

УДК 615.276.03:616.8-009.7-031:611.946].035.1

А.Е. КАРАТЕЕВ

Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, г. Москва

ВЫБОР НПВП ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ



Неспецифическая боль в нижней части спины (БНЧС) – одна из наиболее частых причин обращения к врачу. Активная обезболивающая терапия при этом страдании позволяет снизить риск формирования хронического болевого синдрома, являющегося самостоятельной клинической проблемой и серьезным фактором, влияющим на продолжительность жизни пациентов. В настоящем обзоре рассмотрены различные методы немедикаментозного лечения и фармакотерапии БНЧС. Представлены неоднозначные результаты метаанализа серии клинических исследований, касающихся использования классического массажа, мануальной терапии, акупунктуры, лазерного излучения. Критически оценивается длительное применение парацетамола и “мягких” опиоидов. Показаны преимущества нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) как средства “первой линии” для купирования острой и хронической БНЧС. Обсуждаются основные подходы для оценки достоинств и недостатков различных представителей этой лекарственной группы. Основным параметром оценки НПВП является, помимо эффективности, баланс риска класс-специфических осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. В этом плане рассмотрены наиболее популярные в нашей стране неселективные НПВП ибупрофен, кетопрофен, диклофенак и ацеклофенак. Представлены доказательства, свидетельствующие о несомненных преимуществах ацеклофенака перед другими представителями НПВП, обосновывающие выбор этого препарата при лечении острой и хронической БНЧС.

Ключевые слова: БНЧС, НПВП, НПВП-гастропатия, сердечно-сосудистые осложнения, ацеклофенак.

Неспецифическая боль в нижней части спины (БНЧС) – одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью и назначения лекарственной терапии в современном мире [9, 36, 47]. В первую очередь это связано с тем значением, которое придается в настоящее время проблеме хронической боли [2].

По современным представлениям, боль не только вызывает страдания и ухудшает качество жизни больного, но и выступает в роли фактора, серьезно влияющего на жизненный прогноз. В связи с этим необходима разработка адекватных методов анальгетической терапии. Хроническая боль является важнейшей причиной потери трудоспособности и социальной активности в современной популяции, а необходимость ее лечения в течение длительного времени становится тяжким бременем для общества и государства. С ней тесно связаны такие патологические состояния, как депрессия, нарушения сна, развитие и дестабилизация сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Хроническая боль, даже если она не связана с прогрессирующим соматическим заболеванием, может оказаться дополнительным фактором, опосредованно угрожающим жизни у пожилых пациентов с коморбидной патологией сердечно-сосудистой системы. Одним из исследований, подтверждающих это положение, является недавняя работа К. Zhu и соавт. [50], которые в течение 5 лет наблюдали 1484 пожилых женщин старше 70 лет, страдающих от боли внизу спины, среди которых 21,7% исходно и 26,9% в конце периода наблюдения испытывали ежедневную боль. В подгруппе женщин, испытывающих боли не менее 1 раза

в день, относительный риск гибели от сердечно-сосудистых осложнений оказался равным 2,13 (1,35–3,34).

Эти данные чрезвычайно важны, поскольку многие больные пожилого возраста, испытывающие хроническую боль, имеют сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы. Так, анализ частоты коморбидных заболеваний у 15 000 жителей США в возрасте 65 лет и старше, страдающих остеоартрозом (ОА), показал, что 80% из них имеют артериальную гипертензию, 31,3% – сахарный диабет, 38% – признаки сердечной недостаточности, 16,9% – ишемическую болезнь сердца, а 17,3% – цереброваскулярные нарушения [46].

БНЧС занимает уникальное положение в структуре патологии опорно-двигательной системы по количеству используемых методов терапевтического воздействия – начиная от “простого анальгетика” парацетамола и заканчивая высокотехнологичными авторскими методами физиотерапии. Однако это разнообразие не облегчает, а скорее, затрудняет работу практикующего врача. Это связано с тем, что информация в отношении клинических достоинств различных препаратов и нефармакологических методов имеет весьма противоречивый характер, отсутствует единая концепция последовательной и комбинированной терапии БНЧС, а выбор того или иного способа терапии очень часто носит эмпирический характер.

Немедикаментозные методы лечения при БНЧС весьма популярны – пожалуй, в большей степени, чем при каком-либо другом заболевании человека. Например, J. Chenot и соавт. [12], опросив 1342 больных с БНЧС, отметили

Каратеев Андрей Евгеньевич, доктор мед. наук, Россия, Москва, 115522, Каширское ш., 34-а Russia Moscow 115522 Kaschirskoye sh., 34-a, НИИ ревматологии РАМН

частое применение немедикаментозных методов лечения, таких как согревающие процедуры, массаж, мануальная терапия, акупунктура (у 69% пациентов). Однако оценить реальное значение подобных способов терапии достаточно сложно.

В последние годы в медицинской литературе появилось большое количество методических обзоров и метаанализов, посвященных таким популярным методам немедикаментозного воздействия, как массаж, мануальная терапия, использование низкоэнергетического лазера, акупунктура и др.

Так, A. Furlan и соавт. [16] провели метаанализ 13 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых проводили оценку эффективности массажа при БНЧС. К сожалению, лишь 5 из них было достаточно высокого качества, причем сравнение с плацебо (ложный массаж) было использовано только в двух работах. Тем не менее суммарная оценка терапевтического потенциала массажа оказалась достаточно высокой – этот метод действительно хорошо купирует боль и улучшает функциональную активность, превосходя многие другие немедикаментозные методы, а стойкость полученного эффекта может быть достаточно высокой.

В отношении перспектив использования мануальной терапии при БНЧС выводы оказались не столь оптимистичными. Это показала работа W. Assendelft и соавт. [5], представляющая метаанализ 39 исследований эффективности мануальной терапии в сравнении с ложным воздействием и другими методами фармакологического и нефармакологического лечения. Изучаемый метод приводил к значимому улучшению (в среднем на 10%) лишь в сравнении с ложной терапией, а в ряде случаев оказался бесполезным или даже вредным. По сравнению с другими методами активного лечения мануальная терапия не имела каких-либо преимуществ.

R. Yousefi-Nooraie и соавт. [48] провели метаанализ применения лазеротерапии при БНЧС, используя данные 6 РКИ. По результатам исследования авторы сделали вывод об отсутствии четких доказательств эффективности этого метода. Хотя умеренное уменьшение боли в сравнении с ложной терапией было доказано, лазеротерапия не влияет на функциональные нарушения и не имеет явных преимуществ перед другими методами активной терапии.

Отношение к использованию акупунктуры, принимая во внимание результаты недавно проведенного метаанализа J. Yuan и соавт. [49], можно назвать скорее сдержанным. В работе были использованы данные 23 исследований с участием 6359 пациентов. Хотя в целом акупунктура имеет благоприятное воздействие на боль и восстановление функции, этот эффект существенно выше только в сравнении с отсутствием терапии. При этом в ходе РКИ был особо отмечен тот факт, что истинная акупунктура не превосходит по своему действию ложную акупунктуру.

Наглядной иллюстрацией этого положения стало масштабное исследование GERAC. Согласно его плану, 1132 больных с хронической БНЧС в течение 6 мес лечились с помощью истинной акупунктуры или получали ложную акупунктуру (использовались настоящие традиционные иглы, но вводились они в заведомо ложные точки). Контролем была стандартная терапия, в качестве которой больные получали физиотерапию и анальгетики. В конце периода наблюдения улучшение состояния как минимум на треть было

достигнуто у 47,6% больных на фоне применения истинной акупунктуры, и лишь у 27,4% больных, получавших стандартную терапию ($p < 0,001$). Однако ложная акупунктура дала такой же эффект – 44,2 (!) [19].

В целом на основании представленных материалов мы можем заключить, что неопровержимых данных о существенных преимуществах немедикаментозных методов лечения БНЧС на сегодняшний день нет. Несомненно, имеются целевые группы больных, у которых их использование оправдано. При этом, однако, не известны объективные критерии, по которым можно было бы выбрать тот или иной метод лечения для конкретного пациента. Следует также принимать во внимание тот факт, что методы немедикаментозного воздействия не стандартизированы, а качество их выполнения во многом определяется опытом и квалификацией специалиста. Кроме того, курсовое применение данных методик связано с существенными материальными затратами и доступно далеко не всем больным.

Гораздо проще выбрать медикаментозные методы лечения. Ведь первая и принципиально важная задача, стоящая перед врачом при БНЧС, – максимально быстрое и эффективное купирование боли. Для этого в арсенале терапевта имеются три основные группы лекарственных препаратов, оказывающих прямое обезболивающее действие – “простой анальгетик” ацетаминофен (парацетамол), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и опиоидные анальгетики.

Не вызывает сомнения тот факт, что именно НПВП являются наиболее широко используемыми препаратами для симптоматического купирования боли при БНЧС [2]. Они достаточно эффективны, удобны в использовании, недороги и в целом хорошо переносятся.

Использование НПВП в качестве анальгетика у пациентов с БНЧС патогенетически оправдано. Какова бы ни была причина развития БНЧС, – а наиболее часто она связана с дегенеративным поражением позвоночника (артроз дугоотростчатых суставов) или повреждением мышечно-связочного аппарата (в рамках миофасциального синдрома), периферический компонент развития боли тесно связан с процессами локального тканевого повреждения и воспаления. Синтез простагландинов, являющихся важнейшими медиаторами воспаления и боли, ответственных за первичную сенситизацию ноцицепторов, контролируется, как известно, циклооксигеназой (ЦОГ) 2. Этот фермент является основной «мишенью» для НПВП – как неселективных (традиционных, н-НПВП), так и селективных ингибиторов ЦОГ-2 (с-НПВП) [2, 10].

Необходимо отметить, что эффективность НПВП как анальгетиков определяется не только периферическим действием, связанным со снижением синтеза простагландинов, а также иных медиаторов боли и воспаления в поврежденных или воспаленных тканях. Принципиальное значение может играть воздействие НПВП на центральные механизмы передачи болевого импульса, так как стойкое и мощное ноцицептивное возбуждение сенсорных нейронов сопровождается гиперэкспрессией ЦОГ-2 в ЦНС. Данному механизму придается большое значение в развитии центральной сенситизации, ответственной за формирование синдрома хронической боли [10].

По мнению западных экспертов, препаратом выбора для купирования умеренно выраженной и слабой боли

самого различного генеза, в том числе и БНЧС, является парацетамол. Его основное достоинство – высокий уровень безопасности при использовании в терапевтической дозе (до 4 г/сут) в течение длительного времени. Однако в России парацетамол традиционно считается (наверное, не совсем оправданно) достаточно слабым препаратом.

Тем не менее в последнем метаанализе Cochran (2008), посвященном использованию НПВП при БНЧС, указано, что достоверных сведений о преимуществе этих препаратов по сравнению с парацетамолом нет [41]. Это по меньшей степени странно, поскольку парацетамол как таковой не показал себя в качестве действенного средства при лечении данного страдания. Свидетельством этого является недавняя работа R. Davies и соавт. [13], представляющая собой метаанализ всех доступных исследований, посвященных изучению лечебного действия парацетамола при БНЧС. Авторы обнаружили всего 7 небольших РКТ достаточно низкого качества с участием 676 больных, в которых парацетамол сравнивали с плацебо или отсутствием терапии. Суммарно лечебный эффект парацетамола в отношении существенного снижения интенсивности боли и улучшения функции подтвержден не был. Вероятно, проблема оценки эффективности НПВП и парацетамола при БНЧС заключается в отсутствии крупных исследований, где бы эти препараты сравнивали между собой, и результат которых, скорее всего, был бы вполне предсказуем. Мы можем судить об этом по данным сравнения эффективности НПВП и парацетамола при остеоартрозе (ОА) – столь же частой, как и БНЧС, причины развития хронической боли в современной популяции.

Согласно данным серии длительных, масштабных и хорошо организованных РКТ, НПВП в среднетерапевтических дозах при длительном использовании у больных ОА достоверно эффективнее высоких доз парацетамола (3–4 г/сут) [8, 38, 45]. Весьма показательным является исследование E. Battie-Gualde и соавт. [5], в котором сравнивали эффект ацеклофенака (200 мг/сут) и парацетамола (3 г/сут) у 168 больных ОА в течение 6 нед. Данная работа показала несомненное преимущество ацеклофенака – снижение боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оказалось больше на 7,6 мм функционального индекса Лекена – на 1,6. Интересно, что прекращение терапии из-за отсутствия эффекта было отмечено лишь у 1 больного, получавшего НПВП, и у 8 больных, получавших парацетамол ($p = 0,001$). При этом частота нежелательных эффектов не различалась и составила 29 и 32% соответственно.

Гораздо важнее вопрос о сравнительной эффективности НПВП и опиоидных препаратов. Опиоиды обладают мощным обезболивающим эффектом, поэтому их использование, несмотря на очевидные ограничения и сложности, вполне оправдано при выраженной БНЧС. Однако эти препараты оказывают свое влияние лишь на проведение и восприятие болевого импульса, никак не воздействуя на процессы его развития. Анальгетический потенциал “жестких” опиоидов не вызывает сомнения. Однако в силу общеизвестных причин они фактически недоступны российским врачам, и говорить о возможности их широкого применения для лечения острой и хронической БНЧС, к сожалению, не приходится. Доступными средствами лечения боли, которые реально могут быть

использованы в клинической практике, являются “мягкие” опиоиды, такие как трамадол и кодеин (последний в низких дозах в составе некоторых комплексных анальгетических препаратов). Однако оценка их эффективности при БНЧС, особенно хронической, неоднозначна. В недавно представленном методическом обзоре были обобщены данные 9 РКТ, в которых эффективность опиоидов сравнивали с плацебо и другими анальгетиками, в том числе НПВП. Согласно результатам анализа, “мягкие” опиоиды снижают выраженность боли (но разница эта не столь значительна по сравнению с плацебо), и в значительно меньшей степени влияют на восстановление функции позвоночника [33].

Результаты серии исследований, в которых сравнивали эффективность НПВП и “мягких” опиоидов, показали, что лечебный потенциал первых не уступает или даже превосходит опиоидные анальгетики, особенно при хронической БНЧС [35, 37].

Таким образом, НПВП на сегодняшний день не только наиболее популярный класс средств, используемых для лечения БНЧС, но и единственная группа лекарственных препаратов, чья эффективность при этом страдании хорошо доказана и не вызывает сомнения.

Подтверждением этого факта стало последнее исследование Cochran (2008), в котором анализировали эффективность НПВП при острой и хронической БНЧС. Доказательная база применения НПВП весьма велика – авторы отобрали для своего исследования 65 РКТ (всего 11 237 пациентов), из которых 42% были признаны как работы хорошего методического качества. Вывод, представленный экспертами, – НПВП однозначно эффективны как при острой, так и хронической БНЧС [41].

Важно отметить, что с точки зрения эффектов четких доказательств в отношении преимуществ какого-либо НПВП при лечении БНЧС до настоящего времени не получено. Поэтому критерием выбора препарата в первую очередь должна служить его безопасность [2].

Основным недостатком НПВП, который, к сожалению, существенно снижает их терапевтические достоинства, является опасность развития класс-специфических побочных эффектов. В первую очередь для этих препаратов весьма типично развитие патологии верхних отделов ЖКТ, характеризующейся наличием эрозий, язв и “гастроинтестинальных катастроф” – кровотечения и перфорации (НПВП-гастропатия). Риск появления данных осложнений у лиц, регулярно принимающих НПВП, возрастает по сравнению с популяцией более чем в 4 раза и составляет примерно 0,5–1 эпизод на 100 пациентов в год. Пациенты, регулярно принимающие НПВП, погибают от подобных осложнений в 2–3 раза чаще, чем люди, не принимающие каких-либо НПВП [1, 2, 25]. Уменьшить опасность развития НПВП-гастропатии позволяет тщательный учет факторов риска, к которым относятся язвенный анамнез, возраст старше 65 лет и прием лекарственных средств, влияющих на свертывающую систему крови (низкие дозы аспирина, иные антитромбоцитарные препараты, прямые и непрямые антикоагулянты). Адекватная профилактика, связанная с использованием более безопасных селективных НПВП, или применение ингибиторов протонной помпы в качестве гастропротекторов существенно снижает (не менее чем в 2 раза), но не устраняет полностью возможность развития осложнений со стороны ЖКТ [1, 2, 25].

Серьезной проблемой, связанной с использованием НПВП, является опасность развития класс-специфических осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. К ним относятся дестабилизация артериальной гипертензии (АГ), прогрессирование сердечной недостаточности (СН) и повышение риска кардиоваскулярных катастроф, прежде всего инфаркта миокарда и ишемического инсульта [2].

К сожалению, использование новых НПВП – селективных ингибиторов ЦОГ-2, демонстрирующих существенно лучшую переносимость в отношении ЖКТ, не позволяет уменьшить опасность осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [2]. Так, в настоящее время не вызывает сомнений, что прием как н-НПВП, так и с-НПВП может приводить к дестабилизации имеющейся АГ [2, 18, 24]. А. Johnson и соавт. [24], проведя метаанализ 50 исследований, показали, что прием НПВП приводит к увеличению АД в среднем на 5 мм рт. ст. Этот эффект был более выражен среди больных, страдающих АГ [24]. Результаты РКИ показывают, что индометацин, пироксикам и напроксен в средних дозах и ибупрофен в высокой дозе, способны снижать эффективность β -блокаторов, диуретиков, ингибиторов АПФ. В меньшей степени они влияют на лечебный потенциал антагонистов кальция [2, 40]. Важно отметить, что с-НПВП также негативно влияют на АГ. По данным метаанализа Т.-J. Aw [6], высокоселективные НПВП (“коксибы”) увеличивают систолическое и диастолическое АД, так же как и традиционные препараты.

Частота серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, если ориентироваться на данные проспективных исследований, не только не уступает, но и превышает по частоте аналогичные показатели для НПВП-гастропатии. Наглядным примером этого стали данные программы MEDAL, наиболее крупного на сегодняшний день исследования безопасности НПВП. В ходе этого РКИ более 34 000 пациентов с ОА или ревматоидным артритом в течение 18 мес принимали высокоселективный НПВП эторикоксиб в дозе 60 и 90 мг/сут, а в качестве активного контроля выступал диклофенак в дозе 150 мг/сут. Суммарная частота серьезных осложнений со стороны ЖКТ (язвы, кровотечения, перфорации) составила 1% на фоне приема эторикоксиба и 1,4% в контрольной группе (причем кровотечения и перфорации – по 0,45%). При этом осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы были отмечены у 1,9% пациентов как основной, так и контрольной группы, а цереброваскулярные нарушения – соответственно у 0,53 и 0,48% больных [11].

Риск развития кардиоваскулярных осложнений стал причиной некоторого снижения интереса к с-НПВП в пользу проверенных временем, хорошо знакомых практикующим врачам и недорогих традиционных препаратов. У пациентов, не имеющих серьезных факторов риска, применение н-НПВП может считаться вполне оправданным. Однако, если эффективность различных представителей н-НПВП в целом одинакова, то переносимость может различаться очень существенно.

Важно отметить, что представление о безопасности лекарства основывается на четких, не вызывающих сомнений доказательствах, а не на субъективном мнении отдельных экспертов. При этом общепризнанными методами оценки препарата являются хорошо организованные контролируемые исследования, а также анализ его применения в

реальной клинической практике, основанный на когортных наблюдательных и популяционных исследованиях. Последние особенно нужны для определения реального риска развития опасных, но относительно нечастых побочных эффектов (исследования “случай–контроль”).

В нашей стране наиболее популярными представителями н-НПВП до настоящего времени являлись ибупрофен, кетопрофен и диклофенак, поэтому нам представляется важным обсудить в настоящем обзоре уровень их безопасности.

Ибупрофен в течение долгого времени оставался наиболее безопасным представителем группы НПВП, обладающим при этом высоким анальгетическим потенциалом. В то же время необходимо учитывать, что свою относительную безопасность и хорошую переносимость этот препарат показывает лишь при использовании в низких дозах. При продолжительном приеме средних и высоких противовоспалительных доз ибупрофена (более 1800 мг/сут) ситуация становится совершенно иной. В такой дозе ибупрофен вызывает не меньше серьезных осложнений, чем другие н-НПВП, что было показано результатами масштабных РКИ CLASS и TARGET [15, 43]. Это подтверждает серия эпидемиологических исследований, суммированная в метаанализе D. Henry и соавт. [23]. Весьма показательны данные T. Pohjolainen и соавт. [39], сравнивавших эффективность нимесулида 200 мг и ибупрофена 1800 мг у 102 больных с острой БНЧС. Через 10 дней наблюдения ибупрофен (он оказался достоверно менее эффективен) вызвал почти в 2 раза больше побочных эффектов со стороны ЖКТ, чем нимесулид (13 и 7% соответственно). По результатам 3-месячного эндоскопического РКИ (n = 1042), при приеме ибупрофена в дозе 2400 мг/сут язвы и множественные эрозии развились у 21,7% больных, что более чем в 3 раза превышало частоту развития патологии со стороны ЖКТ на фоне приема препаратов сравнения – лумиракоксиба и целекоксиба (5,5 и 5,6% соответственно) [21].

Как и при использовании других н-НПВП, на фоне приема ибупрофена может возникать дестабилизация АГ [3, 18, 24]. С другой стороны, опасность кардиоваскулярных катастроф (в частности, инфаркта миокарда) у получавших ибупрофен оказалась ниже, чем у многих других НПВП, здесь он занимает позицию, близкую напроксену и целекоксибу [34]. К сожалению, у этого препарата отмечается неблагоприятное фармакологическое взаимодействие с низкими дозами аспирина [2, 32]. Это было показано в работе [44], в которой изучали риск развития инфаркта миокарда (ИМ) у больных, принимающих различные НПВП с и без аспирина (2 356 855 пациентов/лет, 15 343 случая ИМ, 1233 летальных исхода). На фоне приема практически всех НПВП при комбинации с аспирином отмечалось снижение риска ИМ, но не при использовании ибупрофена. При комбинации этого препарата с аспирином риск ИМ несколько повышался. В связи с этим не следует назначать ибупрофен пациентам, нуждающимся в приеме низких доз аспирина вследствие повышенного риска сердечно-сосудистых осложнений.

Кетопрофен – один из наиболее популярных НПВП в России. Этот препарат показал себя как эффективный анальгетик, который может быть с успехом использован для купирования острой и хронической боли. Проведенное в конце 80-х годов прошлого века европейское наблюдательное исследование, в которое были привлечены более 20 000

пациентов, а также ряд отечественных работ демонстрируют его хорошую переносимость [4, 30]. Однако дизайн проведенных исследований не позволял оценить реальную частоту опасных побочных эффектов, поскольку практически во всех случаях речь шла об относительно кратковременном приеме этого препарата. Абсолютно другая картина возникает при знакомстве с результатами большого числа независимых европейских популяционных исследований. Их данные свидетельствуют о том, что риск развития серьезных осложнений со стороны ЖКТ при использовании кетопрофена значительно превосходит аналогичный для других н-НПВП – диклофенака, ибупрофена и ацеклофенака [17, 26–28]. В уже упомянутой выше работе [23] было показано, что относительный риск развития ЖКТ-кровотечений при использовании кетопрофена превышал аналогичный для ибупрофена в 10 раз.

До последнего времени “золотым стандартом” среди НПВП считался диклофенак – препарат с умеренной селективностью в отношении ЦОГ-2, высоким анальгетическим и противовоспалительным потенциалом, а также неплохой, если сравнивать с большинством других НПВП, переносимостью. По данным на 1994 г. диклофенак по своей переносимости уступал лишь ибупрофену (и то в низких дозах) и был существенно безопаснее в сравнении с кетопрофеном, индометацином, напроксеном и пироксикамом [23].

Весьма интересны данные масштабного 18-месячного исследования MEDAL [11], в котором диклофенак сравнивали с высокоселективным ингибитором ЦОГ-2 – эторикоксибом. Хотя общее число осложнений со стороны ЖКТ при использовании диклофенака оказалось выше на 40% (следует учитывать, что этот препарат в дозе 150 мг больные принимали непрерывно в течение 1,5 года), частота ЖКТ-кровотечений и перфораций не отличалась от частоты аналогичных эпизодов при приеме эторикоксиба – по 0,45%.

Однако репутация диклофенака, завоеванная в свое время оригинальным препаратом компании Ciba-Geigy, преемником которой является фирма “Новартис”, была в России фактически потеряна после появления большого количества генериков (по некоторым данным, их число доходит до 100). Лечебный потенциал и переносимость многих из них не исследовали, а их единственным реальным достоинством является низкая стоимость. Среди 3088 ревматологических больных, регулярно принимавших диклофенак (подавляющее большинство – генерики), язвы и эрозии ЖКТ были обнаружены у 540 (17,5%), что не отличалось от частоты аналогичной патологии на фоне приема индометацина (17,7%) и пироксикама (19,1%), которые общепризнанно считаются более токсичными препаратами [1].

Необходимо отметить, что мнение о безопасности препарата основывается не на риске опасных осложнений (они, к счастью, возникают достаточно редко), а на субъективной переносимости, связанной с появлением неприятных симптомов со стороны ЖКТ. НПВП-ассоциированная диспепсия вызывает серьезное беспокойство больных и возникает более чем у трети потребителей НПВП. При этом развитие диспепсии, в отличие от НПВП-гастропатии, в большей степени определяется фармакологическими свойствами конкретного препарата, поскольку механизм ее развития в

большей степени связан с локальным раздражающим действием [2]. Именно по этому дешевые генерики могут переноситься существенно хуже, чем оригинальный препарат.

Относительно высокий риск развития кардиоваскулярных катастроф является еще одной проблемой, связанной с использованием диклофенака, поэтому чрезвычайно важны данные, представленные в работе Р. McGettigan и соавт. [34], в которой проведен метаанализ 17 исследований случай-контроль. Согласно полученным результатам, относительный риск развития ИМ при приеме диклофенака составил 1,4, в то время как для на-проксена – 0,97, для пироксикама – 1,06, ибупрофена – 1,07, индометацина – 1,3. Таким образом, применение диклофенака было связано с наибольшим риском развития ИМ по сравнению с другими популярными н-НПВП.

Прекрасной альтернативой диклофенаку является ацеклофенак (Аэртал, “Гедеон Рихтер”). По мнению ряда ведущих экспертов, и прежде всего акад. РАМН В. А. Насоновой, этот препарат обладает весьма благоприятным сочетанием эффективности и безопасности, что выгодно выделяет его среди всех традиционных НПВП [3, 29].

Анальгетический и противовоспалительный потенциал ацеклофенака хорошо доказан. Как показано в работе М. Dolley и соавт. [14], которая представляет собой метаанализ 13 исследований: РКИ с активным контролем, а также наблюдательных, когортных и нерандомизированных исследований, ацеклофенак эффективно купирует боли при ревматических и неревматических заболеваниях, а также улучшает функции и повышает активность больных при ОА и дорсопатиях. Имеются не вызывающие сомнения данные о влиянии на число воспаленных суставов и утреннюю скованность при ревматоидном артрите и анкилозирующем спондилоартрите, что отражает наличие клинически значимого противовоспалительного действия. Таким образом, в сравнении с диклофенаком, кетопрофеном, ибупрофеном и напроксеном, ацеклофенак имеет столь же или более выраженную терапевтическую активность.

Большой интерес представляет исследование М. Schaltenkircher и соавт. [42], которые сравнивали эффективность ацеклофенака (200 мг/сут) и диклофенака (150 мг/сут) у 227 больных с острой БНЧС. Через 10 дней лечения среднее снижение выраженности боли по ВАШ было одинаковым: на 61,6 и 57,3 мм соответственно. Полное купирование боли было достигнуто у 6 больных, принимавших ацеклофенак, и лишь у одного, получавшего диклофенак. При этом развитие хотя бы одного нежелательного эффекта в группе ацеклофенака отмечали несколько реже, чем в группе диклофенака – 14,9 и 15,9% случаев соответственно [42].

Для реальной оценки достоинств аэртала (ацеклофенак) необходимо ориентироваться не только на данные клинических испытаний, но и на мнение больных. Для изучения этого вопроса была проведена европейская программа оценки удовлетворенности врачей и пациентов результатами анальгетической терапии [31]. В ходе этого масштабного исследования ацеклофенак был назначен 23 407 больным в Австрии, Бельгии, Голландии и Греции, испытывающим боли, связанные с ревматической патологией (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит и БНЧС), травмами и перенесенными операциями. Важно отметить, что более половины из этих пациентов уже получали НПВП, но не были удовлетворены результатами терапии. Полученный

результат можно оценить как воодушевляющий. 85% больных в конце периода наблюдения оценили эффективность ацеклофенака как “очень хорошую”, число пациентов, оценивающих боль как тяжелую снизилось с 41 до 2%, а у 32% отмечалось полное купирование боли.

В Великобритании с целью сравнения безопасности ацеклофенака и диклофенака в клинической практике было проведено масштабное испытание SAMM. Ацеклофенак (200 мг/сут) был назначен 7890 пациентам, а диклофенак (150 мг/сут) – 2252 пациентам с ревматоидным артритом, остеоартрозом и анкилозирующим спондилитом сроком на 12 мес. Исследование завершили 27,9% и 27% больных, принимавших ацеклофенак и диклофенак соответственно, средняя длительность приема НПВП составила около 6 мес. Новый НПВП по своей переносимости достоверно превосходил недавний “золотой стандарт”: осложнения со стороны ЖКТ развились у 10,6 и 15,2% пациентов, получавших ацеклофенак и диклофенак соответственно ($p < 0,001$). При использовании ацеклофенака терапия была прервана из-за каких-либо нежелательных эффектов достоверно реже, чем при приеме диклофенака – в 14,1 и 18,7% случаев соответственно ($p < 0,001$). Опасные осложнения, такие как кровотечение и перфорация, развились лишь у 7 больных, принимавших ацеклофенак, и у 4 пациентов на фоне приема диклофенака (разница недостоверна) [20].

Принципиальное значение для оценки риска опасных осложнений со стороны ЖКТ при использовании ацеклофенака имеют два популяционных исследования (по типу случай–контроль), проведенных в Италии и Испании [26, 28]. В этих работах было показано, что прием ацеклофенака был связан с наименьшим риском развития этих осложнений по сравнению со всеми иными н-НПВП. Например, в работе [26], основанной на анализе данных о кровотечениях у 2777 пациентов, поступивших в клиники Испании в 2002–2004 гг., относительный риск кровотечения для ацеклофенака составил 2,6 (1,5–4,6). При использовании диклофенака аналогичный риск составил 3,1 (2,3–4,2). Остальные н-НПВП демонстрировали еще большую опасность – относительный риск для ибупрофена составил 4,1 (3,1–5,3), для напроксена – 7,3 (4,7–11,4), для кетопрофена – 8,6 (2,5–29,2), для индометацина – 9,0 (3,9–20,7), для пироксикама – 12,6 (7,8–20,3). Единственным крупным исследованием, позволяющим судить о риске сердечно-сосудистых осложнений при использовании ацеклофенака, стало масштабное популяционное исследование, проведенное в Финляндии. А. Helin-Salmivaara и соавт. [22] оценили относительный риск развития ИМ при приеме различных н-НПВП. Ацеклофенак ассоциировался с более низким относительным риском развития ИМ – 1,23 (0,97– 1,62), чем диклофенак – 1,35 (1,18–1,54), ибупрофен – 1,41 (1,28–1,55) и индометацин – 1,56 (1,21–2,03), хотя и уступал кетопрофену – 1,11 (1,02–1,18).

Таким образом, аэртал (ацеклофенак) является препаратом с хорошо доказанным в ходе серии хорошо организованных РКИ, а также длительных наблюдательных и когортных исследованиях обезболивающим и противовоспалительным эффектом. Он не уступает или несколько превосходит такие популярные традиционные НПВП, как диклофенак, ибупрофен и кетопрофен, и значительно эффективнее парацетамола. В сравнении с другими

н-НПВП, ацеклофенак достоверно реже (на 20–30%) вызывает диспепсию, что определяет весьма благоприятное отношение больных к этому препарату. Результаты двух масштабных популяционных исследований свидетельствуют о том, что риск опасных осложнений со стороны ЖКТ при использовании ацеклофенака существенно ниже по сравнению со всеми другими н-НПВП. Кроме того, в крупном эпидемиологическом исследовании был показан для ацеклофенака низкий относительный риск развития ИМ.

В заключение следует отметить, что НПВП не следует рассматривать как единственное средство для лечения БНЧС. Современная концепция терапии БНЧС предусматривает комплексное применение препаратов с различным механизмом действия. Так, учитывая большую роль локального мышечного спазма в патогенезе этого страдания, целесообразно использование миорелаксантов, таких, как прекрасно зарекомендовавший себя толперизон (мидокалм). К тому же миорелаксанты оказывают опосредованное анальгетическое действие и способны потенцировать обезболивающий эффект НПВП. При недостаточном уровне анальгезии необходимо рассмотреть вопрос о дополнительном назначении опиоидных препаратов. Наличие нейропатического компонента боли является прямым показанием для использования специфических лекарственных средств, в частности антиконвульсантов (габапентин и др.). Ориентируясь на опыт конкретного врача, следует решить вопрос о применении немедикаментозных методов. Однако использование НПВП является наиболее простым, действенным и в то же время патогенетически обоснованным методом купирования острой и хронической ноцицептивной боли в спине. В связи с этим назначение НПВП необходимо рассматривать как обязательный первый шаг в терапии этой патологии. При этом аэртал, учитывая оптимальное сочетание эффективности, безопасности и невысокой стоимости, представляется несомненным препаратом выбора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Каратеев А. Е., Насонова В. А. Развитие и рецидивирование язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты: влияние стандартных факторов риска // Тер. арх. 2008. – № 5. – С. 62–66.
- 2 Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клинические рекомендации / Насонов Е.Л., Лазебник Л.Б., Беленков Ю.Н. и др. – М.: Алмаз, 2006.
- 3 Насонова В. А. Ацеклофенак (аэртал) в ревматологической практике // Тер. арх. – 2005. – Т. 77, № 5. – С. 87–90.
- 4 Чичасова Н.В., Иммамметдинова Г.Р., Каратеев А.Е. и др. Эффективность и безопасность кетопрофена (кетонал) при ревматоидном артрите (клинико-эндоскопическое исследование) // Науч.-практ. ревматол. – 2001. – № 1. – С. 47–52.
- 5 Assendeft W., Morton S., Yu E. et al. Spinal manipulative therapy for low back pain // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004. N 1. – CD000447.
- 6 Aw T.-J., Haas S., Liew D. Meta-analysis of cyclooxygenase-2 inhibitor5 and their effects on blood pressure // Arch. Intern. Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 490–496.
- 7 Battle-Gualda E., Roman Ivorra J., Mcirtin-Mola E. et al.

Aceclofenac vs paracetamol in the management of symptomatic osteoarthritis of the knee: a double-blind 6-week randomized controlled trial // *Osteoarthr. Cartilage.* – 2007. – Vol. 15, N 8. – P. 900-908.

8 Boureau F., Schneid H., Zeghari N. et al. The IPSO study: ibuprofen, paracetamol study in osteoarthritis. A randomised comparative clinical study comparing the efficacy and safety of ibuprofen and paracetamol analgesic treatment of osteoarthritis of knee or hip // *Ann. Rheum. Dis.* – 2004. – Vol. 63. – P. 1028-1035.

9 Breivik 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, N 4. – P. 287-333.

10 Camu F. The role of COX-2 inhibitors in pain modulation // *Drug.* – 2003. – Vol. 63, Suppl. – P. 1-7.

11 Cannon C., Curtis S., FitzGerald G. et al. Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison // *Lancet.* – 2006. – Vol. 368, N 9549. – P. 1771-1781.

12 Chenot J., Becker A., Leonhardt C. et al. Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practices cohort study // *BMC Complement Altern. Med.* – 2007. – Vol. 7. – P. 42.

13 Davies R., Maher C., Hancock M. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain // *Eur. Spine J.* – 2008. Vol. 17, N 11. – P. 1423-1430.

14 Dooley M., Spencer C., Dunn C. Aceclofenac: a reappraisal of its use in the management of pain and rheumatic disease // *Drugs.* – 2001. – Vol. 61, N 9. – P. 1351-1378.

15 Farkouh M., Kirshner H., Harrington R. Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial (TARGET), cardiovascular outcomes: randomized controlled trial // *Lancet.* – 2004. – Vol. 364. – P. 675-684.

16 Furlan A., Brosseau L., Imamura M., Irvin E. Massage for low back pain // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2002. – N 2. – CD001929.

17 Garcia Rodriguez L., Cattaruzzi C. et al. Risk of hospitalization for upper gastrointestinal tract bleeding associated with ketorolac, other NSAIDs, calcium antagonists, and other antihypertensive drugs // *Arch. Intern. Med.* – 1998. – Vol. 158. – P. 33-39.

18 Gurwitz J., Avonn J., Bohn R. et al. Initiation of antihypertensive treatment deny nonsteroidal anti-inflammatory therapy // *J. A. M. A.* – 1994. – Vol. 272. – P. 781-786.

19 Haake M., Muller H., Schade-Brittinger C. et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups // *Arch. Intern. Med.* – 2007. – Vol. 167, N 17. – P. 1892-1898.

20 Haskinsson E. C., Irani M., Murray F. A large prospective open-label, multicentre SAMM study, comparing the safety of aceclofenac with diclofenac in patients with rheumatic disease // *Eur. J. Rheumatol. Inflam.* – 2000. – Vol. 17. – P. 1-7.

21 Hawkey C., Svoboda P., Fiedorowicz-Fabtycy I. et al. Gastrointestinal safety and tolerability of lumiracoxib compared with Ibuprofen and celecoxib in patients with osteoarthritis // *J. Rheumatol.* – 2004. – Vol. 31, N 9. – P. 1804-1810.

22 Helin-Sahnivaara A., Virtanen A., Vesa/ainen R. et al. 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. – Vol. 27, N 14. – P. 1657-1663.

23 Henry D., Lim L., Garcia Rodriguez L. et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis // *Br. Med. J.* – 1996. – Vol. 312. – P. 1563-1566.

24 Johnson A., Nguyen T., Day R. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis // *Ann. Intern. Med.* – 1994. – Vol. 121. – P. 289-300.

25 Lain L. Proton pump inhibitor co-therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs – nice or necessary? // *Rev. Gastroenterol. Dis.* – 2004. – Vol. 4. – P. 33-41.

26 Lanas A., Garcia-Rodriguez L., Arroyo M. et al. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclooxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations // *Gut.* – 2006. – Vol. 55, N 12. – P. 1731-1738.

27 Langman M., Weil J., Wainwright P. et al. Risk of bleeding peptic ulcer associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs // *Lancet.* – 1994. – Vol. 343. – P. 1075-1078.

28 Laporte J., Ibanez L., Vidal X. et al. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents // *Drug Safety.* – 2004. – Vol. 27. – P. 411-420.

29 Legrand E. Aceclofenac in the management of inflammatory pain // *Exp. Opin. Pharmacother.* – 2004. – Vol. 5, N 6. – P. 1347-1357.

30 Le Loet X. Safety of ketoprofen in the elderly: a prospective study on 20,000 patients // *Scand. J. Rheumatol.* – 1989. – Suppl. 83. – P. 21-27.

31 Lemmel E., Leeb B., De Bast Aslanidis S. Patient and physician satisfaction with aceclofenac: results of the European Observational Cohort Study (experience with aceclofenac for inflammatory pain in daily practice). Aceclofenac is the treatment of choice for patients and physicians in the management of inflammatory pain // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2002. – Vol. 18, N 3. – P. 146-153.

32 MacDonald T., Wei L. Effect of ibuprofen on cardio-protective effect of aspirin // *Lancet.* – 2003. – Vol. 361. – P. 573-574.

33 Marled B., O'Connor P., Kerns P. et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy and association with addiction // *Ann. Intern. Med.* – 2007. – Vol. 146, N 2. – P. 116-127.

34 McGettigan P., Hery D. Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase // *J. A. M. A.* – 2006. – Vol. 296. – P. 1633-1644.

35 Melscher B., Ktibler U., Jahnei-Kracht H. Dextketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago // *Fortschr. Med. Orig.* – 2001. – Bd 118, N 4. – S. 147-151.

36 Neville A., Peleg R., Singer Y. et al. Chronic pain: a population-based study // *Isr. Med. Assoc J.* – 2008. – Vol. 10, N 10. – P. 676-680.

37 O'Donnell J., Ekman E., Spalding W., McCabe D. Analgesic effectiveness, tolerability, and safety of celecoxib versus tramadol in patients with chronic low back pain // *ACR.* – 2007.

38 Pincus T., Koch G., Lei PL. et al. Patient Preference for Placebo, Acetaminophen (paracetamol) or Celecoxib Efficacy Studies (PACES): two randomised, double blind, placebo controlled, crossover clinical trials in patients with knee or

hip osteoarthritis // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – Vol. 63. – P. 931-939.

39 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. – 2000. – Vol. 25, N 12. – P. 1579-1585.

40 Polonia J., Boaventura I., Gama G. et al. Influence of non-steroidal anti-inflammatory drugs on renal function and 24 h ambulatory blood pressure-reducing effects of enalapril and nifedipine gastrointestinal therapeutic system in hypertensive patients // J. Hypertens. – 1995. – Vol. 13, N 8. – P. 925-931.

41 Roelofs P., Deyo R., Koes B. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain // Cochrane Database Syst. Rev. 2008. – N 1. – CD000396.

42 Schattenkirchner M., Milachowski K. A double-blind, multicentre, randomized clinical trial comparing the efficacy and tolerability of aceclofenac with diclofenac resinate in patients with acute low back pain // Clin. Rheumatol. – 2003. – Vol. 22, N 2. – P. 127-1235.

43 Silverstein F., Faich G., Goldstein J. et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib long-term arthritis safety study // J. A. M. A. – 2000. – Vol. 84. – P. 1247-1255.

44 Singh G., Graham D., Wang FL. et al. Concomitant aspirin use reduces the risk of acute myocardial infarction in users of cyclooxygenase-2 selective and some non-selective nonsteroidal anti-inflammatory drugs // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65, Suppl. II. – P. 61, OP0024 abstr.

45 Towheed T., Maxwell L., Judd M. et al. Acetaminophen for osteoarthritis // Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – N 1. CD004257.

46 Wang P., Avorn J., Brookhart M. et al. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // Hypertension. – 2005. – Vol. 46, N 2. – P. 273-279.

47 Woolf A., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions // Bull. Wld Hlth Org. – 2003. – Vol. 81, N 9.

48 Yousefi-Noorci R., Schonstein E., Heidari K. et al. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain // Cochrane Database Syst. Rev. – 2007. – N 2. – CD005107.

49 Yuan J., Purepong N., Kerr D. et al. Effectiveness of acupuncture for low back pain: a systematic review // Spine. – 2008. – Vol. 33, N 23. – P. 887-900.

50 Zhu K., Devine A., Dick I., Prince R. Association of back pain frequency with mortality, coronary heart events, mobility, and quality of life in elderly women // Spine. – 2007. – Vol. 32, N 18. – P. 2012-2018.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.Е. КАРАТЕЕВ

РМФА Ревматология ФЗИ, Мәскеу қ.

АРҚАНЫҢ ТӨМЕНГІ БӨЛІГІНДЕГІ ЖІТІ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУДЫ ЕМДЕУ ҮШІН СТЕРОИДТІ ЕМЕС ҚАБЫНУҒА ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ ТАҢДАУ

Дәрігерлердің көмегіне жүгінудің аса жиі себептерінің бірі

-арқаның төменгі бөлігінің спецификалық емес ауруы болып табылады. Ауруды басатын белсенді терапия адам қиналған кезде созылмалы сырқаттану синдромының қалыптасуы тәуекелдігін төмендетуге мүмкіндік береді, өйткені бұл синдром өз бетінше жеке клиникалық проблема болып саналады және пациент өмірінің ұзақтығына ықпал етуші елеулі фактор болып табылады. Бұл шолуда арқаның төменгі бөлігіндегі жіті және созылмалы ауруды дәрісіз емдеу мен фармакотерапияның әр түрлі әдістері қаралған. Классикалық уқалау, мануальды терапия, акупунктура, лазерлі сәулелендіруді пайдалануға қатысты клиникалық зерттеулер серияларының метаанализінің біркелкі емес нәтижелері келтірілген. Парацетамол мен "жұмсақ" опиоидтардың ұзақ қолданылуы сыни тұрғыдан бағаланған. Арқаның төменгі бөлігіндегі жіті және созылмалы ауруды басу үшін «бірінші кезекте» пайдаланылуға тиіс құрал делінген стероидті емес қабынуға қарсы препараттардың артықшылықтары көрсетілген.

Бұл дәрілік топтағы әр түрлі өкілдерінің жетістіктері мен кемшіліктерін бағалау үшін негізгі жолдар талқыланды. Стероидті емес қабынуға қарсы препараттарды бағалаудағы негізі көрсеткіш ретінде тиімділігімен қатар асқазан ішек жолдары мен жүрек тамырлары жүйесі тарапынан класс-спецификалық асқыну тәуекелдігінің балансы саналады. Бұл орайда біздің елде аса көп қолданылатын селективті емес стероидті емес қабынуға қарсы препараттар ибупрофен, кетопрофен, диклофенак және ацеклофенак қаралған. Стероидті емес қабынуға қарсы препараттардың ішінде басқаларынан ацеклофенактың артықшылығының сөзсіз екендігі дәлелденген. Арқаның төменгі бөлігіндегі жіті және созылмалы ауруды басу үшін басқаларға қарағанда осы препаратты таңдау себебі негізделген.

Негізгі сөздер: арқаның төменгі бөлігіндегі жіті және созылмалы ауру, стероидті емес қабынуға қарсы препарат, стероидті емес қабынуға қарсы препарат-гастропатия, кардиоваскулярлы асқынулар, ацеклофенак.

S U M M A R Y

A. E. KARATEEV

Rheumatology Research Institute, Moscow c.

SELECTION OF NSAIDS FOR THE TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC PAIN IN THE LOWER BACK

Non-specific low back pain (LBP) is one of the most frequent reasons for visiting a doctor. Active treatment with analgetics in such cases reduces the risk of chronification of pain. Such pain syndrome is an independent clinical problem and is a serious factor that has an impact on the patients' lifespan. The paper reviews different pharmacological and non-pharmacological approaches to LBP. Controversial results of a meta-analysis including a series of clinical trials aimed at the assessment of classical massage, manual therapy, acupuncture and laser therapy are presented in the article. The authors criticize long-term administration of paracetamol and "gentle" opioids. They demonstrate the benefits of non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAID) as first-line treatment aimed at alleviation of acute or chronic LBP. The principal approaches to the estimation of the advantages and disadvantages of different drugs belonging to the above pharmacological class are discussed. In such cases the main criterion of choice of NSAIDs, along with their effectiveness, are class-specific complications affecting gastrointestinal and cardiovascular systems. In this context the authors review the following non-selective NSAIDs being the most popular in our country: ibuprofen, ketoprofen, diclofenac and aceclofenac. They give evidence of apparent benefits associated with aceclofenac administration in comparison with the other NSAIDs. Thus, the choice of aceclofenac for treatment of acute and chronic LBP is well-founded.

Key words: LBP, NSAID, NSAID-induced gastropathy, cardiovascular complications, aceclofenac.