна скороминуча скутість у спині.

Нестабільність хребта — патологічна рухливість хребта, викликана ушкодженням його основних структурних елементів (диска, зв'язок, фасеток суглобів) при травмах, дегенеративних процесах, пухлинах, наслідках оперативних втручань тощо. Нестабільність хребта діагностується за допомогою рентгенографії хребта з функціональними пробами і характеризується зміщенням тіла хребця більше ніж на 3 мм або коли обсяг сегментарної рухливості хребців перевищує 15 %.

Для нестабільності в попереково-крижовому відділі хребта характерний хронічний біль (люмбалгія, люмбоішіалгія), що посилюється при статичних і динамічних навантаженнях і зменшується в положенні лежачи. Виявляється порушення статичної й динамічної рівноваги, компенсаторне напруження паравертебральних м'язів. Якщо нестабільність хребта сприяє розвитку стенозу, це може ускладнитися ураження окремих корінців або кінського хвоста.

Спондилолітез — зміщення хребця щодо сусіднього хребця. Виділяють антеролітез, латеролітез (бічне зміщення тіл хребців), ретролітез. Розділяють 5 ступенів спондилолітезу: I — зміщення тіла хребця становить не більше ніж 25 % від передньозаднього розміру нижньої частини тіла зміщеного хребця, II — 25–50 %, III — 50–75 %, IV — 75–100 %, V — перекидання тіла над хребцем, що знаходиться нижче. Клінічно спондилолітез може проявлятися больовим синдромом, рефлекторними синдромами, корінцевим, радикулоішемічним синдромом, синдромом кінського хвоста, синдромом ураження спинного мозку.

Стеноз хребетного каналу — звуження хребетного каналу. Причини стенозу хребетного каналу бувають різними. Розділяють вроджений і набутий стеноз хребетного каналу. Набутий стеноз найчастіше буває наслідком спондилолітезу, грижі міжхребцевих дисків, задніх остеофітів, гіпертрофії жовтих зв'язок, травми хребта та ін. На шийному рівні стеноз хребетного каналу діагностують, якщо передньозадній розмір хребетного каналу становить менше ніж 10 мм. На грудному й попереково-крижовому рівнях стеноз діагностують, якщо передньозадній розмір хребетного каналу становить менше ніж 12 мм. Стеноз поперекового відділу хребетного каналу призводить до компресії корінців кінського хвоста і судин, що їх живлять, та клінічно проявляється найчастіше нейрогенною (каудогенною) переміжною кульгавістю. Вона виражається у виникненні при ходьбі або тривалому стоянні двостороннього болю, оніміння, парестезій, слабкості в м'язах гомілок, що зменшується або зникає впродовж декількох хвилин, якщо хворий нахилиться вперед або сяде навпочіпки. При цьому може бути оніміння в ділянці сідниць, скороминучі порушення сечовипускання.

Анкилозуючий гіперостоз (хвороба Форестье) — вибіркова гіпертрофія та звапнення (кальцифікація, осифікація) передньої й задньої поздовжньої та жовтої зв'язок у шийному і грудному відділах з патологічною фіксацією декількох суміжних хребетно-рухових сегментів.

Дисцит — інфекційне запальне ураження міжхребцевих дисків, що частіше виникає в дітей. Клінічно проявляється болем, обмеженням рухливості, локальною болючістю, лихоманкою, запальними змінами в крові, а при залученні корінців — відповідною корінцевою симптоматикою. Рання діагностика ґрунтується на даних МРТ або радіоізотопного сканування, що виявляє «гаряче вогнище» в ураженому диску.

Остеопороз — стан, що характеризується зниженням питомої маси кісткової тканини в одиниці об'єму кістки та зміною мікроархітекτονіки кісткової тканини, що призводить до підвищеної крихкості кісток. Розрізняють системний (генералізований) і місцевий (локальний) остеопороз. Локальний остеопороз розвивається в зоні патологічного осередку, при іммобілізації кінцівок, порушенні кровообігу тощо. Генералізований остеопороз частіше розвивається внаслідок якої-небудь системної патології (ендокринних порушень, постменопаузальних змін, після оваріектомії, захворювань шлунково-кишкового тракту, нирок, побічних дій лікарських засобів (у першу чергу глюкокортикоїдів). Для кількісної оцінки остеопорозу використовуються різні методики денситометрії. Неврологічні прояви зазвичай виникають тоді, коли остеопороз хребта ускладнюється компресійним переломом хребців.

Кількісна та якісна оцінка болю

Проблема вивчення больового феномену полягає в складності об'єктивного аналізу больового відчуття. Прикладом суб'єктивної оцінки болю служить візуальна аналогова шкала (ВАШ). Для встановлення правильного діагнозу й визначення тактики лікування потрібне ретельне вивчення скарг пацієнта й історії захворювання. Існує досить багато патологій хребта та інших станів, що проявляються схожими симптомами, тому для встановлення точного діагнозу треба ретельно обстежувати пацієнта, використовуючи різні клінічні й параклінічні методи діагностики.

При обстеженні хворих в першу чергу треба виключити серйозну патологію, що потребує негайних спеціальних медичних втручань (перелом хребта, пухлина, інфекція, захворювання внутрішніх органів та інше). Американська колегія лікарів та американського больового товариства (2007 р.) виділила ряд факторів, що насторожують (так званих червоних прапорців), виявлення яких у хворого може вказувати на наявність серйозної патології:

- посилення болю вночі;
- лихоманка та нез'ясована втрата ваги тіла;
- недавня травма;
- онкологічний процес в анамнезі;
- порушення функції тазових органів;
- прогресуючий неврологічний дефіцит;
- порушення ходи;
- фактори ризику спінальної інфекції.

Аналіз історії захворювання та загальне обстеження вже на першому етапі дозволяє запідозрити причину болю в спині. Спочатку проводять детальне опитування про симптоми захворювання, тривалість і характер

перебігу хвороби, супутні захворювання, попередні травми й операції, спосіб життя, спадкову схильність тощо. У Європейських рекомендаціях [10] з обстеження пацієнтів із БНС відзначається, що в більшості випадків, коли є типова клінічна картина люмбаго, люмбалгії або міофасціальних болів і немає симптомів так званих червоних прапорців, не потрібно вдаватись до додаткових методів обстеження. Велике значення має оцінка психосоціальних факторів, особливо в пацієнтів з частими повторними епізодами болю в нижній частині спини. У тих ситуаціях, коли є симптоми небезпеки, необхідні додаткові дослідження, провести які в більшості випадків можна в амбулаторних умовах. Залежно від скарг, анамнезу й даних клінічного огляду для підтвердження можливої причини больового синдрому, а також для виключення вторинних уражень хребта і хребетних тканин (пухлина, спондиліт, абсцес тощо) у більшості випадків потрібне проведення додаткових інструментальних і/або лабораторних досліджень. Для цього рекомендовано проведення спондилографії, комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ), радіоізотопного сканування, мієлографії, дослідження ліквору, електронейроміографії (ЕНМГ).

Рентгенографія в основному застосовується для діагностики кісткової патології: остеохондрозу, переломів і пухлин хребта, а також деяких інфекційних уражень (спондиліт). Так, рентгенологічними симптомами дегенеративних змін хребта є: зменшення висоти між тілами хребців, кісткові розростання (остеофіти), гіпертрофія фасеточних суглобів, нестабільність рухового сегмента хребта при максимальному згинанні й розгинанні (функціональні проби). Проте на рентгенограмах не візуалізуються м'які тканини (зв'язки, м'язи, диски тощо).

Магнітно-резонансна томографія — це сучасний високоінформативний метод дослідження, що ґрунтується на отриманні зображення тканин і органів за допомогою електромагнітних хвиль. МРТ є золотим стандартом для діагностики патологічних змін м'яких тканин, таких як нервові структури, зв'язки, м'язи. При МРТ можна виявити дегенеративні зміни в міжхребцевих дисках, гіпертрофію фасеточних суглобів, стеноз хребетного каналу, грижу диска й інші патологічні стани.

При комп'ютерній томографії для зображення тканин і органів використовується рентгенівське випромінювання, так само як і при звичайній рентгенографії. Комп'ютерна томографія найбільш інформативна для виявлення патологічних змін кісткової тканини, наприклад остеофітів і гіпертрофії фасеточних суглобів. Для того щоб підвищити інформативність дослідження щодо діагностики патології м'яких тканин, комп'ютерну томографію часто поєднують з виконанням мієлографії.

Електронейроміографія у вертебрології використовується для підтвердження ураження корінцевого апарату або для виключення ураження сплетень і периферичних нервів, клінічний перебіг яких може бути схожим. Використовується як стимуляційна ЕНМГ, так і голкова електроміографія (ЕМГ). Стимуляційна ЕНМГ дозволяє виключити ураження периферичних нервів (плексопа-

тію, полінейропатію, тунельні ураження нервів), тоді як голкова ЕМГ дає можливість виявити денервацію в тих м'язах, що входять у міотом ураженого корінця. При хронічному корінцевому ураженні, коли денервовані м'язи починають атрофуватися, стимуляційна ЕНМГ виявляє зниження амплітуди м'язової відповіді ключових м'язів відповідних міотомів. При цьому проведення імпульсу по сенсорних волокнах периферичних нервів зберігається в межах норми, що є однією з диференціальних ЕНМГ-ознак ураження корінця й периферичного нерва. У той же час треба відмітити, що в гострий період ураження спинномозкового корінця електроміографія не може виявити будь-яких ознак, оскільки в цей період ще не відбувається змін у досліджуваних міотомах. Тільки після 7–10 днів від початку компресії корінця з'являються ознаки денервації в м'язах.

Диференціальна діагностика

Вертеброгенний больовий синдром необхідно диференціювати з рядом захворювань і станів, що мають інші причини і механізми виникнення, а тому й вимагають іншого підходу до лікування. У першу чергу до них належать: міофасціальні болі, м'язово-скелетні болі, психогенні болі, нейропатичні болі, викликані ураженням периферичних нервів, відбиті болі при захворюваннях внутрішніх органів (серця, легенів, плеври, шлунково-кишкового тракту, органів малого таза), відбиті болі при ураженні синовіальних оболонок, сухожиль, зв'язок, суглобів, навколосуглобових тканин (плечолопатковий періартрит, коксартроз, сакроілеїт), пухлини.

Лікування

Тактика лікування пацієнта з БНС (заснована на принципах доказової медицини) включає:

- 1) інформування пацієнта про причини болю в спині і, як правило, її доброякісну природу;
- 2) виключення ліжкового режиму із забезпеченням достатнього рівня повсякденної активності;
- 3) призначення доведеного ефективного лікування (у першу чергу для усунення болю);
- 4) корекцію тактики ведення при її неефективності в період 4–12 тижнів.

Відповідно до міжнародних рекомендацій у лікуванні БНС найбільш ефективні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), трициклічні антидепресанти, психотерапія, лікувальна фізкультура, мануальна терапія [7].

Виходячи з практичних рекомендацій щодо ведення БНС, більшість міжнародних експертів вважають обов'язковим застосування для купірування БНС НПЗП, які чинять високий знеболюючий ефект і виражену протизапальну дію. Серед НПЗП застосовується лорноксикам, диклофенак, індометацин, напроксен та інші лікарські засоби. Серед НПЗП, що селективно пригнічують циклооксигеназу-2, можна використовувати мелоксикам або целекоксиб. Однак ризик шлунково-кишкових розладів, порушення згортання крові й зниження ниркової функції може обмежити використання НПЗП у деяких пацієнтів [11].

Серед НПЗП виділяють лорноксикам, який в Україні представлений препаратом Ларфікс (Larfix®) виробництва «Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД» (Індія).

Лорноксикам (Ларфікс®) поєднує високий терапевтичний потенціал оксикамів з покращеним профілем шлунково-кишкової токсичності порівняно з іншими препаратами цього класу. Це, ймовірно, пов'язано з коротким періодом напіврозпаду лорноксикаму (3–5 годин) порівняно з іншими оксикамами [8, 10]. Лорноксикам пригнічує синтез простагландинів (інгібування ферменту циклооксигенази), що призводить до десенсибілізації периферичних ноцицепторів і пригнічення запалення. Також лорноксикам чинить центральну дію на ноцицептори незалежно від протизапальної дії. Лорноксикам не впливає на життєво важливі функції (наприклад, температуру тіла, частоту дихання, частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, показники електрокардіографії, спірометрії).

У дослідженні W. Herrmann (2009) оцінювали ефективність і безпеку лорноксикаму порівняно з плацебо й диклофенаком при гострому болю в спині (аналіз рандомізованого подвійного сліпого багатоцентрового в паралельних групах дослідження). Були обстежені 164 пацієнти з гострим радикулітом, у лікуванні яких використовували лорноксикам 8–24 мг/добу, диклофенак 100–150 мг/добу або плацебо. Первинною кінцевою точкою була різниця в інтенсивності болю порівняно з вихідним рівнем тривалістю до 6 годин після першої дози досліджуваного препарату та зниження інтенсивності болю за 4 доби. Був зроблений висновок, що знеболююча ефективність лорноксикаму перевершує плацебо і схожа на таку в диклофенаку при гострому радикуліті. Отже, лорноксикам можна широко використовувати з огляду на менший профіль шлунково-кишкової токсичності порівняно з диклофенаком [9].

У дослідженні С. Hillstrom (2013) був поданий аналіз фармакології лікування гострого больового синдрому як при БНС, так і при післяопераційному болю. Була проаналізована значна кількість клінічних досліджень, що підтверджують ефективність лорноксикаму та його перевагу порівняно з парацетамолом, деякими НПЗП та стандартними клінічними дозами опіоїдів. Лорноксикам 8 мг 2 рази/добу рекомендований як ефективна альтернатива НПЗП для забезпечення мультимодальної анальгезії в дорослих [12].

Препарат Ларфікс® (Larfix®) має такі показання: короткочасне лікування гострого болю слабкого та помірного ступеня; симптоматичне полегшення болю й запалення при остеоартриті; симптоматичне полегшення болю й запалення при ревматоїдному артриті. Таблетки Ларфікс® приймають перорально, запиваючи достатньою кількістю води. Для всіх пацієнтів відповідний режим дозування повинен ґрунтуватися на індивідуальній відповіді на лікування. При БНС рекомендована доза 8–16 мг лорноксикаму на добу, розділена на 2–3 прийоми. Максимальна рекомендована добова доза становить 16 мг.

Отже, гострий біль у нижній частині спини є актуальною проблемою. Доцільно інформувати пацієнта про

сприятливий прогноз захворювання й для зменшення болю використовувати НПЗП. Включення в терапію лорноксикаму може привести до більш швидкого одужання, зменшення дози НПЗП і пов'язаних з їх прийомом побічних ефектів. Для запобігання повторенню болю в нижній частині спини рекомендуються уникнення статичних перевантажень та лікувальна гімнастика.

Список літератури

1. Cougot B., Petit A., Paget C. et al. *Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial* // *J. Occup. Med. Toxicol.* — 2015. — 10. — 40.
2. Shmigel A., Foley R., Ibrahim H. *Epidemiology of chronic low back pain in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2010* // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. — 2016. — 10. — 1002.
3. Juniper M., Le T.K., Mladsi D. *The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review* // *Expert Opin. Pharmacother.* — 2009. — 10(16). — 2581-92.
4. Freburger J.K., Holmes G.M., Agans R.P. et al. *The rising prevalence of chronic low back pain* // *Arch. Intern. Med.* — 2009. — 169(3). — 251-8.
5. Katz J.N. *Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences* // *J. Bone Joint Surg. Am.* — 2006. — 88 (Suppl. 2). — 21-4.

6. Gil Z., Smith D.B., Marouani N., Khaffif A., Fliss D.M. *Treatment of pain after head and neck surgeries: control of acute pain after head and neck oncological surgeries* // *Otolaryngology — Head Neck Surg.* — 2006. — 135. — 182-188.

7. *Analgesics Anti-inflammatory Drugs and Antipyretics* // *Martindale the complete drug reference* / Ed. by S.C. Sweetman. — 36th ed. — London: Pharmaceutical Press, 2009. — P. 4.

8. Karaman S., Gunusen I., Uyar M., Firat V. *The effect of pre-operative lornoxicam and ketoprofen application on the morphine consumption of post-operative patient-controlled analgesia* // *J. Int. Med. Res.* — 2006. — 34(2). — 168-175.

9. Herrmann W.A., Geertsen M.S. *Efficacy and safety of lornoxicam compared with placebo and diclofenac in acute sciatica/lumbo-sciatica: an analysis from a randomised, double-blind, multicentre, parallel-group study* // *Int. J. Clin. Pract.* — 2009. — 63(11). — 1613-1621.

10. Norholt S.E., Sindet-Pedersen S., Larsen U. et al. *Pain control after dental surgery: a double-blind, randomised trial of lornoxicam versus morphine* // *Pain.* — 1996. — 67. — 335-343.

11. Sudip Kr. Das, M. Banerjee, S. Mondal, B. Ghosh A. *Comparative Study of Efficacy and Safety of Lornoxicam Versus Tramadol as Analgesics After Surgery on Head and Neck* // *Indian J. Otolaryngol Head Neck Surg.* — 2013 Jul. — 65(Suppl. 1). — 126-130.

12. Hillstrom C., Jakobsson J.G. *Lornoxicam: pharmacology and usefulness to treat acute postoperative and musculoskeletal pain a narrative review* // *Expert Opin. Pharmacother.* — 2013 Aug. — 14(12). — 1679-94.

Отримано 06.08.16 ■

Свиридова Н.К.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Резюме. Боль в нижней части спины (БНС) представляет собой важную социальную и экономическую проблему. Распространенность острой и хронической БНС у взрослых удвоилась за последнее десятилетие и продолжает резко расти как у мужчин, так и женщин. БНС оказывает существенное влияние на функциональную активность, поскольку ограничивает некоторые виды профессиональной деятельности и является одной из основных причин нетрудоспособности. С учетом этого диагностическая оценка пациентов с БНС может быть очень сложной и требует особых клинических решений. Отвечая на вопрос о причине возникновения боли, выбирая среди нескольких структур, которые потенциально участвуют в формировании БНС, следует

учитывать ключевые факторы развития этой патологии, так как неправильно установленный диагноз может привести к терапевтическим ошибкам. Исходя из практических рекомендаций по ведению БНС, большинство международных экспертов считают обязательным применение для купирования БНС нестероидных противовоспалительных препаратов, которые имеют высокий обезболивающий эффект и выраженное противовоспалительное действие. Было проанализировано значительное количество клинических исследований, подтверждающих эффективность лорноксикама и его преимущества в лечении острой боли.

Ключевые слова: боль в спине, лечение острой боли, лорноксикам.

Sviridova N.K.

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

LOW BACK PAIN

Summary. Low back pain (LBP) is a major social and economic problem. The prevalence of acute and chronic LBP in adults has doubled in the last decade and continues to grow rapidly in both men and women. LBP has a significant impact on the functional activity as it limits certain kinds of professional activity and is one of the main causes of disability. Given this, the diagnostic evaluation of patients with LBP can be very complex and requires special clinical decisions. When answering the questions about the causes of pain, choosing among several structures, which potentially involved in the formation

of LBP, the key factors of this disease should be taken into account, because the wrong diagnosis can lead to therapeutic errors. Based on practical guidelines for the management of LBP, most international experts believe mandatory to use for LBP relief nonsteroidal anti-inflammatory drugs, which have strong analgesic effect and a strong anti-inflammatory action. We have analyzed a large number of clinical studies that confirm the effectiveness of lornoxicam and its benefits in the treatment of acute pain.

Key words: back pain, treatment of acute pain, lornoxicam.