

and Human Services. December 1994.

16. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006;15(Suppl. 2):169—91.
17. Данилов А.Б. Возможности применения тизанидина (сирдалуда) в клинической практике. Обзор литературы. РМЖ 2009;17 (20):1370.
18. Coward D.M. Tizanidine: Neuropharmacology and mechanism of action. Neurology 1994;44(Suppl. 9): 6—11.
19. Hutchinson D.R., Daniels F. A multinational study in general practice to evaluate the effectiveness and tolerability of tizanidine in the treatment of painful muscle spasms. Br J Clin Res 1990;1:39—48.
20. Berry H., Hutchinson D.R. Tizanidine and ibuprofen in acute low-back pain: Results of a double-blind multicentre study in general practice. J Intern Med Res 1988;16: 83—91.
21. Sirdalud Ternilin Asia-Pacific Study

- group. Efficacy and gastroprotective effects of tizanidine plus diclofenac versus placebo plus diclofenac in patients with painful muscle spasm. Curr Ther Res 1998;59:13—22.
22. Бадюкин В.В. Применение сирдалуда в ревматологической практике. РМЖ 2005;13(24):1588—9.
23. Bettucci D., Testa L., Calzoni S. et al. Combination of tizanidine and amitriptyline in the prophylaxis of chronic tension — type headache: evaluation of efficacy and impact on quality of life. J Headache Pain 2006;7(1):34—6.
24. Воробьева О.В. Возможности альфа-адренергических агонистов в лечении миофасциальной боли. РМЖ 2007;5:445—8.
25. McClean G.J. Does Gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain? A randomised, double-blind, placebo controlled study. Pain Clinic 2001;13:103—7.

26. Keitel W., Frerick H., Kuhn U. et al. Capsicum pain plaster in chronic non-specific low back pain. Arzneimittelforschung 2001;51(11):896—903.
27. Frerick H., Keitel W., Kuhn U. et al. Topical treatment of chronic low back pain with a capsicum plaster. Pain 2003;106(1—2):59—64.
28. Koes B.W., Scholten R.J.P.M., Mens J.M.A. et al. Epidural steroid injections for low back pain and sciatica: an updated systematic review of randomized clinical trials. Pain Digest 1999;9:241—7.
29. Nelemans P.J., de Bie R.A., de Vet H.C.W. et al. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2001.
30. Watts R.W., Silagy C.A. A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica. Anaesth Intensive Care 1995;23:564—9.

Применение ацеклофенака (аэртала) при боли в спине

Ю.Л. Корсакова

РМАПО, Москва

Боль в спине — самый распространенный вариант поражения опорно-двигательного аппарата, который в большинстве случаев обусловлен патологией мягких тканей и дегенеративными изменениями в позвоночнике, реже — грыжей межпозвонкового диска, спинальным стенозом, компрессионными переломами при остеопорозе, травмами, врожденными аномалиями, смещением позвонков, а также инфекциями, опухолями, воспалительными процессами в позвоночнике и отраженной болью. Ряд ревматических заболеваний протекает с болью в спине, в том числе серонегативные спондилоартриты, болезни Шейермана—Мау и Форестье, остеоартроз и др. Причину болевого синдрома в спине зачастую установить не удается. Для терапии данного патологического состояния применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), среди которых ацеклофенак (аэртал) зарекомендовал себя как эффективное средство, характеризующееся хорошей переносимостью.

Ключевые слова: боль в спине, дегенеративные изменения в позвоночнике, серонегативные спондилоартриты, ацеклофенак (аэртал).

Контакты: Юлия Леонидовна Корсакова julia_06@mail.ru

USE OF ACECLOFENAC (AERTAL) IN BACK PAIN

Yu.L. Korsakova

Russian Medical Academy for Postgraduate Education, Moscow

Back pain is a generalized type of locomotor lesion that is caused by soft tissue pathology and degenerative changes in the vertebral column in most cases and by intervertebral disk herniation, spinal stenosis, compression fractures in osteoporosis, by injuries, congenital anomalies, vertebral displacement less frequently, as well as by infections, tumors, inflammatory processes in the vertebral column, and related pain. A number of rheumatic diseases, including seronegative spondyloarthritis, Scheuermann—Mau' disease, Forestier's disease, osteoarthritis, etc., are accompanied by back pain. The cause of back pain syndrome cannot be frequently identified. This abnormality is treated by nonsteroidal anti-inflammatory drugs, among which aceclofenac (Aertal) has acquired a reputation as an agent having a good tolerability.

Key words: back pain, degenerative changes in the vertebral column, seronegative spondyloarthritis, aceclofenac (Aertal).

Contact: Yulia Leonidovna Korsakova julia_06@mail.ru

Болевой синдром в области позвоночника — самый распространенный вариант патологии опорно-двигательного аппарата. Диагностика и лечение этого синдрома явля-

ются важной биопсихосоциальной проблемой, решением которой занимаются специалисты разного профиля: неврологи, ортопеды, нейрохирурги, ревматологи, психиатры [1].

Болевой синдром в спине в большинстве случаев обусловлен патологией мягких тканей и дегенеративными изменениями позвоночника, реже — грыжей межпозвонкового диска, спинальным стенозом, компрессионными переломами при остеопорозе, травмами, врожденными аномалиями, смещением позвонков, а также инфекциями, опухолями, воспалительными процессами в позвоночнике и отраженной болью [2]. Боль в спине чаще всего развивается у лиц 20—50 лет (пик заболеваемости приходится на 35—45 лет) и является наиболее частой причиной ограничения трудоспособности у людей моложе 45 лет. У 80—90% больных при адекватной терапии, включающей как медикаментозное лечение, так и массаж, мануальную терапию и физические упражнения, боль регрессирует в течение 1 мес [3]. Появлению боли могут предшествовать травмы, подъем тяжестей или резкое движение при потере равновесия. Боль может быть вызвана острыми заболеваниями внутренних органов. При постановке диагноза следует учитывать, что ряд ревматических заболеваний (серонегативные спондилоартриты, болезни Шейермана—Мау и Форестье, болезнь Бехчета, остеоартроз, охроноз, ревматическая полимиалгия, синдром фибромиалгии и синдром гипермобильности суставов) протекает с болью в спине.

К развитию болевого синдрома в позвоночнике приводит выпрямленное положение позвоночника, при котором позвоночник постоянно подвержен травмам и раздражению чувствительных к боли структур: костей, суставов, мозговых оболочек, нервов, мышц и апоневроза. Дегенеративно-дистрофическая перестройка структур позвоночника длительное время может протекать бессимптомно.

Объектом особого внимания отечественных и зарубежных специалистов является боль в нижнем отделе спины (БНС), которая в течение жизни наблюдаются почти у 80% населения. БНС — это боль, локализуемая между XII парой ребер и ягодичными складками. БНС — симптом, а не диагноз, включена в МКБ-10 (M54.5) из-за высокой распространенности и частой невозможности установить ее анатомическую причину. В зависимости от длительности БНС подразделяют на *острую*, *подострую* и *хроническую*. Острая БНС продолжается ≤6 нед, подострая — от 6 до 12 нед, хроническая — >12 нед.

Острая боль в целом имеет благоприятный прогноз, как минимум 60% больных возвращаются к работе в течение 1-го месяца, 90% — в течение первых 3 мес. Однако в последующие 6 мес частота рецидивов может достигать 40%; в общей сложности рецидивы наблюдаются в 85% случаев. Хроническая боль отмечается у 15% больных, в этом случае болевой синдром сохраняется спустя 1 год после начала болезни. Чем раньше больной возвращается к работе, тем меньше вероятность хронического течения болезни. Хроническая, приводящая к нетрудоспособности боль порой беспокоит пациента при полном отсутствии данных о травме позвоночника. Отсутствие явных повреждений не подтверждает диагноз психогенной боли, а наличие психических изменений не означает, что больной не страдает физически.

В зависимости от источника боли в области позвоночника выделяют *вертеброгенные* и *невертеброгенные* болевые синдромы.

Вертеброгенная боль возникает в результате патологических изменений позвоночника и паравертебральных мягких тканей. При дегенеративно-дистрофическом заболевании позвоночника источник болевой импульсации может исходить

как из позвоночника, так и из других структур: суставов, связок, мышц, периферических нервов, нервных корешков, чувствительных и вегетативных ганглиев, спинного мозга. Вертеброгенная боль может быть вызвана следующими патологическими процессами: грыжей диска, спондилезом, остеофитами тел позвонков, сакрализацией, люмбализацией, изменениями в межпозвонковых суставах, анкилозирующим спондилитом (АС), спинальным стенозом, спондилолистезом, переломами позвонков, остеопорозом, опухолями позвонков.

Учитывая некоторые особенности боли в спине, можно определить ее причину и поставить верный диагноз. Так, боль, возникающая в позвонках (при остеопорозе, опухоли, инфекции), часто локализована и носит тупой характер. Эта боль усиливается в положении стоя и сидя и уменьшается в положении лежа. При поражении межпозвонковых суставов боль усиливается в выпрямленном положении позвоночника.

К развитию невертеброгенной боли могут приводить следующие патологические процессы: миофасциальный болевой синдром (МФБС), депрессия, стресс, заболевания внутренних органов, интра-, экстракспинальные и метастатические опухоли, инфекции (туберкулез, остеомиелит, эпидуральный абсцесс), сириномиелия, ретроперитонеальные опухоли, остеоартроз, нарушения метаболизма (болезнь Педжета), остеопороз, остеопороз. Отраженная боль обусловлена распространением болевой импульсации от пораженных внутренних органов в соответствующие зоны в области позвоночника. Особенностью этой боли является отсутствие связи с движениями позвоночника.

Причиной боли в спине зачастую является первичное поражение мышц — МФБС, который встречается у 60—85% больных со скелетно-мышечными болями и характеризуется наличием *триггерных точек* (ограниченных очагов локальной болезненности, расположенных в пучках напряженных мышечных волокон). Для постановки такого диагноза необходимо выявить спазмированную, болезненную при пальпации мышцу, болезненные мышечные уплотнения в ней, активные триггерные точки и зону иррадиации боли. При МФБС наблюдаются связь боли с физической перегрузкой, возникновение ее после переохлаждения мышцы. МФБС часто не связан с остеохондрозом позвоночника и может встречаться независимо от него [4]. Триггерные точки чаще локализуются в мышцах шеи, плечевого и тазового пояса, трапециевидной мышце, квадратной мышце поясницы.

Дегенеративные изменения позвоночника складываются из трех основных компонентов, каждый из которых в российской медицине принято обозначать отдельным термином — «*остеохондроз*», «*спондилез*», «*спондилоартроз*». Ключевую роль в дегенеративных изменениях позвоночника играет остеохондроз. Термин «остеохондроз межпозвонкового диска» предложил в 1933 г. Hildebrandt для определения обширного дегенеративного процесса, поражающего не только хрящ, но и субхондральную часть смежных позвонков. Позже этот термин получил широкое распространение в работах морфологов, рентгенологов и клиницистов [5]. Остеохондроз позвоночника — это первично развивающийся дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках, который ведет к вторичному развитию реактивных и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника.

Межпозвонковые диски являются буферами, смягчающими «сотрясения», приходящиеся на позвоночник. В процессе дегенерации пульпозное ядро межпозвонкового диска,

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

обладающее высокой степенью гидрофильности, теряет влагу, высыхает и распадается на отдельные фрагменты, фиброзное кольцо истончается, утрачивает эластичность, размягчается, и в диске появляются трещины, разрывы и щели. Под влиянием дегенеративных изменений может сформироваться выбухание диска без прорыва фиброзного кольца — «протрузия» диска. Когда происходит прорыв фиброзного кольца с выходом за пределы кольца части или всего пульпозного ядра, говорят уже о «пролапсе», или «грыже», диска.

Остеохондроз рентгенологически проявляется уменьшением высоты диска, которое сопровождается нарушением подвижности позвоночного сегмента. Краевые костные разрастания (остеофиты) — спондилез — увеличивают опорную поверхность тел позвонков и служат проявлением компенсаторного механизма (рис. 1).



Рис. 1. Остеофиты в области шейных позвонков



Рис. 2. На томограмме показано выбухание задних отделов фиброзных колец — спондилолистез (стрелка)



Рис. 3. Грыжа межпозвоночного диска (L₅—S₁)

Уменьшение высоты диска ведет к значительному повышению нагрузки на межпозвоночные суставы. В них развиваются такие же изменения, как и при остеоартрозе периферических суставов, — спондилоартроз. Он может наблюдаться у молодых пациентов (25—30 лет) при наличии врожденных аномалий позвоночника, гипермобильности позвоночных сегментов, травме, а в пожилом возрасте выявляется в 85—90% случаев. Межпозвоночные суставы — это обычные синовиальные суставы с двумя покрытыми гиалиновым хрящом суставными поверхностями. Развитию спондилоартроза может способствовать перегрузка задних отделов позвоночно-двигательного сегмента, включающего дуготростчатые суставы позвонков, межпозвоночные диски, связки, сухожилия, мышцы, фасции. К рентгенологическим признакам спондилоартроза относятся субхондральный склероз суставных поверхностей, сужение суставной щели вплоть до ее полного исчезновения, наличие костных разрастаний в зоне суставов и деформации суставных отростков. Клинически спондилоартроз проявляется двусторонней болью в спине, которая локализуется паравертебрально, а не по средней линии. Объективно выявляется болезненность при глубокой пальпации в проекции дуготростчатых

суставов позвонков. Сильная боль при разгибании позвоночника указывает на патологию дуготростчатых суставов.

С дегенерацией связаны и более грубые изменения позвоночника, способные вызывать повреждение нервных структур: спондилолистез, спинальный стеноз и грыжа диска.

Спондилолистез — прогрессирующее нарушение стабильности позвоночника, которое в ряде случаев приводит к переднему смещению расположенного выше позвонка по отношению к нижнему позвонку. Такие изменения могут стать причиной компрессии спинного мозга и тяжелых неврологических нарушений. При сегментарной нестабильности позвоночника возникает боль в спине, усиливающаяся при длительной нагрузке, стоянии. Типично развитие сегментарной нестабильности у женщин среднего возраста, страдающих умеренным ожире-

нием, с эпизодами боли в спине в анамнезе, впервые отмеченной во время беременности. Неврологическая симптоматика может не выявляться, сгибание не ограничено. Для установления окончательного диагноза требуется проведение рентгенологического исследования с функциональными пробами (сгибанием, разгибанием).

Стеноз (уменьшение диаметра) позвоночного канала может развиваться вследствие гипертрофии суставных отростков, уплотнения связок позвоночника, спондилолистеза. Иногда это приводит к нейрогенной (каудогенной) хромоте, когда боль отсутствует в покое, но возникает при ходьбе (тупая боль в обеих ногах). Характерный симптом при нейрогенной хромоте: при остановке на несколько минут и наклоне вперед интенсивность боли снижается. Сужение просвета спинномозгового канала вызывает боль, обусловленную компрессией нервных структур. Спинальный стеноз может быть связан с врожденной узостью спинномозгового канала, выбуханием заднего отдела фиброзного кольца в просвет канала, формированием остеофитов в области фасеточных суставов, утолщением связок (рис. 2).

При грыже диска (рис. 3) развитие болевого синдрома может быть связано с разрывом фиброзного кольца, смеще-

нием задней продольной связки, компрессией и раздражением спинномозговых корешков.

Боль при остеопорозе в отсутствие переломов обычно не возникает. В костях, несущих нагрузку, при небольших травмах образуются микропереломы. Возникающая при этом боль укладывает больного в постель, а отсутствие физической нагрузки приводит к дальнейшей деминерализации костей и новым переломам. Когда позвонок разрушается полностью, это вызывает боль, но после завершения перелома боль прекращается.

Для метастатических опухолей позвоночника характерно появление локальной боли в спине. Эта боль может быть вызвана сдавлением спинного мозга эпидурально расположенными метастазами. Если сдавление спинного мозга усиливается, развиваются парапарез, потеря чувствительности, дисфункция кишечника, мочевого пузыря. На обзорных рентгенограммах ранним признаком метастатической опухоли является наличие эрозии позвонка, со временем высота позвонка уменьшается. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявляется изменение интенсивности сигнала от тела позвонка. Опухоль поражает тело позвонка, но обычно не затрагивает межпозвонковые диски, даже при поражении 2–3 соседних позвонков диски между ними остаются интактными.

Существующие в настоящее время методы исследования не позволяют с достаточной степенью достоверности идентифицировать анатомическую причину болевого синдрома у 85% больных с острой и у 60% — с хронической болью в области позвоночника [6, 7]. Поэтому диагностика направлена не на точную идентификацию причины болевого синдрома в каждом случае, а на исключение опасных заболеваний, которые ведут к тяжелым последствиям.

У большинства пациентов с острой болью в пояснице нет необходимости проводить рентгенологическое исследование, компьютерную томографию (КТ) и МРТ. Типичные рентгенологические признаки дегенеративных изменений одинаково часто встречаются как при острой боли в спине, так и в случаях отсутствия болевого синдрома. Методы визуализации используются в неясных ситуациях, если лихорадка или локализованная болезненность позвоночника заставляют заподозрить инфекцию или опухоль. Стандартная рентгенография, наиболее информативный метод диагностики хронических воспалительных заболеваний позвоночника, позволяет выявить повреждения, связанные с травмой, патологические переломы при остеопорозе. МРТ обладает значительно большей чувствительностью. Ее следует использовать при выраженных неврологических нарушениях (грыжа диска), подозрении на инфекцию или опухоль.

Показаниями для инструментального исследования являются наличие признаков инфекционного, онкологического или хронического воспалительного заболевания, потенциально опасная неврологическая симптоматика, травма позвоночника и отсутствие клинического улучшения в течение 4–6 нед. Лихорадка, необъяснимое снижение массы тела, сохранение боли в покое, наличие очага хронической инфекции, злокачественная опухоль в анамнезе, длительное лечение глюкокортикоидами (ГК) могут быть признаками вероятной инфекционной и онкологической патологии. К потенциально опасным неврологическим нарушениям относятся неврологическая перемежающаяся хромота (боль в ногах при ходьбе, напоминающая ишемическую перемежающуюся хромоту), нарушение функции тазовых органов.

При клиническом обследовании больного с БНС используют набор симптомов-«индикаторов», или «красных флажков», указывающих на наличие опасных заболеваний [8]. Так, потеря массы тела может указывать на онкологическое заболевание, хронические инфекции, лихорадка — на септический дисцит, эпидуральный абсцесс, ночная боль — на неопластический процесс, ночная боль, уменьшающаяся в положении сидя, — на опухоль хвостового отдела позвоночника, а постоянная интенсивная боль — на почечную колику, сосудистые катастрофы.

Лабораторно-инструментальное обследование обычно включает общий анализ крови (СОЭ имеет значение для диагностики инфекции или миеломы), определение уровней кальция и фосфора, щелочной фосфатазы, ревматоидного фактора. При подозрении на метастазы рака простаты необходимо исследование кислой фосфатазы и простатспецифического антигена. Сцинтиграфия позвоночника может оказать помощь в диагностике воспаления и новообразования. При грыже диска, требующей хирургического вмешательства, целесообразно провести контрастную миелографию. У лиц среднего и пожилого возраста при рецидивирующей боли в спине наряду с онкологическим заболеванием необходимо исключить остеопороз. Особенно это касается женщин в постменопаузальном периоде, которым следует провести костную денситометрию. МРТ позволяет визуализировать тела позвонков, диски, позвоночный канал, корешки и околопозвоночные мягкие ткани. КТ дополняет МРТ в плане визуализации костной структуры позвонков. Вместе с тем МРТ и КТ не заменяют клиническое обследование, а их результаты следует интерпретировать с учетом клинических проявлений заболевания.

Связь боли со временем суток и физической активностью позволяет уточнить характер процесса в позвоночнике. Боль, индуцированная механическими нарушениями, обычно усиливается к вечеру и после физической нагрузки и уменьшается после отдыха. Боль, связанная с воспалением, обычно нарастает в ночные и утренние часы и стихает после разминки.

Для серонегативных спондилоартритов (АС, псориатического артрита, реактивного артрита) характерны усиление боли в ночное время и к утру, скованность по утрам, наличие поражения периферических суставов и энтезитов, повышение СОЭ и уровня СРБ. Рентгенологическим маркером спондилоартритов является сакроилиит. В большинстве случаев сакроилиит в сочетании с болью в области позвоночника встречается при АС (рис. 4). При проведении дифференциальной диагностики следует учитывать сопутствующее поражение периферических суставов и внесуставные проявления.

При болезни Шейермана—Мау (хондропатический кифоз, юношеский кифоз, апофизит тел позвонков, или хондропатия апофизов грудных позвонков) чаще поражаются Т_{VII–X}. Болезнь встречается у мальчиков 11–18 лет. Пациенты предъявляют жалобы на боль в спине, утомляемость мышц спины при обычной нагрузке. При осмотре обнаруживают усиление грудного кифоза. На рентгенограммах выявляется изменение формы позвонков. Нормальные позвонки в грудном отделе имеют вид кирпичиков с ровными краями, позвонки в нижнегрудном отделе приобретают клиновидную форму.

Болезнь Форестье (диффузный идиопатический гиперостоз скелета, старческий анкилозирующий гиперо-

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

стоз позвоночника) описана французским врачом J. Forestier (1890—1982). Заболевание обусловлено развитием костной ткани в связках и сухожилиях (рис. 5). Рентгенологические признаки болезни Форестье регистрируются после 40 лет, несколько чаще у мужчин. Этиология и патогенез заболевания неизвестны. Характерно отсутствие сакроилиита и лабораторных признаков воспалительной активности.

Лечение дорсалгии проводят с учетом формы и варианта течения заболевания. При острой скелетно-мышечной боли в спине нет необходимости в соблюдении постельного режима даже в первые дни заболевания, ношении фиксирующих поясов, использовании опоры при передвижении (трости или костыля). Рекомендуется поддерживать повседневную активность, а при регрессе болевого синдрома как можно скорее приступить к работе. С позиции доказательной медицины к категории А (доказательство эффективности основано на качественно проведенных рандомизированных контролируемых исследованиях) относятся следующие лечебные мероприятия: исключение постельного режима, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), применение трамадола в качестве дополнительного анальгетика при выраженном болевом синдроме [9]. Методом со степенью доказательности В (нет данных рандомизированных контролируемых исследований, однако имеются исследования с применением контрольных групп или исследования «случай—контроль») считается применение миорелаксантов при ночной боли и дискомфорте в области поясницы.

Препаратами выбора для лечения боли в спине являются НПВП [10]. Выбор НПВП в каждом конкретном случае определяется индивидуальной переносимостью, спектром побочных явлений, а также длительностью действия препарата.

Для лечения болевого синдрома в спине широкое применение нашел ацеклофенак (аэртал) — производное фенилацетиловой кислоты (2—[(2,6-дихлорфенил)амино]фенилацетоксусная кислота), зарегистрированный в России в 2002 г. По структуре ацеклофенак близок к диклофенаку. Препарат относится к неселективным ингибиторам циклооксигеназы (ЦОГ), обладает высокой обезболивающей и противовоспалительной активностью. Противовоспалительный эффект обеспечивается за счет угнетения экспрессии молекул клеточной адгезии (в частности, L-селектина), подавления адгезии нейтрофилов к эндотелию [11]. Кроме того, на фоне приема ацеклофенака наблюдаются активация синтеза антагонистов рецепторов интерлейкина 1 и подавление образования оксида азота [12]. Ацеклофенак метаболизируется преимущественно в печени в 4-гидроксид-ацеклофенак, а также в другие метаболиты, включая диклофенак [13]. Период полувыведения колеб-



Рис. 4. Сакроилиит. III стадия по Dale справа, IV стадия — слева

лется от 3,6 до 6,2 ч. Препарат выделяется из организма преимущественно с мочой. Лечебная доза составляет 200 мг/сут, поддерживающая — 100 мг/сут [14].

Согласно данным клинических исследований, аэртал обладает выраженным обезболивающим эффектом и хорошей переносимостью, что позволяет рассматривать его в качестве препарата выбора при длительной терапии больных с остеоартрозом, ревматоидным артритом (РА), АС, некоторыми другими хроническими дегенеративными поражениями суставов [15]. При боли в спине также наблюдается выраженный противовоспалительный и обезболивающий эффект ацеклофенака. Многоцентровое двойное слепое 12-недельное исследование эффективности ацеклофенака (100 мг 2 раза в сутки, n=135) в сравнении с теноксикамом (20 мг/сут однократно, n=138) проведено у пациентов с АС [16]. Оба препарата продемонстрировали высокую эффективность и сопоставимую переносимость. В другом многоцентровом рандомизированном двойном слепом исследовании сравнивали эффективность ацеклофенака (100 мг 2 раза в сутки) и диклофенака резината (75 мг 2 раза в сутки) у 227 больных с острой неспецифической БНС, принимавших исследуемые препараты в течение 10 сут [17]. Сроки и качество купирования болевого синдрома оказались сопоставимыми в обеих группах, однако применение ацеклофенака характеризовалось значительно меньшим числом побочных эффектов.



Рис. 5. Оссификация передней продольной связки при болезни Форестье

Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

Частота серьезных гастроинтестинальных осложнений при применении ацеклофенака значительно ниже, чем у других НПВП. Это объясняется тем, что препарат в большей степени ингибирует образование ЦОГ 2. В обзоре, посвященном оценке эффективности ацеклофенака в ходе различных по дизайну исследований, в которых сравнивали разные препараты (диклофенак, напроксен, пироксикам, индометацин, теносикам и кетопрофен), отмечена эффективность препарата для купирования болевого синдрома или воспалительного процесса при продолжительности курса лечения от 2 до 6 мес наряду с низкой частотой побочных эффектов [18]. В 12-месячном проспективном открытом многоцентровом исследовании SAMM изучали переносимость ацеклофенака [19]. Под наблюдением находилось 10 142 пациента, страдающих РА, АС и остеоартрозом. Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили пациенты (n=7890), получавшие ацеклофенак (по 100 мг 2 раза в сутки), 2-ю группу — пациенты (n=2252), леченные диклофенаком (по 75 мг 2 раза в сутки). Длительность терапии — соответственно 168 и 170 дней. Общее число побочных эффектов, а также число больных, прекративших лечение из-за непереносимости, оказались достоверно ниже в группе, получавшей ацеклофенак. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наблюдались соответственно в 10,6 и 15,2% случаев. Частота развития тошноты, боли в животе и диареи, приведших к прекращению лечения, была соответственно на 46; 65 и 41% меньше в группе пациентов, принимавших ацеклофенак.

В 2002 г. опубликованы данные панъевропейского исследования, в которое было включено 23 407 пациентов с воспалительными и дегенеративными заболеваниями суставов [20]. Значительное улучшение, по мнению как больных, так и врачей, наступило у 84% пациентов, получавших ацеклофенак. Результаты исследования позволили рекомендовать ацеклофенак для купирования как острых, так и хронических болевых синдромов. A. Raber и соавт. опубликовали результаты масштабного исследования частоты гастроинтестинальных и иных осложнений вследствие применения НПВП [21]. Авторы сопоставили риск развития различных осложнений вследствие приема внутрь ацеклофенака (200 мг/сут), мелоксикама (7,5 и 15 мг/сут) и рофекоксиба (25 мг/сут). Наилучшая переносимость наблюдалась именно у ацеклофенака. Приведенные сведения об эффективности и переносимости ацеклофенака (аэртал) позволяют рассматривать его в качестве препарата выбора при боли в спине.

При назначении ацеклофенака следует учитывать, что препарат противопоказан при обострениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушениях кровотока неясной этиологии. При одновременном применении ацеклофенака и других препаратов возможны повышение концентрации в плазме крови дигоксина, фенитоина, лития и уменьшение эффективности диуретиков и антигипертензивных средств. При приеме ацеклофенака и ГК или других НПВП повышается риск развития побочных эффектов со стороны ЖКТ. При одновременном использовании не прямых антикоагулянтов повышается риск развития кровотечений.

Применение физиотерапевтических методов лечения (чрескожной электронейростимуляции, массажа и акупунктуры) при БНС нецелесообразно, так как данные об их эффективности ограничены. Рекомендуются отказ от курения, снижение массы тела, физические упражнения (степень доказательности С). К этой же категории доказательности относится применение мануальной терапии и криопроцедур. Целесообразность проведения лечебной гимнастики и эпидуральных инъекций ГК основана лишь на мнениях экспертов об эффективности метода (степень доказательности D) и требует тщательного подбора групп больных для этих видов лечения.

В арсенал современных лекарственных средств для лечения БНС входят различные медикаменты для наружного применения, например трансдермальная терапевтическая система с лидокаином, различные НПВП в форме мази, крема и геля. Иногда при неэффективности медикаментозных методов лечения дорсалгии встает вопрос о хирургическом вмешательстве. Абсолютными показаниями к операции при пояснично-крестцовой радикулопатии следует считать сдавление корешков конского хвоста с парезом стопы, анестезией аногенитальной области, нарушением функций тазовых органов, относительным показанием — выраженный корешковый болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению в течение 4 нед.

Итак, боль в спине может быть вызвана как дегенеративными заболеваниями позвоночника, так и воспалительными процессами, кроме того, зачастую она обусловлена патологией мягких тканей или поражением внутренних органов. Поэтому обследование и лечение пациента требуют индивидуального подхода, предполагающего исключение опасных заболеваний и выбор необходимого объема медицинского вмешательства. Среди множества НПВП, применяемых при болевом синдроме, в частности при дорсалгии, как эффективное и безопасное средство зарекомендовал себя ацеклофенак (аэртал).

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Guzman J., Esmail R., Karjalainen K. et al. WITHDRAWN: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18(2):CD000963.
- Deyo R.A., Weinstein J.N. Low Back Pain. *N Engl J Med* 2001;344:363—70.
- Wand B.M., Bird C., McAuley J.H. et al. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004;29(21):2350—6.
- Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. В кн.: А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий. Боль и обезболивание. М.: Медицина, 1997;98—126.
- Епифанов В.А., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника. М.: МЕДпресс-информ, 2004;24.
- Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице. *Consilium medicum* 2002;2:96—102.
- Devereaux M.W. Neck and low back pain. *Med Clin North Am* 2003;87(3):643—62.
- Hadler N. Arthritis and Allied conditions. 13th ed. Baltimore, 1997;2:1821—33.
- Harwood M.I., Smith B.J. Low Back Pain: A Primary Care Approach. *Clinics in Family Practice* 2005;7(2):279—303.
- Sadoughi A. Low back pain. *Semin. Anesth* 2003;22:159—67.
- Gonzalez-Alvaro I., Carmona L., Daz-Gonzalez F. et al. Aceclofenac, a new non-steroidal anti-inflammatory drug, decreases the expression and function of some adhesion molecules on human neutrophils. *J Rheumatol* 1996;23(4):723—9.
- Maneiro E., Lopez-Armada M., Fernandez-Sueiro J. et al. Aceclofenac

increases the synthesis of interleukin 1 receptor antagonist and decreases the production of nitric oxide in human articular chondrocytes. *J Rheumatol* 2001;28(12):2692—9.

13. Yamazaki R., Kawai S., Matsuzaki T. et al. Aceclofenac blocks prostaglandin E2 production following its intracellular conversion into cyclooxygenase inhibitors. *Eur J Pharmacol* 1997;329(2—3):181—7.

14. Aceclofenac. Almirall Prodespharma S.A. Barcelona, 2003;120.

15. Reginster J., Paul I., Henrotin Y. What is the role of aceclofenac in the therapeutic arsenal against chronic osteoarthritis pathologies? *Rev Med Liege* 2001;56(7):484—8.

16. Villa Alcazar L., de Buergo M., Rico Lenza H. et al. Aceclofenac is as safe and

effective as tenoxicam in the treatment of ankylosing spondylitis: a 3 month multicenter comparative trial. Spanish Study Group on Aceclofenac in Ankylosing Spondylitis. *J Rheumatol* 1996;23(7):1194—9.

17. Schattenkirchner M., Milachowski K. A double-blind, multicentre, randomised clinical trial comparing the efficacy and tolerability of aceclofenac with diclofenac resinate in patients with acute low back pain. *Clin Rheumatol* 2003;22(2):127—35.

18. Dooley M., Spencer C., Dunn C. Aceclofenac: a reappraisal of its use in the management of pain and rheumatic disease. *Drugs* 2001;61(9):1351—78.

19. Huskisson E., Irani M., Murray F. A large prospective open-label, multicentre SAMM study, comparing the safety of aceclofenac in

patients with rheumatic disease. *Eur J Rheumatol Inflamm* 2000;7:1—7.

20. Lemmel E., Leeb B., De Bast J. et al. 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;18(3):146—53.

21. Raber A., Heras J., Costa J. et al. Incidence of spontaneous notifications of adverse reactions with aceclofenac, meloxicam, and rofecoxib during the first year after marketing in the United Kingdom. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2007;3(2):225—30.

Эторикоксиб (аркоксиа) в ревматологии

Ф.М. Кудяева, В.Г. Барскова

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

В статье представлена информация о селективном ингибиторе ЦОГ 2 эторикоксибе, зарегистрированном для применения во многих странах мира. Дано краткое описание некоторых ключевых исследований, посвященных эффективности и переносимости эторикоксиба в ревматологии.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, ревматические заболевания, эторикоксиб.

Контакты: Фатима Магомедовна Кудяева kufat@rambler.ru

ETORICOXIB (ARCOXIA) IN RHEUMATOLOGY

F.M. Kudayeva, V.G. Barskova

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper gives information on the selective COX-2 inhibitor etoricoxib registered for use in many countries of the world. It gives a brief description of a few key trials of the efficacy and tolerability of etoricoxib in rheumatology.

Key words: nonsteroidal anti-inflammatory drugs, rheumatic diseases, etoricoxib.

Contact: Fatima Magomedovna Kudayeva kufat@rambler.ru

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) широко применяются во всем мире. С одной стороны, сегодня выбор НПВП не вызывает затруднений, поскольку фармацевтический рынок предлагает достаточное количество как оригинальных НПВП, так и их генериков. С другой стороны, доступность любых НПВП для больных, которые зачастую самостоятельно решают, какой препарат выбрать и как долго его принимать, создает проблемы для врачей и самих пациентов, поскольку бесконтрольный прием различных НПВП сопровождается развитием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени, почек, особенно у пожилых пациентов, имеющих сопутствующую патологию.

В настоящее время в лечении ревматических заболеваний предпочтение отдается селективным ингибиторам циклооксигеназы 2 (ЦОГ 2). Одним из последних представителей этой группы является эторикоксиб (аркоксиа). Известно, что при назначении НПВП именно селективное угнетение ЦОГ 2 позволяет избежать нежелательных осложнений,

особенно со стороны ЖКТ. Эторикоксиб в 106 раз селективнее действует на ЦОГ 2, чем на ЦОГ 1. Препарат обладает почти 100% биодоступностью, его пиковая концентрация в сыворотке крови достигается через 1 ч после перорального приема. Период полувыведения составляет 22 ч, биотрансформация происходит в печени, экскреция — в виде метаболитов почками (70%) и с калом (20%). Такая особенность фармакодинамики эторикоксиба обеспечивает его противовоспалительный и анальгетический эффект в течение суток после однократного приема [1—3]. При одновременном приеме эторикоксиба и пероральных антикоагулянтов международное нормализованное отношение может увеличиваться, особенно в начале лечения. Имеются данные, что селективные ингибиторы ЦОГ 2 могут ослаблять гипотензивный эффект ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента. Комбинация препаратов этих групп может ухудшить имеющуюся функциональную недостаточность почек, особенно у пожилых пациентов.